Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht (nach Sänger's Methode und anderen Nahtverfahren).¹⁾

Von

Dr. Francesco Caruso,

früherer Assistent an der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Neapel.

(Mit 2 Puls- und Temperatur-Curven.)

Seit der Zeit der letzten Veröffentlichung von Kaiserschnittfallen nach den im Titel genannten Verfahren bis Nr. 50 in der Arbeit von Credé (dieses Archiv, Bd. XXX, Hft. 2) ist die Zahl derselben in rascher Weise angewachsen und heute (1. October 1888) hat sie 135 erreicht. Der grösste Theil derselben ist über die Literatur verstreut, ein kleiner Theil dagegen ist Herrn Dr. Sänger und mir in freundlicher Weise von den Herren Operateuren mitgetheilt worden, deren bereitwilliger Unterstützung ich es verdanke, dass die vorliegende Statistik so reichhaltig ausfallen konnte.

Angesichts der grossen praktischen Wichtigkeit dieser Frage habe ich geglaubt, dass es an der Zeit sei, einen Bericht über die erwähnten Fälle zu geben, indem ich so die von Sänger begonnene statistische Arbeit fortsetze. Jedoch wird meine Mittheilung an dieser Stelle nur eine kurze sein, da ich mir vorgenommen habe, eine ausführliche Abhandlung dieser Frage mit vollständigerer Beschreibung aller Fälle, nebst Angaben über späteres Schicksal von Mutter und Kind, welche zu sammeln ich im Stande sein werde, in einer historisch-statistischen und kritischen Arbeit, deren Veröffentlichung in den „Annali di Ostetricia e Ginecologia“ bereits begonnen hat, anzufertigen.

Zunächst folgt die Mittheilung von zwei noch nicht veröffentlichten Fällen von Sänger und Zweifel.

---

1) Nach einem in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig am 25. Juni 1888 gehaltenen Vortrage.

Sectio caesarea bei bedingter Anzeige.

Fall von Sänger.

Th. Schlicke, 36 Jahre alt, Arbeiterfrau aus Riesa, wurde am 6. November 1887 durch Herrn Dr. Nicolai in Riesa an Dr. Sänger gesandt, damit derselbe sie untersuche und später allenfalls den Kaiserschnitt an ihr vollziehe.

Als Kind hatte sie nur Masern gehabt. Menstruation mit dem 20. Jahre, regelmässig, vierwöchentlich, sieben- bis achttägig, schmerzlos. Vom 21. bis 30. Lebensjahre hatte sie an Chlorose gelitten. Die Frau ist zum fünften Male schwanger. Die drei ersten Geburten mussten mittels Perforation und Kephalothrypsie beendet werden. Bei der vierten Schwangerschaft wurde die künstliche Frühgeburt sieben Wochen vor der Zeit eingeleitet. Natürliche Geburt nach 24 Stunden. Sämtliche Wochenbetten, mit Ausnahme des ersten (wahrscheinlich Parametritis), verliefen regelmässig. Letzte Katamenien am 10. März 1887, Empfängniss nach einmaligem Beischlaf am 25. März, erste Kindesbewegungen am 10. Juli. Befinden während der ganzen Schwangerschaft ein gutes. Grösse 1,48 m. Kräftige, gut genährte Person. Epiphysenenden etwas verdickt. Oberschenkel ein wenig gekrümmt. Herz und Lungen gesund. Leber und Milz in physiologischen Grenzen. Urin eiweissfrei.

Circumferentia pelvis	93 cm
Distantia spinarum	24,5 „
„ cristarum	29 „
Distantia trochanterum	31,5 „
Conjugata externa Baudelocquii	18,5 „
Distantiae obliquae externae	23 „
Distanz zwischen Spina ilei posterior superior dextra und Spina ilei anterior superior si- nistra	25,5 „
Distanz zwischen Spina ilei posterior superior sinistra und Spina ilei anterior superior dextra	25,5 „
Breite des Kreuzbeines in Höhe der Basis . .	8 „
Höhe der Symphysis ossis pubis	5 „
Dicke (in der Mitte)	1,5 „
Conjugata des Beckenausganges	7 „
Distantia tuberum ischii	10 „
Conjugata diagonalis	7,5 „
„ vera geschätzt auf	6 „

Diagnose: Allgemein verengtes plattes Becken mit einer Conjugata vera von 6 cm. Bedingte Anzeige zum Kaiserschnitt.

Es wurde der Frau der Kaiserschnitt vorgeschlagen und nach genauer Darlegung der Sachlage von ihr sofort bewilligt. Aufnahme in Dr. Sänger's Privatklinik am 14. December 1887.

Umfang des Leibes 104 cm. Entfernung zwischen Sternum und Nabel 26 cm, zwischen Nabel und Symphyse 24 cm. Der Fundus

uteri reichte bis 30 cm über die Symphyse; das gut entwickelte lebende Kind befand sich in zweiter Schädellage. Herztöne regelmässig, rechts unterhalb des Nabels. Bei der inneren Untersuchung fand sich eine breite, ziemlich kurze, faltige Scheide; Portio vaginalis sehr aufgelockert, etwa 1,5 cm lang; Halskanal bis Orificium internum durchgängig. Es war nicht möglich, den Kopf von unten her zu erreichen. Die Schwangerschaft befand sich somit in der zweiten Hälfte des zehnten Monats. Vor der inneren Untersuchung waren die Schamhaare rasirt, die äusseren Genitalien, sowie die Scheide und das Collum uteri mit einer Sublimatlösung (1 : 3000) desinficirt worden, ebenso nach der Untersuchung. Die Schwangere bekam vom Tage der Aufnahme an jeden Tag ein laues Vollbad und wurde für regelmässige Stuhlentleerung Sorge getragen. Ausspülungen der Scheide wurden bis zur Geburt nicht weiter vorgenommen.

Am 17. December 3 Uhr Morgens setzten ganz plötzlich gleich sehr kräftige Wehen ein und stürzte unter diesen eine grosse Menge Fruchtwasser ab. Ungefähr eine Stunde später fand Sängler bei seinem Eintreffen, wie früher, zweite Schädellage, die Herztöne kräftig, regelmässig, doch etwas langsam, den äusseren Muttermund bei schlaffem, nicht ganz verstrichenem Collum ungefähr fünfmarkstückgross, den Kopf fest auf den Beckeneingang gestemmt und eine Kopfgeschwulst in Bildung begriffen. Die Kreissende ist nur dieses einzige Mal innerlich untersucht worden. Vor Einführung des desinficirten Fingers wurden die schon rasirten äusseren Genitalien mit Seife gewaschen, mit Wattebäuschchen, die in Sublimatlösung 1 : 1000 getaucht waren, abgerieben, die Scheide selbst vor und nach der Untersuchung mit Sublimatlösung 1 : 3000 ausgespült. Am Abende vorher war nochmals von selbst Stuhl erfolgt, ein Clyisma daher unnöthig. Die Wehen folgten so schnell aufeinander und waren so schmerzhaft, dass die sehr beherzte Kreissende beständig laut jammerte, zumal auch die Wehenpausen nicht schmerzfrei waren. Deswegen, dann weil die Wehen anfangen krampfhaft zu werden, die kindlichen Herztöne sich verlangsamten und unregelmässig wurden, injicirte Sängler um 6 Uhr $\frac{3}{4}$ Spritze einer Morphinlösung 1 : 30, worauf ein geringer Nachlass der Schmerzen eintrat und die Wehenpausen sich etwas verlängerten. 6 Uhr 30 Minuten war alles zur Operation fertig. Die dazu bestimmten Schwämme und Tücher waren schon früher bereit gestellt, die Instrumente hatten zwei Stunden im Brütöfen gelegen. Sonstige Vorbereitungen wie zu jeder anderen Laparatomie. Assistenten: Dr. Donat und Zehe, Candidaten Köhler, Unger, Rösger.

