

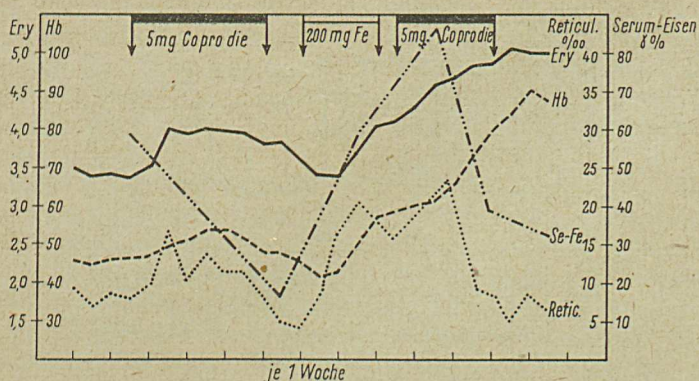


Abb. 3. Essentielle hypochrome Anämie unter kombinierter Kobalt-Eisen-Behandlung

beider Metalle wieder die beschriebenen Wirkungsschemata (s. Abb. 3) auslösen.

Perniziöse Anämien zeigten außer gelegentlichen Retikulozytenbewegungen keine Reaktionen auf Kobalt, das megaloblastisch veränderte Knochenmark sowie die Zellveränderungen des peripheren Blutbildes konnten nie normalisiert werden. Lediglich in einem Falle, dessen Blutwerte nach Lebertherapie auf halber Höhe stehen geblieben waren und durch zusätzliche Gaben von Eisen und Folsäure nicht mobilisiert werden konnten, trat unter Kobaltverabreichung ein Anstieg der Erythrozyten und des Hämoglobins zur Norm ein. Die Einmaligkeit dieser Beobachtung und die experimental-methodische Unzulänglichkeit der Ausgangsbedingungen lassen hier jedoch keine verallgemeinernden Rückschlüsse auf Erfolge der Kobalttherapie bei dieser Anämieform zu. Sollten die gelegentlich auftretenden Retikulozytenreaktionen nicht nur variationsstatistisch aufzufassen sein, so könnten sie als Ausdruck einer Aktivierung des restlichen Normoblastenmarks gedeutet werden.

Hämolytische Anämien bewiesen eine auffällige Reaktionsbereitschaft gegenüber Kobaltgaben. Ein hämolytischer Ikterus mit laufenden kleinen, zumeist latenten, hämolytischen Schüben und jahrelang stationärem anämischem Blutbild zeigte unter Kobaltmedikation einen bisher nicht beobachteten Anstieg der Blutwerte bei derart krisenhaften Retikulozytenreaktionen, daß an eine zusätzliche Aktivierung des an sich hyperregeneratorischen Knochenmarks gedacht werden kann. Erworbene hämolytische Anämien sprachen in allen behandelten Fällen schnell und bis zur Normalisierung des Blutbildes an. Die gleichzeitige Senkung des stark erhöhten Serum-eisenspiegels veranschaulicht die verstärkte Utilisierung des Hämolyseisens unter Kobalteinfluß. Die auffälligen Erfolge lassen hier an eine besondere Indikation für die Kobalttherapie denken und finden in den Beobachtungen Castles und Muratores an kobaltbehandelten hämolytischen Anämien (Typ Cooley und Thalassaemia minor) eine Bestätigung.

Zwei Anämien unter dem Bilde einer splenopathischen Markhemmung waren durch Kobalt nicht zu beeinflussen, während Verdrängungsanämien eine gute Reaktionsbereitschaft zeigten, wenn eine vorübergehende Rückbildung der Primärkrankheit (Plasmozytom, Leukosen usw.) erreicht worden war.

4. Indikationen:

Mit Ausnahme der Perniziosa, der perniziosiformen und der makrozytären Formenkreise sämtliche Anämien, die sich durch eine ungenügende Regenerationstendenz des Knochenmarks auszeichnen und zur Aktivierung der Hämatopoese eines über das physiologische oder therapeutische Eisenangebot hinausgehenden Reizes bedürfen. Darüber hinaus ist die Anwendung von Kobalt in jedem anderen Falle zweckmäßig, bei dem die therapeutische Wirkung zugeführten Eisens verstärkt oder beschleunigt werden soll.

