

## Korrespondenzen.

### Erwiderung auf die Kritik meiner „Gynäkologie“ durch Herrn Prof. J. Klein (Straßburg) in No. 9 dieser Wochenschrift.

Von Prof. Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin.

So mißlich es ist, auf eine Kritik zu erwidern, so darf man doch nicht schweigen, wenn sie sich auf unrichtigen Behauptungen aufbaut.

Sachlich bemängelt der Herr Referent meine angeblich prinzipielle Bevorzugung des vaginalen Weges bei operativen Eingriffen. Wie steht es nun bezüglich der Berechtigung dieses Vorwurfs?

Bezüglich der operativen Behandlung der Uterusmyome sage ich (l. c., S. 192): Die vaginalen Myomotomien sind im allgemeinen weniger lebensgefährlich als die abdominalen. Es gibt aber Gegenanzeigen für den vaginalen Operationsweg: Läßt der untere Geschwulstpol sich nicht ins Becken hineindrücken und von unten her dem Gesichtssinn zugänglich machen, sitzt das Myom intraligamentär, hat es sich mehr nach vorn entwickelt, überragt der myomatöse Uterus den Nabel, so rate ich zur Laparomyotomie (l. c., S. 195). Desgleichen operiere ich abdominal, wenn dringender Wunsch auf Nachkommenschaft bei einer noch jungen Frau und die Möglichkeit, den Uterus zu erhalten, besteht (S. 193), sowie bei Kontraindikation für die Aethernarkose, weil die vaginalen Zerstückelungsoperationen länger dauern als die abdominale Operation und eine länger dauernde Chloroformnarkose schädlich wirken kann (S. 196).

Trotz ihrer längeren, bis zweistündigen — in einem Falle sogar fast dreistündigen — Dauer werden die vaginalen Zerstückelungsoperationen gut vertragen, „der Shock bleibt aus, den eine zweistündige Laparotomie so leicht zur Folge hat“ (S. 194).

Aus letzterem Nachsatz hat der Herr Referent konstruiert, ich hätte gesagt, „daß eine abdominale Myomoperation zwei (!) Stunden dauere“. Davon steht kein Wort in meinem Buche! Für den objektiven Leser ist es klar, daß hier nur die zweistündige vaginale mit der zweistündigen abdominalen Operation im allgemeinen bezüglich ihrer Rückwirkung auf das Herz verglichen werden soll, von einer Laparomyotomie ist dabei garnicht die Rede. Daß es aber Laparotomien von zweistündiger Dauer gibt, wird der Herr Referent füglich nicht bestreiten können.

2. Zur Operation des Collumkarzinoms empfehle ich die Laparotomie.

3. „Bei der Operation der Pyosalpinx muß die Operation per laparotomiam als die konservativere angesehen werden, weil dabei mit größerer Schonung unter Kontrolle des Auges vorgegangen werden kann.“ (S. 236.)

4. Bei Ruptur des ektopischen Fruchthalters, beim tubaren Abort mit starker innerer Blutung, bei noch im Wachsen begriffener extrauteriner Schwangerschaft ist „die Laparotomie die Operation der Wahl“ —; ich spreche mich hierbei direkt gegen das vaginale Vorgehen aus. (S. 251 u. 252.)

5. „Bei Ovarialtumoren ist die Laparotomie mittels „medianen Längsschnittes im allgemeinen die geeignetste Methode.“ (S. 290).

6. Bei chronischen pelveoperitonitischen Verwachsungen, bei Darmverwachsungen ist die Laparotomie vorzuziehen.“ (S. 313).

Sapienti sat! Wie sorgfältig muß der Herr Referent mein Buch gelesen haben, wenn er mir danach eine prinzipielle Bevorzugung des vaginalen Operationsverfahrens vorwirft!

Genau so verhält es sich mit der Behauptung des Herrn Referenten, ich hätte die Pearsonschen Chininjektionen in die Ligg. lata bei Prolaps empfohlen, die ich nie geübt habe. Tatsächlich erwähne ich sie nur ganz nebenbei — nicht etwa bei der Besprechung der Behandlung; daraus macht der Herr Referent eine „Empfehlung“.

Der Herr Referent wirft ferner die Frage auf: „Wer macht heutzutage die Unterbindung der Vasa uterina bei Myomen?“ Nun, kein Geringerer als R. Olshausen sagt in seiner neuesten großen Arbeit im Handbuch der Gynäkologie 1907, II. Auflage, I. Bd., S. 765 über diese Operation folgendes: „Wir glauben, daß diese Operation bisher lange nicht die Anerkennung gefunden hat, welche sie verdient. Ihre große Einfachheit und Ungefährlichkeit empfiehlt sie für solche Fälle, in welchen man eingreifende Myomoperationen wegen des Zustandes der Kranken vermeiden will, oder wo die Kranken sich zur radikalen Operation nicht verstehen. Doch müssen die Fälle richtig ausgewählt sein. In dieser Hinsicht befolgt man die von Gottschalk gegebenen Regeln.“ . . . . Mit

Erstaunen las ich die Behauptung des Herrn Referenten, „daß in den meisten Fällen von kleinem, altersschwachem Uterus mit beginnendem Corpuskarzinom eine digitale Exploration ganz unmöglich sei.“ Mir ist in meiner langjährigen Praxis noch kein derartiger Fall vorgekommen, bei dem ich die intendierte diagnostische Ausstattung nicht erreicht hätte.

Meine Behauptung, daß infolge abnorm tiefer Insertion der Ligg. sacro-uterina das Collum uteri in einem nach vorn offenen Winkel fast rechtwinklig abgeknickt werden kann, ist neu; beruht aber auf exakten Beobachtungen und ist richtig.

Was nach dem Gesagten von der Besprechung des Herrn Klein zu halten ist, überlasse ich dem Urteile der Kollegen.