Waschung und Desinfection des Bauches und der äusseren Genitalien, Bauchschnitt etwa 18 cm lang, $\frac{3}{4}$ unterhalb, $\frac{1}{4}$ oberhalb des Nabels, Bauchwand kaum 2 mm dick. Der Uterus genau in der Mitte. Ein Contractionsring äusserlich an ihm nicht wahrzunehmen, wohl aber zeigte sich die obere Grenze des kindlichen Kopfes durch eine feine bogenförmige Furche angedeutet.

Uterusschnitt etwa 14 cm lang, traf in seiner ganzen Ausdehnung die Placenta, schnitt sie aber nur an, ohne sie zu trennen. So-

fort wulstete sich pilzartig fast die ganze Placenta heraus, und zwar unter klaffendem Zurückweichen der uterinen Wundränder nach aussen, um den rechten Wundrand herum, so dass sie von der vorderen Uteruswand, links vom Schnitte von selbst abgelöst, den linken Wundrand frei liess. Die rechte Hand drang an der vorgefallenen Placenta vorbei in das Cavum uteri ein, ergriff das linke Bein des Kindes und zog letzteres ohne Schwierigkeit rasch hervor, während zu gleicher Zeit der Uterus aus der Bauchhöhle herausschlüpfte und der Assistent (Donat) sofort mit einem Griffe seiner rechten Hand die Bauchwunde hinter ihm zusammenhielt. Die Placenta wurde mit dem Kinde vollständig geboren und stand nur noch durch die einen faltigen Strang bildenden Eihäute mit der Uterushöhle in Verbindung. Noch vor Lösung des Eihautstranges wurde hinter diesem ein 5 mm dicker Gummischlauch um das untere Uterussegment herumgeführt, mässig angezogen, gekreuzt und an der Kreuzungsstelle durch die Thorton'sche Ovarialzange, deren Branchen parallel zur Längsachse des Uterus gestellt waren, abgeklammt. Jetzt erst durfte Donat die Bauchwunde frei geben: es wurden zwei grosse flache Schwämme über die Därme gelegt, dann die Ränder der Bauchwunde dicht hinter dem zusammengeschnürten Uterus durch eine einzige hämostatische Pincette geschlossen und ein Mulltuch dartüber gebreitet. Die schlaffen, faltigen Bauchränder legen sich den Schwämmen, diese wieder den engen, gasarmen dünnen Darmschlingen so innig und dabei flach an, dass diese eine Pincette völlig hinreichte, die Ränder der Bauchwunde in naher Berührung zu halten für die Dauer der Operation. Letztere hatte bis zu diesem Zeitpunkte etwa 10 Minuten gedauert, woran der Uterusschnitt sammt Entwicklung des Kindes nebst Placenta kaum mit einer halben Minute theilhatten, die Umschnürung des Uterus, die Abschliessung der Bauchhöhle mit etwa 4 Minuten, während der Rest der Zeit auf Beobachtung des freigelegten Uterus, auf nochmalige Ertheilung von Anweisungen an die Assistenten entfiel.

Die Blutung war eine merkwürdig geringe und hatte nach Herauswälzung des Uterus und noch vor Umlegung des Gummischlauches so gut wie aufgehört. Von der Kraft der Zusammenziehung des Uterus zeugt die rasche Ausstossung der Placenta.

Das Kind kam — die Herztöne waren vor der Desinfection des Bauches nochmals behorcht und lediglich etwas verlangsamt befunden worden; Meconium war nicht abgegangen — tief apnoisch zur Welt: es athmete und schrie nicht, der Herzschlag langsam, schwach und unregelmässig; es bewegte die Glieder nicht und sah blass aus. Der Operateur nabelte ab und übernahm zunächst selbst, da der Uterus und die Bauchhöhle einstweilen vollkommen versorgt waren, die Kindesbelebung: er reinigte die Mund- und Rachenhöhle von Schleim, nahm durch Beugen und Strecken des Körpers künstliche Athmung vor, liess dann einige Schultze'sche Schwingungen machen, kaltes Wasser anspritzen und die Füsse bürsten; alsbald öffnete das

Kind die Augen, athmete einige Male tief, das Herz schlug rascher, die Haut röthete sich; nachdem ihm schliesslich von Mund zu Mund mehrmals Luft eingeblasen worden war, kam Athmung mit Herzschlag in regelmässigen Gang; im Badewasser erholte sich dann das Kind bald vollends. Bis dahin waren weitere 10 Minuten verstrichen, während welcher Zeit die Operation ruhte.

Nun wurden die Eihäute mit den Fingern vollständig gelöst, die Durchgängigkeit der den Finger ringförmig umfassenden Cervix (Wirkung des Gummischlauches) festgestellt und in die Uterushöhle ein kleiner Schwamm eingeschoben; dann das Operationsgebiet von Blut und Fruchtwasser möglichst gereinigt und rings um den Uterus frische Mulltücher gebreitet. Dieser selbst wurde ebenfalls in solche eingehüllt. In diesem Zeitpunkte der Operation wurden drei Spritzen einer Solutio Ergotini Yvon-Sick 1 : 10 in den Oberschenkel injicirt.

Die Besichtigung und Austastung des Uterus-Inneren ergab überall gleichmässige Glätte der Oberfläche, auch an der Placentarstelle, die sich nicht weiter von der übrigen Innenfläche des Uterus unterschied. Es waren keinerlei Deciduaefetzen oder Eihautreste zu entfernen. Die Prüfung der Eihäute ergab auch, dass dem Chorion eine glatte und ziemlich dicke Decidua aufsass. Am oberen und unteren Wundwinkel ragte aber je ein $\frac{1}{2}$ cm langer flacher Decidualappen vor, der mit der Scheere abgetragen wurde. Nach Einstäubung und Verreibung einiger Prisen Jodoformpulver, wovon auch in die Cervix hinabgeschoben wurde, und Einlegen eines Sublimat-Jodoformmullstreifens konnte zur Naht übergegangen werden. Die Operation hatte bis jetzt mit allen Verzögerungen etwa 25 Minuten gedauert.

Die Schnittwunde des Uterus hatte sich stark verkürzt, so dass ihre Länge auf der Serosaseite etwa 12 cm, auf der Deciduaseite etwa 10 cm betrug. Die Serosae hatten sich ungefähr 1 mm tief von selbst nach innen eingebogen. Die Muscularis hatte eine ganz ungewöhnliche Dicke, von 3,5—4 cm. In den oberen zwei Dritttheilen der Wunde berührten sich fast die Deciduaränder, während sie im unteren Drittel bogenförmig gestaltet waren: so stellte sich das Profil derselben wie ein Ausrufungszeichen, die Spitze oben, das dicke Ende unten. Die Schnittwunde lag durchweg im Corpus uteri. Das wellenförmig in sich geknickte untere Uterussegment trennte den unteren Wundwinkel von dem umgelegten Gummischlauche um etwa drei Fingerbreiten. Der Gesamteindruck der Wunde des Uterus war der, als ob durch eine riesige steil-trichterförmige Anfrischung ein Gewebskeil ausgeschnitten worden wäre, auf der Serosaseite etwa dreimal so breit als auf der Deciduaseite. Die Vereinigung der Uteruswunde erforderte 9 tiefe und 16 oberflächliche Nähte. Nahtmaterial: Chromsäure-Catgut; zu den tiefen Nähten wurde Nr. 3, zu den oberflächlichen ungefähr gleichviel Nr. 2 und 1 verwandt. Bei Anlegung der tiefen Nähte wurde die kräftige, halbkreisförmige Nadel — wie man sie zur Portioamputation verwendet — etwa 3 mm vom Wundrande entfernt auf der Serosaseite ein-, dicht über der Decidua ausgestochen und auf der anderen Seite dann ebenso von innen nach aussen ge-