5. Kontraindikationen:

Eine Gegenanzeige für die parenterale Anwendung ionisierter Kobaltverbindungen besteht in allen den Fällen, in denen Hypertensionen verschiedener Genese oder eine vegetative Dystonie die stoßförmige Anflutung von Kobalt an die kreislaufregulierenden Organe des ZNS unerwünscht erscheinen lassen. Sie entfällt bei der Anwendung von Kobaltkomplexen, deren langsamere Dissoziationsgeschwindigkeit eine Bremsung des Schwermetalleffektes und eine Vermeidung der Reizschwelle vegetativer Gleichgewichtsstörungen sichert. Bei frischen oder hochgradigen Parenchymerkrankungen der Kobalt anreichernden und ausscheidenden Organe (Leber, Niere) wurde von einer Kobaltanwendung abgesehen, obwohl im Tierversuch mit hohen und fortgesetzten, weit über den therapeutischen Dosen am Menschen liegenden Gaben keine Parenchymschädigungen erzeugt werden konnten.

Ergebnisdiskussion: Die berichteten Ergebnisse haben gezeigt, daß die therapeutische Anwendung von Kobaltkomplexen bei manchen Anämieformen zu Versagern, bei der Mehrzahl jedoch zu kräftigen hämatopoetischen Effekten führt. Die Kritik der Versager hat sich zu vergewaltigend, daß der Erfolg jeglicher Anämiebehandlung vom Kräfteverhältnis der anämisierenden Noxe zum therapeutischen Agens bestimmt wird und daher auch von einem starken Aktivator der Hämatopoese keine Wirksamkeit mehr erwartet werden kann, wenn fortlaufende Blutverluste, toxische Markschädigungen oder Verdrängung der blutbildenden Gewebe das Ausmaß des Kompensierbaren überschreiten. Die kritische Sichtung der Erfolge ergibt zwei Gruppen, Erfolge, die mit der klassischen Anämie-therapie, der Eisenmedikation, hätten erreicht oder übertroffen werden können und Erfolge, die bei mehr oder weniger eisenrefraktären Zuständen erzielt werden konnten, wie im Falle der Infektanämien, der Tumoranämien und des hämolytischen Formenkreises. Die zweite Gruppe dürfte der Kobaltanwendung eine selbständige Rolle in der Anämietherapie zusichern. Unterstellt man, daß die Hämatopoese des Anämiekranken zu ihrer Aktivierung zweier Faktoren bedarf, des Angebotes an Aufbaumaterialien und des sie utilisierenden Reizes — der nicht immer durch ein Eisenangebot allein geliefert wird, so erscheint die Kobaltanwendung überall dort sinnvoll, wo ein regenerationsträges Knochenmark nicht mehr auf die physiologischen Aktivatoren der Blutbildung anspricht, sondern zusätzlicher Stimulanzien bedarf, oder wo der hämatopoetische Effekt anderweitiger therapeutischer Maßnahmen verstärkt und beschleunigt werden soll. Bei Berücksichtigung dieser Indikationsbereiche erscheint daher die Einführung der Kobaltmedikation in die allgemeine Anämietherapie erfolversprechend. Diese Erwartung wird durch die Pionieruntersuchungen Weißbeckers über die Rolle des Kobalts als Pharmakon bestätigt, die gegen Ende unserer Beobachtungen in monographischer Form erschienen.

Zusammenfassung: Es wird an 81 hämatologisch analysierten Fällen gezeigt, daß kleine Kobaltdosen bei verschiedenen Anämieformen einen starken erythropoetischen und hämoglobinopoetischen Reiz ausüben, dessen Anwendung immer dort erfolversprechend erscheint, wo ein regenerationsträges Knochenmark zusätzlicher Aktivatoren bedarf oder die hämatopoetische Wirkung anderweitiger Therapiemaßnahmen verstärkt und beschleunigt werden soll. Durch Anwendung eines Kobalt-Aminosäuren-Komplexes¹⁾ gelang es, die gelegentlichen vegetativen Nebenreaktionen parenteral verabfolgter ionisierter Schwermetallverbindungen weitgehend auszuschalten. Über Indikationen, Kontraindikationen, Dosierung und Erfolgsquoten der alleinigen oder mit Eisen kombinierten²⁾ Kobaltanwendung wird eingehend berichtet.

Schrifttum: 1. Weißbecker, Kobalt als Spurenelement u. Pharmakon, Stuttgart, 1950. — 2. Weißbecker, Dtsch. med. Wschr. 75, 1950: 116. — 3. Robinson-James-Kark, New Engl. J. Med. 240, 1949: 749. — 4. Berk-Burdenal-Castle, New Engl. J. Med. 240, 1949: 754. — 5. Wolff, Klin. Wschr., 1950: 279. — 6. Wolff, Klin. Wschr., 1950: 280. — 7. Muratore, Boll. Soc. Ital. Biol. Sper. XXV, 1950: 11.