führt. Die oberste und äusserste tiefe Naht kreuzte wegen der prismatischen Form der Uteruswunde den Spalt der Uterinhöhle nicht, sondern wurde nur durch Muskulatur durchgelegt. Der die Instrumente besorgende Assistent klagte sehr über die Schwierigkeit der Einfädung. Erst nach Legung sämtlicher tiefen Nähte wurde der Gazestreifen aus dem Cavum uteri herausgezogen, nochmals jodoformirt und geknotet. Die Fäden wurden kräftig angezogen und durch einen dreifachen Knoten geschlossen, worauf ohne besondere Anpassung im Verlaufe der ganzen Wundlinie Serosa an Serosa lag. Zwischen je eine tiefe Naht wurden dann noch je zwei oberflächliche gelegt: etwa 3—4 cm von der Wundlinie entfernt ein- und dicht an dieser ausgestochen, ebenso auf der anderen Seite, somit also jeder Wundrand doppelt durchstochen. Die Fäden wurden hier meist sofort geknotet, wozu Anpassung unnöthig war. Nun wurde der Gummischlauch gelöst, worauf sich der Uterus nur wenig vergrösserte und nicht merklich dunkler färbte, da er in der allererwünschtesten Weise dauernd fest zusammengezogen blieb. Es blutete ganz gering aus je einem Stichkanal von einer tiefen und zwei oberflächlichen Nähten. Drei Umstechungen mit feiner Nadel und feiner Seide genügten, um die Nahtlinie vollkommen trocken erscheinen zu lassen. Das ganze Nahtverfahren erforderte etwa 20—25 Minuten. Einige von den Knoten der tiefen Nähte waren von den oberflächlichen nahezu überdeckt, sonst ragten sie als Buckel über die Oberfläche vor, durch ihre dunkelbraune Färbung sich von dem graublauen Grunde abhebend.

Der Uterus wurde aus den Mulltüchern ausgewickelt, mit einer warmen Sublimatlösung (1 : 2000) gewaschen, wieder getrocknet und die Nahtlinie mit Jodoformpulver eingerieben. Die hinter ihm die Bauchdecken schliessende Klemmpincette wurde abgenommen, die beiden Bauchschwämme nahezu trocken herausgezogen, so dass eine Reinigung der Bauchhöhle überflüssig war, und nun sofort der Uterus zurückgebracht. Die schon stark verkürzte Bauchwunde wurde durch eng liegende tiefe und oberflächliche Seidennähte vollständig geschlossen, mit Jodoformpulver bestreut und ein dünner Jodoformgaze-Heftpflasterverband angelegt, welcher die zwei grossen Eisblasen, welche sofort aufgelegt wurden, zur Wirkung kommen liess.

Die ganze, ohne jede Uebereilung ausgeführte, von vielen Pausen unterbrochene Operation hatte etwas über eine Stunde gedauert. Die Morphinium-Chloral-Chloroformnarkose war ungestört gewesen.

Als nach Vollendung der Operation die Schenkel auseinander gespreizt wurden in der Absicht, die äusseren Geschlechtstheile von ausgeflossenem Blute zu reinigen, zeigte sich keine Spur davon; auch auf Massage des Uterus kamen nur einige Tropfen flüssigen Blutes aus der Scheide heraus. Der Gesamtblutverlust war daher als ein ganz ungemein geringer abzuschätzen.

Das Aussehen der Operirten war dann auch vollkommen frisch, der Puls kräftig, voll und langsam. Sie kam bereits nach zehn Minuten zu sich, sprach mit ihrer Umgebung und hatte über Nichts zu klagen.

Uebersicht der auf die einzelnen Abschnitte der Operation verwandten Zeit:

Bauchschnitt	}	10 Minuten
Uterusschnitt		
Wendung und Extraction des Kindes sammt Placenta		
Eventratio uteri		
Umlegen des elastischen Schlauches		
Abschliessung der Bauchhöhle	}	10 Minuten
Unterbrechung der Operation bis zur Wiederbelebung des Kindes		
Reinigung des Operationsgebietes	}	5 Minuten
Einhüllung des Uterus		
Besichtigung des Cavum uteri		
Einstäubung von Jodoform	}	25 Minuten
Naht des Uterus		
Lösung des Schlauches		
Umstechungen	}	15 Minuten
Waschung, Jodoformirung, Reposition des Uterus		
Naht der Bauchwunde		
Verband		
Summa 65 Minuten		

Das Kind war ein reifes Mädchen von 3800 g Gewicht und 52 cm Länge.

Maasse:

Diameter mento-occipitalis	14 cm
„ fronto-occipitalis	12 „
„ suboccipito-parietalis	9,5 „
Hinterer Querdurchmesser	10 „
Vorderer „	9 „
Schulterdurchmesser	14 „
Hüftendurchmesser	10 „
Mento-occipitaler Kopfumfang	41 „
Fronto-occipitaler „	36,5 „
Schulterumfang	40 „
Hüftenumfang	33 „

Die Nachgeburt war 18 : 19 cm gross, wog 1000,0 g. Die Fötalseite war nur an einer 1 cm langen Stelle vom Messer durchgeschnitten. Ihre Cotyledonen waren theilweise ein wenig auseinandergerückt, liessen sich aber so gut zusammenpassen, dass die Placenta sich ebenso darbot, als ob sie auf natürlichem Wege zur regelmässigen Ausstossung gekommen wäre. Die Eihäute waren am Placentarrande grösstentheils abgerissen und hingen schürzenartig herunter. Die Decidua überzog in ziemlicher Dicke als eine auffallend glatte, grauröthliche Schicht das Chorion.

Der Verlauf des Wochenbettes unterschied sich in nichts von dem einer glatt entbundenen Multipara.

Es trat kein einziges Mal Erbrechen ein, trotzdem Wöchnerin schon am Nachmittage nach der Operation reichlich zu trinken bekam. Niemals wurde über Schmerzen, auch nicht über schmerzhaftes Nachwehen geklagt. Nur einmal, am zweiten Abend, erreichte die Temperatur 38,0 bei einem Puls von 84 Schlägen, um dann beständig regelmässig zu bleiben (siehe Curve).

Jene Temperatursteigerung war offenbar bedingt durch Fäcalretention. Bei ganz weichem Leibe war das Colon sichtbar stark aufgetrieben und gingen keine Flatus ab. Nach Verabreichung eines Terpentinklysters und einer Dosis Ricinusöl erfolgten mehrere sehr reichliche Ausleerungen, worauf der Leib zusammensank. Die Lochienabsonderung war stets sehr spärlich. Grössere Gerinnsel gingen nicht ab. Ausspülungen der Scheide wurden nicht vorgenommen. In den ersten drei Tagen wurde drei Mal täglich ein Verband von Jodoformgaze und Salicylwatte vor die Vulva gelegt, zwei Mal täglich mit 2 proc. Carbollösung abgespült und der Verband wieder vorgethan.

Die Eisblase wurde vom dritten Tage an weggelassen und der etwas durchnässte Bauchverband durch einen anderen ersetzt, welcher bis zum 13. Tage liegen blieb. Vom 13.—18. Tage wurden die Fäden entfernt, so spät, weil man bei der Dünne der Bauchwand vorsichtig sein wollte. Die gut durch erste Vereinigung verheilte Bauchwunde hatte dann nur noch eine Länge von 10 cm.

Am 19. Tage stand die Wöchnerin nach Anlegung einer Bauchbinde zum ersten Male auf. Das Kind wurde am Tage nach der Operation an die Brust gelegt. Da reichliche Milch vorhanden war, so bedurfte es keinerlei Beinahrung und gedieh vortrefflich. Am 23. Tage

nach der Operation wurde die Wöchnerin mit ihrem Kinde in ihre Heimath entlassen.

Entlassungsbefund. — Mutter: Allgemeinbefinden und Aussehen vortrefflich. An den äusseren Geschlechtstheilen nichts Besonderes, Schambändchen von früher eingerissen. Kein alter Dammriss. Scheideneingang eng. Scheidengewölbe stark aufwärts gezogen. Vaginalportion nur angedeutet. Aeusserer Muttermund in Höhe des oberen Randes der Symphyse und dicht hinter derselben von rosettenartiger Form. Dünne, geschlossene Muttermundslippen. Der Fundus uteri stand 10 cm oberhalb der Symphyse, seine Höhe betrug ebensoviel, seine grösste Breite 8 cm. Er lag genau in der Mitte mit der vorderen Bauchwand breit verwachsen, dabei mitsammt dieser gut beweglich, so dass er sich auch leicht nach abwärts drücken liess. Somit lag der ganze Uterus noch innerhalb der Bauchhöhle. Die Bauchwunde hatte sich bis auf 9 cm verkürzt, wovon 2 cm oberhalb, 7 cm unterhalb des Nabels. Die Entfernung vom Schwertfortsatze bis zum Nabel betrug jetzt noch 20 cm, die vom Nabel bis zur Symphyse 11 cm. Kind: Aussehen und Befinden ausgezeichnet. Gewicht 4250 g, Länge 53 cm, hat also über ein Pfund an Gewicht zugenommen.

Späteres Schicksal der Mutter und des Kindes: Anfang April wurden Herrn Säger von Herrn Nicolai in Riesa drei Chromcatgutfäden übersandt, welche bei Frau Schlicke unter geringer Eiterung und ohne Störung des Allgemeinbefindens durch die Bauchwunde ausgestossen wurden, in geringen Zeitabständen von einander, drei bis vier Monate nach der Operation; zwei der Fäden waren vollständige Schleifen, geschlossen, und gehörten, ihrer Stärke nach, zu den oberflächlichen Nähten; der andere, dickere, zu den tieferen gehörige Faden bestand aus dem dicken Knoten und zwei etwa 4 mm langen Fadenstücken. Nachweislich ist noch ein vierter Faden abgegangen, aber verloren worden. Muthmaasslich wurden aber noch mehrere derselben auf diesem Wege ausgestossen. Das Befinden von Mutter und Kind ist nach wie vor tadellos.

Sectio caesarea bei bedingter Anzeige.

Fall von Zweifel (14. Fall der Leipziger Klinik).

Marg. Hesse, 21 Jahre alt, Nähterin aus Leipzig, Ipara, ledig, lernte mit vier Jahren das Laufen (Rhachitis). Darauf Scrophulose; im 15. Jahre Periostitis des rechten Oberarmes. Die im 13. Jahre eingetretene, stets regelmässige Menstruation war seit Anfang Juni 1887 ausgeblieben. Die ersten Wehen am 7. Februar 1888 Abends, Blasenprung am 8. Februar, Nachmittags 2 Uhr. Um 3 Uhr Nachmittags wurde die Hülfe der Poliklinik in Anspruch genommen, um 7 Uhr die Kreissende in die Klinik gebracht. Sie ist eine kleine, 120 cm hohe, gesund aussehende, kräftig gebaute, gut genährte Person. Deutliche Spuren von Rhachitis (rhachitischer Rosenkranz, Genu valgum, Epiphysenverdickung u. s. w.). Herz und Lungen gesund.

Das Becken hat folgende Maasse:

Distantia spinarum	25,5 cm
„ cristarum	26 „
„ trochanterum	30 „
Conjugata Baudelocquii	17,5 „
„ diagonalis	8 „
„ vera (geschätzt auf)	6 „

Diagnose: Rhachitisch-plattes Becken dritten Grades. Bedingte Anzeige zum Kaiserschnitte. Schwangerschaft Anfang des zehnten Monats; Ipara, II. Schädellage, Kind lebend (Herztöne verlangsamt, aber kräftig). Innere Untersuchung: Kopf beweglich über dem Becken, Blase gesprungen, Muttermund etwa 6 cm weit. Operateur Prof. Zweifel. Die Operation verlief genau nach der von Zweifel in seiner letzten Veröffentlichung gegebenen Beschreibung.¹⁾

Bauchschnitt in der Linea alba 23 cm lang. Unterbindung von vier Gefässen. Uterus herausgewälzt. Zwei vorläufige Seidennähte in den oberen Abschnitt der Bauchwunde. Anlegung eines elastischen Schlauches um den Uterus, der erst nach der Geburt des Kindes straff angezogen wird. Die Bauchdecken durch Schwämme an den Uterus gedrückt. Uterusschnitt von geringster Blutung gefolgt; Kind am linken Unterschenkel extrahirt. Ablösung der Placenta an der hinteren Wand; Ausspülung und Jodoformirung der Uterusinnenfläche. 9 tiefe sero-musculäre und 23 sero-seröse Uterusnähte mit Chromsäurecatgut. Alsdann der Schlauch gelüftet, die Uterusschnittlinie jodoformirt. 3 Umstechungen der Stichkanäle. Uterus in die Bauchhöhle zurückgebracht. Bauchdeckennaht durch 9 tiefe und 9 oberflächliche Seidennähte. Jodoformirung der Schnittlinie. Jodoformgaze. Watte. Heftpflasterverband. Leichte Atonie des Uterus. Zwei Spritzen Extracti secalis cornuti. Zwei heisse Douchen.

Das Kind, ein frühreifes Mädchen, war dysapnoisch, wurde aber schnell wiederbelebt. Gewicht 2950 g, Länge 49 cm.

Verlauf. 8. Febr., 9 Uhr 30 Min. Abends. Wöchnerin hat heftige Schmerzen im Leibe. Eisblase. Opiumsuppositorium (0,005). Bei Tastung der Bauchdecken Crepitation, wie bei Emphysem der Haut. — 9. Wöchnerin hat die ganze Nacht geschlafen; kein Aufstossen und Erbrechen. Zunge feucht. Viel Durst. $\frac{1}{2}$ stündlich ein Esslöffel Wasser. — 10. Befinden ungestört. Wöchnerin schläft fortwährend und wird von heftigem Durste geplagt. Zunge feucht. Lochialsecret sehr gering. Schmerzhaftigkeit im Abdomen. Eisbeutel. Eispillen. — 11. Viel Schlaf. Wöchnerin geniesst Kaffee und Bouillon. Eisbeutel. Eispillen. — 12. Befinden ungestört. Keine Schmerzen. Guter Schlaf. Intrauterine Ausspülung mit lauwarmer Sublimatlösung ($\frac{1}{2}$ ‰). — 13. Keine Störung des Befindens; zwei Mal Stuhl auf Oleum Ricini; intrauterine Ausspülung. — 14. Verbandwechsel. Herausnahme der

1) Dieses Archiv, Bd. XXXI, Hft. 2.

Fäden. Etwas Eiter aus einigen Stichkanälen, worauf die abendliche geringe Temperaturerhöhung zu beziehen ist (siehe Curve). Im übrigen erfolgte die Heilung der Uteruswunde durch erste Vereinigung. — Am 16. März geheilt entlassen.

Entlassungsbefund. — Mutter: Befinden gut. Bauchdecken-
narbe 22 cm. Scheide weit. Scheidengewölbe stark aufwärts ge-
zogen. Portio vaginalis am oberen Rande der Symphyse; Cervical-
kanal geschlossen. Uterus mit dem Grunde in der Höhe des Nabels,
anteflectirt, in der Mitte seines Körpers etwa 7 cm breit, mit der
Bauchnarbe in einer Länge von etwa 6 cm stark angeheftet, sonst
ohne Schmerzen, beweglich. Parametrien frei.