Anschrift des Verfassers: München 19, Schluderst. 25.

¹⁾ Jetzt „Kobalt-Nordmark“ (Amp. 3 mg Co i. m.).

²⁾ Jetzt „Kobalt-Nordmark mit Eisen“ (Drag. 5 mg Co, 20 mg Fe).

Entwicklung und Austestung der untersuchten Kobaltverbindungen erfolgte in Zusammenarbeit mit Weißbecker, Freiburg, und der wissenschaftlichen Abteilung der Nordmark-Werke, Hamburg.

Technik

Drei neue Hilfsinstrumente zur Zerstückelung des Kindes

von Prof. C. J. Gauß

Die zerstückelnden Operationen verlangen eine Reihe von Spezialinstrumenten, von deren Eignung und Güte die Ausführung der Operation weitgehend abhängt. Infolgedessen haben sich die Geburtshelfer aller Zeiten damit beschäftigt, solche neu zu schaffen oder die bereits

vorhandenen zu verbessern. Trotzdem nun die heute üblichen Instrumente wohl allgemeine Anerkennung genießen, so bieten sich dem Geburtshelfer vom Fach doch noch oft genug Fälle, bei denen sie seine besonderen Wünsche nicht voll erfüllen. Das trifft sowohl auf die klassischen Zerstückelungsoperationen als besonders auch auf die seltener vorkommenden Eingriffe zu, bei denen man auf die vorhandenen Modelle trotz ihrer Mängel angewiesen ist und sich bestenfalls mit anderen, eigentlich nicht dafür bestimmten Instrumenten behelfen muß. Das danach anzunehmende Bedürfnis soll durch die Mitteilung dreier, in dieser Form neuer Instrumente befriedigt werden.