Das Kind entwickelte sich nur dürftig, trotzdem es gestillt wurde,
und starb am 18. März 1888. (Athemnoth infolge von Katarrh,
Schwellung der Nasenschleimhaut.)

Späteres Schicksal der Mutter: 27. September 1888.
Guter Ernährungszustand. Periode regelmässig seit Juli, das erste
Mal etwas stärker, doch ohne Schmerzen. Sie klagt über zeitweilig
auftretende Schmerzen in der Bauchnarbe. Uterus noch bedeutend mit
der Bauchwand verwachsen; Fundus zwei Querfinger unter dem Nabel.

Ich sage den Herren Säger und Zweifel für die freund-
liche Ueberlassung der Veröffentlichung ihrer Fälle an dieser
Stelle meinen ergebensten Dank.

Der Uebersicht der gesammelten Fälle schicke ich einige Bemerkungen voraus.

Abgesehen von der Unterminirung der Serosa und Resection der Muscularis, die Sänger durchaus nicht für alle Fälle unbedingt empfahl und wovon er selbst später zurückkam, soll man unter dem Namen der Sänger'schen Methode der Uterusnaht eine Nahtmethode verstehen, welche zur Zeit, als Sänger sie vorschlug¹⁾, in folgenden Haupterfordernissen bestand: 1) strenge Antisepsis; 2) möglichst dichtes Legen der Nähte (tiefe und oberflächliche); 3) Freilassung der Decidua bei den tiefen Nähten; 4) Einfaltung der Serosa bei den oberflächlichen Nähten (nach Lembert'scher Darmnaht); 5) Anwendung eines nicht oder schwer resorbirbaren Materiales (Silber und Seide), bis ein zuverlässiges, animalisches und in angemessener Zeit resorbirbares gefunden.

Als Varianten von Sänger's Methode, welche derselbe aber ebenfalls zum Theil vorsah (s. seine Monographie: Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen u. s. w.), darf man verzeichnen: 1) die verschiedenen Arten der Etagnennaht des Uterus, doch unter Freilassung der Decidua; 2) die anderen verschiedenen Arten der seroserösen Falznaht, d. h. die Knopfnah mit einziger Durchstechung des Wundrandes, die oberflächliche Naht nach B. S. Schultze (s. die Veröffentlichung von Skutsch, dieses Archiv, Bd. XXVIII, Hft. 1), die fortlaufende Falznaht u. s. w.; 3) die Anwendung des Sublimat-, Chromsäure- und Juniperus-Catgut.

Die Mitfassung aber der Decidua bei den tiefen, die lineäre Naht der Serosa bei den oberflächlichen Nähten, eine genaue Naht ohne peritoneale Vereinigung (Fall 134) u. s. w. sind alle als Abweichungen von Sänger's Methode und als andere Nahtverfahren anzusehen. Da indessen bei allen Fällen, in welchen diese verschiedenen Nahtverfahren vorkamen, der Uterus durch Längsschnitt eröffnet wurde und eine doppelte, mehr oder weniger genaue Uterusnaht ausgeführt wurde, dürfen wohl die fraglichen Fälle neben die nach Sänger's Methode und deren Varianten operirten gestellt werden.

In einigen Fällen war die Anzahl der Uterusnähte eine zu geringe. Da einer der Sänger'schen Grundsätze gerade in einer dichten Legung der Nähte besteht, so verdienten diese Fälle in eine besondere Gruppe gestellt zu werden; jedoch habe ich es, da deren

1) Neue Beiträge zur Kaiserschnittfrage. Dieses Archiv, Bd. XXVI, Hft. 2, S. 201 u. 215.

nur sechs sind (Nr. 58, 60, 69, 77, 114, 117), unterlassen der einfacheren Statistik wegen.

Vielleicht war noch in anderen Fällen die Anzahl der Nähte für den Schluss der Uteruswunde unzulänglich, aber ich kann dieselben nicht aufführen, weil in deren Beschreibung nur tiefer und oberflächlicher Nähte Erwähnung gethan wird ohne Angabe der Zahl. Auch unter den ersten 50 genannten Fällen könnte man einem (Nr. 2) denselben Vorwurf machen

Die Anzahl der für die genaue Schliessung der Uteruswunde erforderlichen Nähte kann nicht für alle Fälle zutreffend festgestellt werden. Sie schwankt je nach der Länge der Wunde und je nach der Verkleinerung derselben bei entleertem Uterus. Indessen, da, um ein reifes Kind zu entwickeln, ein Schnitt von 16—17 cm genügt¹⁾ und nach der Entleerung des Uterus die Wunde sich auf ungefähr $\frac{2}{3}$ ihrer Länge verkleinert, werden durchschnittlich zur zufriedenstellenden Schliessung der Uteruswunde 8—10 tiefe und 10—20 oberflächliche Nähte hinreichen. Ebenso darf die Zahl der Nähte nicht unmässig vermehrt werden, denn das erhöht nicht die Sicherheit des Verschlusses der Wunde und des Erfolges der Operation. Zu viele Nähte können selbst das so gefässreiche Uterusgewebe wenigstens streckenweise derart anämisiren, dass die erste Vereinigung ausbleibt²⁾, ja dass die Wundränder nekrotisch werden und gerade dadurch Lücken entstehen, durch welche Lochien in die Bauchhöhle übertreten. Durch Steigerung der plastischen Entzündung können sie auch Verwachsungen des Uterus mit der Bauchwand begünstigen. Derartige Fälle müssten auch in eine besondere Reihe gestellt werden. Da aber ihre Anzahl noch geringer ist, als die der Fälle mit zu wenigen Nähten, habe ich auch sie aus demselben Grunde nicht abgesondert aufgeführt.

---

1) Budin et Ribemont, *Recherches sur les dimensions de la tête du foetus à terme*. Archives de tocologie. Paris 1879, p. 477.

2) Der Fall Neale's (Baltimore), welchen ich aus dieser Zusammenstellung eines später anzuführenden Grundes wegen ausgeschlossen habe, bestätigt dies. In demselben wurden bei der Uterusnaht 21 tiefe und 29 oberflächliche Nähte (nach Lemberg'scher Darmaht) angelegt. Die Kranke starb 44 Stunden nach der Operation am Shock. Bei der Section zeigte die Uteruswunde keine Neigung zur Verklebung und ich bin der Ansicht des Operateurs (der bei der Mittheilung des Falles mich um meine Meinung über diesen Punkt befragte), dass eine der Ursachen des Todes der Frau durch die zu grosse Anzahl der Uterusnähte herbeigeführt wurde.

Fortgeführte Uebersicht der nach Sänger's Methode, deren Varia:
(Siehe die früheren Listen in diesem Archiv Bd. XXVI, S.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahr
51	20. Sept. 1885	Parish (Philadel- phia, Hospital).	35jhr. IIIp.	„3 am Os inter- num u. nach dem Uteruskrper aufwärts sich er- streckende intra- murale Fibrome, die so dicht aneinander lagen, dass die Dilatation des Orificium uteri unmöglich war.“	42 Stunden.	Puls 124. Krampf- wehen. Cra- niotomie. Ex- tractionsver- suche m. ver- schiedenen Instrumenten vergeblich. Quetschung des Uterus.	Unterminirung der rosa und Resection Muscularis. 11 se- rmusculre und 4 se- seröse Nähte mit Se
52	1. Decbr. 1885	Schantz (geburtsh. Klinik zu Innsbruck). 3. Fall.	33jhr. VIp.	Allgemein ver- engtes Becken. Conj. vera 8,5 cm. Bedingte An- zeige.	Etwa 5 Stunden.	Günstig.	8 sero-musculäre, 5 einem Seidenfaden armirte und 3 ni- armirte Silberdra- nähte, 34 sero-ser- Nähte mit feiner S (nach Lambert's Darmnaht). 3 U- stechungen mit Se
53	22. März 1886	Ahlfeld (geburtsh. Klinik zu Marburg). 1. Fall.	25jhr. Ip.	Ausgeprägt rha- chitisch. Becken mit geringer schräger Ver- schiebung infolge von Skoliose. Conj. vera 4,5 cm. Unbedingte Anzeige.	28 Stunden.	Günstig.	7 tiefe Silber-, nur Muskulatur umfasse und oberflächliche ritonealnhte mit I falzung der Sero (Seide). 2 Umstec- gen.
54	23. März 1886	Arnott (Bombay, Sir J. J. Ob- stetrics In- stitution). 1. Fall.	36jhr. XIp.	Osteomalakisch. Becken. Conj. vera 5 cm etwa. Unbedingte Anzeige.	9 Stunden.	Starke Er- schöpfung. Puls 140. Krampf- wehen.	Tiefe, durch die g Dicke der Uterusv gehende, und ser- rse Seidennähte, viel zum vollstnd Verschluss der Ut wunde nöthig.
55	12. Juni 1886	Hal- bertsma (geburtsh. Klinik zu Utrecht). 1. Fall.	30jhr. Ip.	Allgemein ver- engtes Becken. Conj. vera 7 ³ / ₄ cm. Bedingte An- zeige.	Etwa 5 Stunden.	Günstig.	8 sero-musculäre Si und sero-seröse F nähte mit Sublim seide.

anderen Nahtverfahren bisher operirten Kaiserschnittfälle.
XXVIII, S. 152 und Bd. XXX, S. 326.)

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Mutter	Kind				
ach stun- m.	† (Proci- dentia funiculi).	Erschöpfung. Anaemia. Septicaemia.	Vollständig geschlossen.	Abgang der übelriechenden Gase aus dem Uterus beim Schnitte. Nach der Abnahme des elastischen Schlauches beträchtliche Blutung von der Scheide aus, durch die fibromatöse Entartung der Gebärmutter und künstliche Constriction der Cervix bedingt.	Transactions American Gynecological Society 1886, S. 424—441 und briefliche Mittheilung von Dr. Harris.
ang.	Lebend.	—	—	Reactionsloser Verlauf. 3. Fall der Innsbrucker Klinik.	Prager medicinische Wochenschr. 1888, Nr. 1.
m uge.	Lebend.	Septicaemia. Peritonitis levis fibrinopurulenta.	Vollständig geschlossen.	Das untere Uterussegment wurde vom Schnitte mitgetroffen. Dieser Zufall machte es dem Operateur nicht leicht, in diesem Theil der Wunde der Anforderung nachkommen zu können, die Nadel nur durch Muscularis gehen zu lassen. Die genaue Vereinigung des unteren, im gedehnten Uterinsegment liegenden Wundwinkels kostete eine grosse Zahl von Nähten.	G. A. Schrör's Inaugural-Disser-tation, Marburg 1887, und Ahlfeld, Berichte und Arbeiten 1887, S. 116—118.
ch gen.	Lebend.	Ungewiss, wahrscheinlich Gehirn-embolie.	Vollständig vereinigt.	Am 4. Tage gutes Befinden; dann vorübergehend Fieber (39,9°), Schmerz u. Anschwellung in d. Hüftgelenken, Coma. Die Section musste sich auf den Unterleib beschränken.	Edinburgh medical Journal, Nov. 1887, p. 405—407.
ig.	Lebend.	—	—	Aseptischer Verlauf.	Briefliche Mittheilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
56	6. Aug. 1886	Hegar (geburtsh. Klinik zu Freiburg). 1. Fall.	36jähr. Vip.	Schiefelage der Frucht. Tetanische Zusammenziehung des Uteruskörpers. Vergebliche Versuche der combinirten Wendung.	Etwa 6 Tage.	Ungünstig. Fieber. Beginnende septische Endometritis.	Musculo-musculäre sero-seröse Knopfn (nach Lembert'sche Darmaht) mit Jodformseide.
57	20. Aug. 1886	Johannovski (Reichenberg i. Oesterreich, Stephans-hospital).	29jähr. Ip.	Plattes rhachitisches Becken. Conj. vera etwa 6 cm. Bedingte Anzeige.	12 Stunden.	Günstig.	9 sero-musculäre Silberdraht- u. oberflächliche Seidennähte mit 1. Falzung der Sero
58	7. Sept. 1886	Maassen (Dongen in Holland).	32jähr. Ip.	Rhachitisches Becken. Conj. vera 6 cm. Bedingte Anzeige.	—	Günstig.	3 Silberdrahtnähe durch die ganze I der Uteruswand. 6 flächliche fortlaufende Naht mit Sublimcatgut.
59	3. Oct. 1886	Lébedéff (St. Petersburg, Nadeschdinskaja-Gebäranstalt). 1. Fall.	26jähr. Ip.	Allgem. gleichmässig verengtes, schwach rhachitisches Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 41 Stunden.	Günstig. Verfehler Versuch mit der Zange. Temperatur regelmässig.	Uteruswunde mit 3 hen von Nähten geschlossen: die 1. I umfasste die tie Muskelschicht bis an die Decidua, 2. fortlaufende die flächliche Muskelschicht bis nahe Serosa, die 3. 4 fortlaufende den gefalteten serösen Ueberzug, wobei fi 1. Reihe Seide, für 2. u. 3. Juniperus gebraucht wurde
60	24. Nov. 1886	Cullingworth (Manchester, St. Mary's Hospital).	30jähr. Ip.	Allgem. verengt. platt-rhachitisches Becken. Conj. vera etwa 6,5 cm. Bedingte Anzeige.	6 Stunden.	Ungünstig.	4 sero-musculäre 6 sero-seröse Falz mit Carbolseide
61	8. Dec. 1886	Krassowski (St. Petersburger Gebäranstalt) 1. Fall.	30jähr. Iip.	Plattes asymmetrisches Becken. Conj. vera 8,5 cm. Bedingte Anzeige.	30 Stunden.	Günstig.	16 tiefe musculäre 15 oberflächliche seröse Seidennähe (nach Lembert Darmaht).

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
lung.	† (frisch todd).	—	—	Im Wochenbett Endome- tritis septica.	Wiedow, Centralblatt f. Gynäkologie 1887, Nr. 39.
am Tage.	Asphyk- tisch, nicht wieder- belebt.	Allgemeine septi- sche Peritonitis.	Die obersten 2 Draht- nähte waren aufgegan- gen und die Wunde hier unvereinigt ge- blieben, während sie im übrigen vollständig verklebt war.	Nach Abnahme der ela- stischen Ligatur eine starke Blutung ex Atonia uteri.	Prager medici- nische Wochenschrift 1888, Nr. 4.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett.	Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1887, Nr. 5.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett. Die höchste Temperatur 38,6 am 2. u. am 6. Tage.	Dieses Archiv, Bd. XXXI, Hft. 2.
sch tun- g.	Lebend.	Nephritis parenchy- matosa acuta mit Glomerulo-nephri- tis.	Vollkommener Naht- verschluss.	Der Tod scheint haupt- sächlich an Urämie erfolgt zu sein.	Transactions of the Obstet- rical Society of London, Bd. XXIX.
mg.	Lebend.	—	—	Nach der Genesung blieb in der Bauchwunde ein tiefer, wahrscheinlich bis zum Uterus reichender Fistelgang zurück.	Dieses Archiv, Bd. XXXII, S. 282.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
62	11. Decbr. 1886	Leopold (Frauenklinik zu Dresden). 11. Fall.	43jähr. Ip.	Hochgradig allgemein verengtes rhachitisches Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	14 Stunden 37 Minuten.	Kyphoskoliose. Nach Beginn der Narkose zeitweilige Asphyxie.	8 sero-musculäre Chromsäure-Catgutnähte, 1 oberflächliche fortlaufende Catgut- und Seidennaht mit Einfaltung des Peritoneum.
63	16. Decbr. 1886	Biggar ¹⁾ (Cleveland, Ohio, Ver.Staaten).	28jähr.	Verengtes Becken. Conj. vera 4,5 cm. Unbedingte Anzeige.	12 Stunden.	Günstig.	8 tiefe und 8 oberflächliche Catgutnähte.
64	14. Jan. 1887	Leopold (Frauenklinik zu Dresden). 12. Fall.	39jähr.	Hochgradig allgemein verengtes rhachit.-plattes Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	15 Stunden 49 Minuten.	Günstig.	9 sero-musculäre Chromsäure-Catgutnähte, eine oberflächliche fortlaufende Chromsäure-Catgutnaht mit Einfaltung der Seide.
65	26. Jan. 1887	Lébedéff (St. Petersburg, Nadeschdinskaja-Gebäranstalt). 2. Fall.	34jähr. Ip.	Allgemein verengtes plattes Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	27 Stunden 30 Minuten.	Kräfteabnahme. Temperatur 37,7. Tetanische Wehen.	Uterusnaht, gar ebenso wie im 1. Im unteren Vierte Gebärmutter wird eine Nahtreihe angelegt.
66	28. Jan. 1887	Gottschalk (Frankfurt a. M.).	29jähr. IIIp.	Platt-rachitisches Becken. Conj. vera 6 3/4 cm. Bedingte Anzeige.	6 Stunden.	Erschöpfung durch die langdauernde Wehentätigkeit.	6 sero-musculäre Silber- und 13 seröse Falznahte mit Seide.