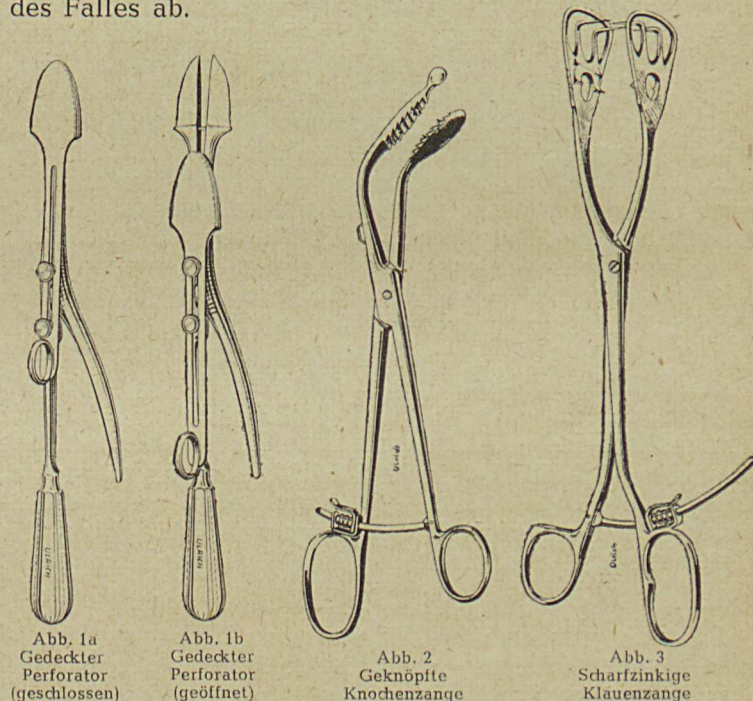
1. Der gedeckte Perforator

Zur Perforation des Schädels (durch die Schädelkapsel, die Augenhöhle, das Hinterhauptsloch) liegen drei in ihrer Bauart grundsätzlich verschiedene Instrumente vor: das scherenförmige Perforatorium nach Naegle, das trepanartig arbeitende Instrument von Martin und schon durch seinen Namen hinreichend gekennzeichnete Blotsche Dolch. Welchem dieser Modelle praktisch der Vorzug zu geben ist, hängt nicht allein von seinen Eigenschaften, sondern vielmehr noch von dem Brauch der Schule ab, die durch die regelmäßige Anwendung eines bestimmten Instrumentes von einem auf den anderen Assistenten weitergegeben und in den Vorlesungen auf die zukünftigen Praktiker übertragen wird. Ich selbst habe mit allen erreichbaren Abarten der drei Typen gearbeitet und bin schließlich bei dem Blotschen Dolch gelandet, weil er gut in der Hand liegt, mit einer Hand bedient werden kann und die Perforation spielend ausführen läßt. Er hat trotzdem einen auch den anderen Perforatorien anhaftenden Mangel: daß ein Finger der inneren Hand die Spitze decken muß, um sie nicht nur richtig auf die für die Perforation vorgesehene Stelle des kindlichen Schädels zu setzen, sondern auch zugleich die Weichteile der Mutter vor Verletzungen zu bewahren. Es leuchtet ein, daß der heute wohl immer benutzte Handschuh dabei unnötig gefährdet wird. Daß dieser Nachteil schon von den alten Geburtshelfern richtig erkannt ist, zeigt die Reihe der gedeckten Perforatorien, die im Laufe der Zeit erfunden, wegen ihres komplizierten Baues aber wieder verlassen sind; das einzige in der Neuzeit angegebene gedeckte Perforatorium von Werneck ist demgegenüber zwar sehr einfach gebaut, hat sich bei uns aber nicht eingeführt, weil die nur halbscharfe Spitze eine unverhältnismäßig große Kraftanwendung verlangt und weil die Konstruktion der sie deckenden Platte grundsätzliche Mängel aufweist.

Ich habe darum dies bisher nicht befriedigend gelöste Problem wieder aufgegriffen und nach zahlreichen Versuchen mit einem behelfsmäßig gebauten Modell ein gedecktes Perforatorium konstruiert, das unsere Erwartungen voll erfüllt. Es gleicht in seiner äußeren Form dem wohl hinreichend bekannten Blotschen Dolch (Abb. 1a u. 1b).

Das Instrument besteht aus einem langen Arm, dessen Griff fest in der Hand liegt, aus einem ihm gelenkig verbundenen kurzen Arm, der 4,5 cm vom Griff absteht, und einer kurzgestielten Deckplatte, die normalerweise die geteilten Schneiden der beiden Arme bedeckt und sie durch Zurückziehen perforationsbereit macht. Die Spitze ist nicht, wie bei dem Blotschen Dolch, als spitzer, mehrkantiger, geteilter Keil, sondern — entsprechend dem Perforatorium von Naegle — als flache, vorn zugespitzte, nach außen schneidende Schere ausgebildet. Aus der Beschreibung des Instrumentes ergibt sich sein Gebrauch. Nachdem man sich überzeugt hat, daß die Deckplatte fest auf der Spitzenschneide liegt, wird der am Griff des langen Armes mit der ganzen Hand gefaßte Perforator unter Leitung der inneren Hand eingeführt. Liegt die Spitze an

der für die Perforation vorgesehenen Stelle des Kopfes, so wird die Deckplatte mit dem am Ende seines Stieles angebrachten Ring zurückgezogen, wodurch die Spitzenschneide frei wird. Nun wird der in der Hand liegende lange Arm — natürlich unter Fixation des Kopfes von außen — kräftig vorwärts gedrückt, wodurch die Knochen des Kopf- oder Gesichtsschädels mühelos perforiert werden. Jetzt wird der abstehende kurze Arm mit vier Fingern begeholt, wodurch die Spitzenschneide sich nach außen öffnet und das Perforationsloch erweitert; nach einer Drehung des Perforators um 90° wird dasselbe Manöver noch einmal ausgeführt, wodurch ein ausreichend großer Zugang zur Schädelkapsel geschaffen ist, um das Gehirn durch schneidende Bewegungen des Perforators ausgiebig zu zerkleinern und mit dem dicken gebogenen Rücklaufkatheter nach Fritsch oder einem dicken, biegsamen Zinkkatheter so weit wie möglich auszuspülen. Das Perforatorium kann nach Gebrauch ruhig ungedeckt aus der Vagina zurückgezogen werden; will man besonders vorsichtig sein, so wird die Deckplatte zuvor wieder nach vorn über die Spitzenschneide geschoben. Ob man die Geburt alsdann sofort operativ beendet (Kranioklasie, Kephalothrypsie, Basiothrypsie), durch Anwendung eines Dauerzuges (Knochenzange, Kopfschwanzzange, Kranio-tractor) beschleunigt oder ohne jeden weiteren Eingriff sich selbst überläßt, hängt von den besonderen Umständen des Falles ab.



2. Die geknüpft Knochenzange

Zur Extraktion des perforierten Kopfes dienten in alten Zeiten verschiedene, durchwegs unvollkommene und z. T. sogar gefährliche Instrumente, wie der scharfe Haken von Levret, bis Boër seine Knochenzange angab; dieselbe bedeutet einen wesentlichen Fortschritt, da man die Kopfknochen mit ihr tatsächlich fest zu packen vermag. Aus ihr wurde im Laufe der Zeit das heute gebräuchliche Modell der Knochenzange von Mesnard-Stein, das aber leider nie eine einheitliche Form gefunden hat, so daß die verschiedenen im Handel befindlichen Modelle wechselweise Vor- und Nachteile aufweisen. Aus ihnen haben wir nun nach langen Jahren des Ausprobierens ein neues Instrument entwickelt, das die Vorteile der verschiedenen Modelle vereint und ihnen wünschenswerte neue Eigenschaften hinzufügt (Abb. 2).

Wie die Abbildung zeigt, handelt es sich um ein zangenartiges Instrument, dessen Greifblätter ähnlich dem Instrument von Mesnard-Stein winklig gegen den Schaft abgebogen sind. Diese Abknickung erleichtert das

Packen der Kopfknochen, die ja quer zum eingeführten Instrument zu stehen pflegen. Für einen festen Biß sorgen die vom Originalmodell Boërs übernommenen Greifflächen mit den je 3 einander gegenübergestellten Zähnen und eine am Zangenschaft angebrachte Sperrvorrichtung. An Stelle der sonst bei diesen Zangen verwendeten großen Zahnstufensperre ist an dem neuen Modell zum ersten Male eine glatte, stufenlose Blockiervorrichtung verwendet worden, die beim Schließen der Zange auf jedem eingenommenen Punkt sicher stehenbleibt. Durch leichten Fingerdruck kann die Blockierung wieder aufgehoben werden.

Der Anregung meiner früheren Oberärzte Brämmer und Schmiemann folgend, habe ich an der Spitze der einen Greifplatte eine sondenartige Verlängerung anbringen lassen, die in einen Knopf ausläuft; da dieser Knopf sozusagen von selbst in das Perforationsloch des Schädels hineinfällt, so ist das Auffinden desselben und der Eintritt der einen Greifplatte in die enthirnte Schädelhöhle ganz wesentlich erleichtert; nicht unwichtig ist dabei, daß dadurch unerwünschte Verletzungen des Handschuhes an den zackigen Knochenrändern vermieden werden.

Infolge des besonderen Baues der Knochenzange können außer der Schädelkapsel auch andere Teile des Skelettes gepackt werden: bei Gesichtslage der Oberkiefer, bei abgeschnittenem Kopf die restliche Halswirbelsäule, bei Eventrationen des in Querlage befindlichen Kindes der Thorax, bei Steißlage das Kreuzbein. Die Anwendung einer ausreichenden Kraft bei Biß und Zug wird durch genügend große Griffringe für den Daumen und die übrigen 4 Finger an den beiden Zangenarmen gewährleistet. Eine am Zangenschaft angebrachte Metallöse dient zur Einknüpfung eines Leinenbandes, wenn der perforierte Kopf nicht gleich extrahiert, sondern unter Anwendung eines Dauerzuges der Spontangeburt überlassen bleiben soll.

Anhangsweise sei noch kurz erwähnt, daß wir auch den Kraniotraktor von Koller ausprobiert haben, bei dem eine auf die Kante zu stellende Metallspirale durch das Perforationsloch in die enthirnte Schädelhöhle eingeführt wird; bei Zug am Stiel stellt sich die Spirale quer und gewinnt dadurch eine breite Angriffsfläche im Innern der Schädelkapsel. Das Instrument arbeitet sehr elegant, hat aber den Nachteil, daß es die Schädelknochen weit spreizt und dadurch die durch die Enthirnung gegebene Verkleinerung des Kopfes zum Teil in Frage stellt. Wir haben den Gebrauch des Kraniotraktors deshalb wieder aufgegeben.