1) Es war mir nicht möglich, für alle Fälle die Angabe zu machen, ob die tiefen Nähte die Decidua freilassen oder durch die ganze Dicke der Uteruswand gingen, ob die sero-seröse Falznaht oder die lineäre Vereinigung des Peritoneum ausgeführt wurde, weil mir nicht alle Originalmittheilungen zur Verfügung standen.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uteruswunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
am Tage.	Lebend.	Hochgradiger Meteorismus. Compression u. Oedem der Lungen.	Vollständig verklebt.	„Keine Spur von septischer Infection. Die Frau bot schwere, seit Wochen bestehende Dysenterie des Dickdarmes dar. Sie wäre nach Ansicht des Prof. Neelsen (der die Section ausführte) in kurzer Zeit an den Folgen der Dysenterie gestorben, die — schon wegen des langen Bestandes — sicherlich nicht die Folge einer Sublimatintoxication war.“ 14. Fall der Dresdener Klinik.	Leopold, Der Kaiserschnitt u. seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. Stuttgart 1888.
lung.	Lebend.	—	—	—	Briefliche Mittheilung von Dr. Harris. Die Originalmittheilung (Phys. and Surg. Investigator. Buffalo 1887, 15. Nov.) stand mir nicht zur Verfügung.
lung.	Lebend.	—	—	Hochgradiger Meteorismus. Drohender Ileus am 4. und 5. Tage. Dann fieberloser Verlauf. 15. Fall der Dresdener Klinik.	Leopold, a. a. O.
lung.	Lebend.	—	—	Blutung ex atonia uteri durch die Anlegung des Gummischlauches verursacht. Die Nachbehandlung durch crupöse Lungenentzündung gestört, nach Ansicht des Operateurs embolischen Ursprungs.	a. a. O.
ung.	Lebend.	—	—	Am 5. Tage einmalige Temperatursteigerung auf 39,2; seit Abend vorher Lochialretention. Uterus etwas in die Höhe gedrängt. Vorsichtige Ausspülung. Abgang reichlicher Massen von Lochialsecret. Sofortiger Abfall des Fiebers. Sonstiger Verlauf reactionslos.	Briefliche Mittheilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
67	13. Febr. 1887	Dolériss (Paris, Privatklinik).	28jähr. Ip.	Coxalgisch-skoliotisches rhachitisches Becken. Conj. vera 6½ cm, Conj. exitus 5 cm. Unbedingte Anzeige.	Im Beginne der Geburt.	Günstig.	12 sero-musculäre u. 8 sero-seröse Falznähte mit Seide.
68	16. Febr. 1887	Leopold (Frauenklinik zu Dresden). 13. Fall.	28jähr. Ip.	Hochgradig linksseitig schräg verengt. rhach. plattes Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	39 Stunden 49 Minuten.	Fieber der Mutter.	8 sero-musculäre Na und sero-seröse folaufende Falznaht Chromsäure-Catgu
69	18. Febr. 1887	Fellerer (Schongau, Oberbayern).	25jähr. Ip.	Spondylolisthetisches Becken. Conj. vera 5,5 cm. Unbedingte Anzeige.	65 Stunden.	Ungünstig. Temp. 38,9. Puls 112. Erbrechen. Dyspnoe. Insufficiencia mitralis. Spasmodische Wehen.	Anlegung von 10 I gennähten, theils tie die ganze Uterussstanz durchdringend theils oberflächlich Nähten mit carbolisi Seide.
70	21. März 1887	Lusk (New-York, Bellevue-Hospital). 1. Fall.	24jähr. Ip.	Hüftgelenks-Eiterung, schiefes, allgemein verengt. Becken. Conj. vera 5 cm. Unbedingte Anzeige.	Im Beginne der Geburt.	In d. letzten Monaten der Schwangerschaft erneute Eiteransammlg. i. Hüftgelenke.	16 sero-musculäre 18 sero-seröse Seid falznähte. Drains der Bauchhöhle.
71	26. März 1887	Gusserow (Berlin, geburtsh. Klin. d. Charité).	19jähr. Ip.	Rhachitisches plattes Becken. Conj. vera 5,5 cm. Unbedingte Anzeige.	Etwa 24 Stunden.	Günstig.	8 musculo-muscul Silber- und 16 se seröse Seidennäh mit Einfaltung d Peritoneum.
72	27. März 1887	Slavjansky (St. Petersburg).	23jähr. Ip.	Platt. Becken. Conj. vera etwa 7 cm. Bedingte Anzeige.	15 Stunden.	Temp. 37,6.	Sero-musculäre u sero-seröse Jodofo seidennähte.
73	30. März 1887	Eichholz (Jena, Privatklinik).	30jähr. IIIp.	Grosses, von der vorderen Uteruswand (im Bereich des Orificium internum) ausgehendes, in die Bauchhöhle gewuchertes Myom.	15 Stunden.	Ungünstig. Der Zerfall des Myom begann während der Geburt als Folge des fortwährenden Druckes des Kindskopfes.	Zahlreiche tiefe, Decidua nicht m fassende, u. eine gr Anzahl sero-serö Carbolseidennähte. einer Stelle eine c flächliche Naht n Schultze (dieses Archiv Bd. XXVIII, Hft.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Atter	Kind				
nach Stun- en.	Lebend.	Blutung ex atonia uteri, durch die Anlegung d. Gummi- schlauches bedingt.	Vollständig vereinigt.	Verlauf fieberlos. Keine Entzündung des Perito- neum. Keine Sepsis.	Briefliche Mit- theilung.
lung.	Lebend.	—	—	Fieberloses Wochenbett. 16. Fall der Dresdener Klinik.	Leopold, a. a. O.
lung.	Lebend.	—	—	Verlauf durch eine acute Nephritis verwickelt.	Münchener medizinische Wochenschrift 1887, Nr. 19.
ung.	Lebend.	—	—	Störung von der Operation unbedeutend, Convalescenz verwickelt durch Abscess der Hüfte. Die Kranke war ausser Bett am Ende der 4. Woche.	New York me- dical Journal 1887, 7. Mai.
ung.	Lebend.	—	—	Heilungsverlauf bis auf Zeichen leichter Sublimat- intoxication glatt.	Berliner klin. Wochenschrift 1887, Nr. 20.
um lage.	Lebend.	Urämie.	Geschlossen. Grosses Netz mit Uterusnarbe verklebt.	Bei der Section Pyelitis calculosa (grosser Stein).	Briefliche Mit- theilung.
nach gen.	Lebend.	Septicaemia infolge der Verjauchung des Myom. Peritonitis.	Geschlossen.	Die Berührung des Tumor mit der Luft seit seinem Durchritte in die Vagina begünstigte den Eintritt der Fäulniss.	Der Frauen- arzt. Monats- hefte für Gy- näkologie und Geburtshülfe 1887, Hft. 5.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
74	12. April 1887	Weber (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 2. Fall.	33jähr. IVp.	Rhachitisch-plattes Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	24 Stunden.	Günstig.	8 sero-musculäre u 15 sero-seröse Seidnähte, die letzten keineswegs alle nach Lember't'scher Denaht angelegt. (Mithelche Mittheilung Operateurs und d Herrn Dr. Sänge