3. Die scharfzinkige Klauenzange

Bei den gewöhnlichen Fällen von Totgeburt kommt man mit dem üblichen Instrumentarium (Perforatorium, Knochenzange, Kranioklast bzw. Basiothryptor, Dekapitationsgerät) aus. Daß es aber auch Fälle gibt, in denen man mit Instrumenten besonderer Bauart besser arbeitet, weiß vor allem der klinische Geburtshelfer, weil der Praktiker ja die von vornherein als schwieriger anzusprechenden Fälle einzuweisen pflegt. Infolgedessen verfügen die Kliniken wohl durchweg über ein reichhaltiges Armamentarium, mit dem sie allen Ansprüchen, die besonders liegende Fälle stellen, gerecht werden können. Die Würzburger Frauenklinik bot in Anbetracht ihrer zahlreichen und vielseitigen Instrumente eine ungewöhnlich reiche Gelegenheit, je nach Lage des Falles, dieses oder jenes Modell anzuwenden und sich dabei zugleich ein kritisches Bild von seinen Vor- und Nachteilen zu machen. Trotzdem haben wir von Zeit zu Zeit immer wieder ein Instrument vermißt, das wir unter den verschiedensten Umständen gut hätten brauchen können: eine große kräftige, mit scharfen Zähnen versehene Greifzange. Ich mußte mich dann immer mit völlig unzureichenden Ersatzinstrumenten — wie Muzeux- oder Ségondzangen — behelfen und führte deshalb den oft gefaßten Plan schließlich aus, ein geeignetes Instrument selbst zu konstruieren.

Die scharfzinkige Klauenzange stellt eine ins Riesenhafte vergrößerte Muzeuxzange dar, weist aber doch einige für ihre besondere Verwendung bestimmte Abänderungen auf, die Abb. 3 erkennen läßt.

Die Größe und Stärke der beiden Arme ist darauf berechnet, massige Körperteile des toten Kindes mit den vier scharfen Zinken zu packen, herauszuziehen oder zu extrahieren. Zur Sicherung einer festen Lage an dem gepackten Kindsteil sind an der Innenseite der Arme unterhalb der scharfen Zinken kleinere, nach innen gerichtete, halbscharfe Zacken angebracht, die einander gegenüberstehen und sich in die gepackten Weichteile eingraben. Die zwei großen Zinken jedes Armes sind durch je einen, sie überhöhenden Schutzbügel verbunden, der verhüten soll, daß das im Dunkeln arbeitende Instrument ungewollt andere, sich dazwischenlegende Weichteile (Muttermund, schlaffer Uterus) mitpackt. Da die das Instrument führende Hand bei den zu packenden, massigen Körperteilen eine beträchtliche Kraft anwenden muß, so sind die für die Finger bestimmten Greifringe entsprechend groß und kräftig ausgeführt.

Auch bei dieser Zange ist statt der sonst üblichen grobzahnigen Stufensperre, wie schon bei der stumpfen Knochenzange angegeben, die glatte, stufenlose Blockiervorrichtung vorgesehen.

Der Gebrauch und die Indikationen der scharfen Klauenzange sollen kurz an der Hand meiner eigenen Erfahrungen bei besonders komplizierten Totgeburten dargestellt werden.

Wenn der Kopf durch die Dekapitation oder Abreißen vom Rumpf getrennt ist, sich aber nach der Extraktion des Rumpfes noch im Uterus befindet, so steht für seine Geburt eine abgewandelte Art von Veit-Smellie, der Kegelkugelhandgriff, das Packen der Halswirbelsäule mit der stumpfen Knochenzange oder die Perforation und Kranioklasie zur Verfügung. Einfacher, schneller, sicherer und eleganter ist das Packen des Kopfes mit der scharfzinkigen Klauenzange.

Wenn die vorgesehene Dekapitation beendet ist und der Rumpf extrahiert werden soll, so wird das schulgemäß durch Ziehen am herabgeholten Arm (unter Zudeckung der abgeschnittenen Halswirbelsäule) oder durch Wendung auf den Fuß ausgeführt. Besser wird der Halstumpf des Thorax mit der Klauenzange gepackt und extrahiert.

Wenn die Dekapitation geplant ist, wegen des schwer erreichbaren, hochliegenden Halses aber auf Schwierigkeiten stößt, weil man mit dem Ziehen am herabgeholten Arm nicht weiterkommt, so würde nur die — bei totem Kind eigentlich kontraindizierte Wendung — auf den Fuß oder die Eventration übrigbleiben. Das Einhaken, Ziehen und Klettern mit der scharfzinkigen Klauenzange (noch besser mit zwei solchen) bringt den widerspenstigen Hals soweit herab, daß die Dekapitation nunmehr ohne Schwierigkeiten möglich ist.

Wenn bei verschleppten Querlagen die Dissectio foetus in Frage kommt, so wird die Durchtrennung der Wirbelsäule mit der Schere nach Siebold-Dubois, dem Küstnerschen Rachiotom oder dem Würzburger Trachelotom, das sich auch dafür gut eignet, durch das Entgegenziehen des Rumpfes mit der Klauenzange sehr erleichtert.

Wenn das bei tiefstehendem Steiß abgestorbene Kind aus mütterlicher Indikation extrahiert werden soll, so stehen folgende Maßnahmen zur Verfügung: Herabholen eines Fußes, Bungecher Schlingenföhrer, Küstnerscher Steißhaken, Zange am Steiß, Würzburger Pygothryptor*). Das Ankrallen des Steißes mit der Klauenzange macht alle diese, nicht immer ganz einfach auszuföhrenden

*) Gauß: Ein neues Instrument zur Kraniotomie: Der Würzburger Basiothryptor. Zbl. Gynäk. 1941, 14: 632, Abb. 7: Pygothrypsie.

Maßnahmen überflüssig. Soll nach Lage der Dinge nur eine Beschleunigung der Geburt erreicht werden, so wird ein Dauerzug an der Greifzange angebracht und die Spongeburt abgewartet.

Wenn ein völlig matsches, in Kopf- oder Fußlage befindliches Kind extrahiert werden muß, wobei der vorliegende Kindsteil infolge der Aufweichung des Skelettes dem Zug nicht standhält und abreißt, so bieten die restlichen Teile des Rumpfes infolge der ödematösen Durchtränkung oft keine brauchbare Angriffsfläche, so daß die Geburtshilfe dann zu einer wahren Metzelei werden kann. Ein oder zwei eingesetzte Klauenzangen geben die Möglichkeit, unter kletterndem Einsetzen einen gut dosierbaren, kräftigen Zug am Rumpf auszuüben, so daß er langsam und sicher entwickelt werden kann.

Wenn eine tote oder nicht lebensfähige Doppelmißgeburt bei der Extraktion räumlich Schwierigkeiten macht, und eine Dissectio der Zwillinge nötig wird, dann können sich dabei so große technische Schwierigkeiten ergeben, daß der Geburtshelfer dem Himmel dankbar ist, wenn er in der Klauenzange ein brauchbares Hilfsmittel besitzt, das ihm die in solchen Fällen oft an die Grenzen des Möglichen gehenden Anstrengungen zu erleichtern vermag.

Alle diese, aus eigenen Erlebnissen angeführten Beispiele werden bei jedem Geburtshelfer Erinnerungen an ähnliche Situationen erwecken und nachträglich in ihnen den Wunsch aufkommen lassen, daß sie die scharfe Klauenzange damals in Händen gehabt hätten. Sie steht ihnen für die Zukunft zur Verfügung.

Anhangsweise sei noch erwähnt, daß die Klauenzange sich auch bei gynäkologischen Operationen zum Ankrallen und Vorziehen solider Tumoren (Myome, Fibrome, Sarkome) und zur Operation des Fettbauches nach Jolly bzw. Schepelmann vorzüglich eignet.

Zusammenfassung: Es werden drei Hilfsinstrumente für die Zerstückelung des Kindes beschrieben: der gedeckte Perforator, der ohne Gefahr für mütterliche Weichteile sowie Hände und Handschuhe des Geburtshelfers arbeitet; die stumpfe Knochenzange, die durch die geknöpfte Verlängerung ihres inneren Armes das Eingehen in die perforierte Schädelkapsel erleichtert; die vierzinkige Klauenzange, die das Einstellen bzw. Extrahieren massiger Körperteile (Rumpf, Steiß, Kopf) gestattet.

Die beschriebenen Instrumente werden von der Firma Heinr. C. Ulrich, Ulm/Donau, vertrieben.

Anschrift des Autors: Bad Kissingen, St.-Elisabeth-Krankenhaus.

Lebensbild

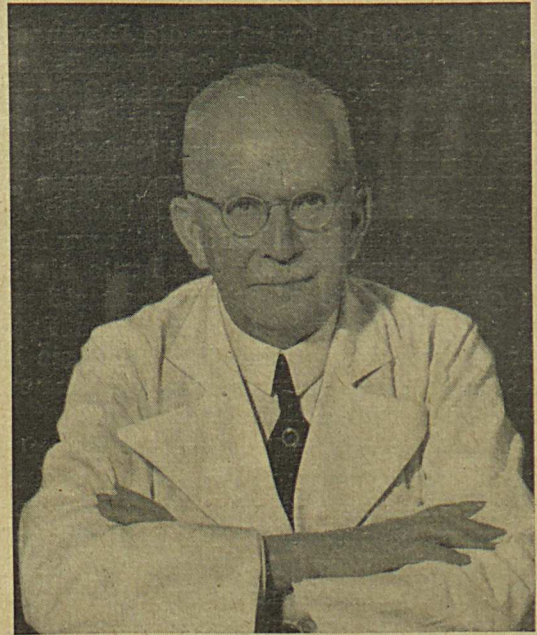
Zum 80. Geburtstage von Walter Stoeckel

am 14. März 1951

Als Stoeckel 1898 seine klinische Ausbildung bei Fritsch begann, erlebte die operative Gynäkologie ihre volle Blüte; kurz vorher hatte sie sich von der Chirurgie getrennt, indem die Geburtshelfer anfangen, nun auch selbst Tumoren an den weiblichen Genitalorganen zu operieren und nicht nur die abdominale, sondern auch die vaginale Operationstechnik zu entwickeln. Wertheim (1898), Schauta (1901) beginnen mit ihrem Operationsverfahren zur radikalen Operation des Kollumkarzinoms; die Versorgung der Gefäß- und Gewebsstümpfe bei Laparotomien wird einer befriedigenden Lösung zugeführt (O. Küstner), die operative Eröffnung verschlossener Eileiter (A. Martin) wird erdacht (Salpingostomoplastik), um nur einiges zu nennen.

Man kann das Werden und Vollenden der Lebensarbeit von Stoeckel nur aus dem Milieu heraus verstehen, in dem er groß wurde: Es war vorwiegend auf das

Klinische ausgerichtet. Der kranke Mensch stand im Vordergrund, nicht das Laboratorium; am kranken Menschen galt es, Operationsmethoden zur Heilung von Erkrankungen zu entwickeln und zu erproben. Mißerfolge wirkten sich oft tödlich aus; und deshalb war das Verantwortungsgefühl bei jeder Operation viel größer, damit auch die Achtung vor dem kranken Menschen — als heute, wo man unter dem Schutze einer sauberen Technik und von Sulfonamiden und Penicillin viel leichter geneigt ist, nicht ganz indizierte Operationen einem Kranken zuzumuten. Ferner: Der Blick der damaligen Gynäkologen, der zunächst nur



auf die eigentlichen Genitalorgane gerichtet war, weitete sich: Grenzgebiete wurden entdeckt und erforscht. Die Beschäftigung mit dem Zystoskop (Nitze) und mit den Ureterverletzungen und -fisteln, die damals anlässlich großer Operationen häufig vorkamen, wurden für Stoeckel der Anlaß zur systematischen Bearbeitung der gynäkologischen Urologie; er hat diese im Laufe seines Lebens ausgebaut, vollendet und auch geradezu klassisch beschrieben (3 Bände gynäkologischer Urologie in der 3. Auflage des Veit-Stoeckelschen Handbuches, 1938). Damit hat er die Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen an den gesamten Harnorganen des Weibes, einschließlich der Niere, der Gynäkologie erobert.

Fritsch war ein Meister der vaginalen Operationskunst; Stoeckel eignete sich nicht nur diese Technik an, er verbesserte sie unaufhörlich und wurde vor allem ihr stärkster Propagandist in Deutschland. Immer wieder ist er in Vorträgen und Veröffentlichungen, durch Filme und durch „Voroperieren“ für sie eingetreten. Wenn diese, dem Gynäkologen eigene Kunst heute in Deutschland immer mehr Anhänger gewinnt, so ist dies allein sein Verdienst. Dazu hat ein Wechsel in Stoeckels Operationsmethoden beigetragen: das Aufgeben der Wertheimschen Karzinomoperation wegen ihrer hohen primären Mortalität zugunsten der Schautaschen Operation (1923, veröffentlicht 1927). Die ersten Operationen wurden streng nach den Angaben von Schauta ausgeführt; aber die ungenügende Freilegung der Ureteren befriedigte Stoeckel nicht, er wollte diese in jedem Falle klar zur Darstellung gebracht haben, und er fand — etwa zur gleichen Zeit wie Amreich in Österreich (1924) — die richtige Technik. Damit ergab sich auch die Möglichkeit, radikaler zu operieren, und damit stiegen auch die Heilungsergebnisse.

Die Beschäftigung mit der Karzinomoperation ist geradezu typisch für Stoeckels Arbeitsweise, die auch seine