75	15. April 1887	Hegar (geburtsh. Klinik zu Freiburg). 2. Fall.	26jähr. IIIp.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. diag. 10 cm. Bedingte Anzeige.	36 Stunden.	Erschöpfung. Temperatur und Puls regelmässig.	Nahtverfahren wie 1. Fall.
76	1. Mai 1887	Zweifel (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 2. Fall.	41jähr. Vp.	Rhachitisch-plattes Becken. Conj. vera 6,5 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 24 Stunden.	Günstig.	14 sero-musculäre, Decidua freilassend 14 sero-seröse Chromsäure-Catgutnäht (nach Lember't's Darmnaht).
77	1. Mai 1887	Taber Johnson (Washington, Ver. Staaten).	35jähr.	Regelmässiges Becken. Einklemmung der Frucht bei verschleppter Querlage.	3 Tage.	Ungünstig. Secale. Zange. Wendung u. Perforation.	12, theils tiefe, theils oberflächliche Seidnähte.
78	3. Mai 1887	Zweifel (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 3. Fall.	32jähr. VIIp.	Plattes rhachitisches Becken. Conj. vera 7 bis 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 15 Stunden.	Günstig.	12 sero-musculäre, Decidua freilassend sero-seröse Chromsäure-Catgutnähte (nach Lember't'scher Denaht).
79	11. Mai 1887	Arnott (Bombay, Sir J. J. Obstetrics Institution). 2. Fall.	21jähr. IIp. I.: Frühgeburt im 7. oder 8. Monate. Das Kind konnte nicht weiter leben.	Verengtes plattes Becken. Conj. vera 4,4 cm. Unbedingte Anzeige.	40 Stunden.	Erschöpfung. Temperatur 38,3, Puls 104.	Mehrere tiefe und oberflächliche Carbolseidnähte.
80	12. Mai 1887	Krevet (Mühlhausen, Thüringen).	38jähr. IIIp.	Steissgeschwulst des Fötus.	15 Stunden.	Günstig.	10 sero-musculäre 16 sero-seröse Seidnähte.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Mutter	Kind				
nach Tagen.	Lebend.	Septische Perito- nitis.	„Die Muskulatur in der ganzen Breite vollstän- dig organisch verwach- sen, das Peritoneum dagegen nicht verklebt.“	Genauere mikroskopische Beschreibung der Uterus- wunde nebst Abbildung durch Zweifel. 8. Fall d. Leipziger Klinik.	Zweifel, dieses Archiv, Bd. XXXI, Hft. 2.
ilung.	Lebend.	—	—	Verlauf ohne Reaction. 2. Fall der Freiburger Klinik.	Wiedow, a. a. O.
ilung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett. 9. Fall d. Leipziger Klinik.	a. a. O.
am Tage.	† (durch Versuche der Kra- niotomie).	Berstung eines Bauchwand- abscesses nach innen. Septichae- mia.	—	—	Briefliche Mit- theilung von Dr. Harris. Die Originalmit- theilung (Journ. Americ. medic. Ass. 1887, S. 696) stand mir nicht zur Verfügung.
ilung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett. 10. Fall der Leipziger Klinik.	a. a. O.
ilung.	† (durch Versuche d. Kranio- klasie).	—	—	Im Wochenbette Tempe- ratursteigerung (38,5 bis 39,7) durch Eiterung in der Uterus- und Bauch- wunde verursacht, mit Bildung eines schwer heilenden Fistelganges. Nach d. Genesung (31. Juli) blieb noch ein kleiner Fistelgang am oberen Ende der Bauchnarbe. Uterus aufwärts gezogen u. mit vorderer Bauchwand im Bereiche der äusseren Narbe verwachsen.	Edinb. medical Journ. 1888, August, S. 140—144.
lung.	Lebens- unfähig. Starb nach 1 Stunde.	—	—	Vergebliche Punction der Geschwulst durch Troi- cart. Fieberhaftes Wochenbett.	Briefliche Mit- theilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
81	13. Mai 1887	Stadfeldt (geburtsh. Klinik zu Kopenhagen).	36jähr. IIIp.	Allgemein verengtes Becken. Conj. vera 8 bis 9 cm. Bedingte Anzeige.	—	Günstig.	8 sero-musculäre Silber- und 14 sero-seröse Seidenfalznähe Einige Umstechungen
82	28. Mai 1887	Ohage (St. Paul, Minnesota, im Hospital).	29jähr. Ip.	Rhachitisches Becken (Zwergin). Conj. vera 5,4 cm. Unbedingte Anzeige.	Etwa 12 Stunden.	Günstig.	11 sero-musculäre u 17 sero-seröse Carbseidennähte mit Einfaltung des Peritoneum.
83	12. Juni 1887	Olshausen (Universitäts-Frauenklinik zu Berlin). 1. Fall.	33jähr. IIp.	Pseudo-osteomalakisches Becken. Conj. vera 6,5 cm. Bedingte Anzeige.	6 Stunden.	Günstig.	12 versenkte Seidenknopfnähte, nur d Muskulatur fassen und 20 Catgutknopfnähte, nur das Perineum fassend; dass eingekrempelt.
84	13. Juni 1887	Leopold (Frauenklinik zu Dresden). 14. Fall.	23jähr. IIp.	Allgemein verengtes platt-rhachitisches Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	12 Stunden.	Günstig.	Sero-musculäre, oberflächlich fortlaufen Falznaht mit Chromsäurecatgut.
85	15. Juni 1887	Olshausen (Universitäts-Frauenklinik zu Berlin). 2. Fall.	33jähr. IIp.	Rhachitisches Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	2 Stunden.	Günstig.	11 sero-musculäre Seiden- und 20 oberflächliche Catgutnähe wie im 1. Fall.
86	22. Juni 1887	Zweifel (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 4. Fall.	30jähr. VIIp.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	—	Günstig.	9 sero-musculäre u 17 oberflächliche Chromsäure-Catgutnähte (nach Lembert'scher Darma

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Am 7. Tage nach d. Ope- ration Periphlebitis am rechten Unterschenkel. In den folgenden Wochen war geringes Fieber vorhanden; am 13. Juni fühlte man einen Thrombus i. linken Unterschenkel. Im Urin Ei- weiss u. Cylinder. Die Frau starb am 8. Aug. Section: Grosse blaue Niere mit Amyloidentartung. Throm- bose aller grossen Venen des Beckens. Im übrigen keine puerperalen Verände- rungen. Die Thrombose war sicher eher eine marastische od. Dilatationsthrom- bose als von infectiösem Ursprunge.	Hospitals- Tidende 1888, Nr. 9, S. 245.
am Tage.	Lebend.	Endometritis diphtherica.	Gut verklebt.	Bei der Section keine Peritonitis. Die Infection wurde durch eine Wär- terin, welche ein schwer diphtherisch krankes Kind gepflegt hatte, herbei- geführt.	Briefliche Mit- theilung. Die Original- mittheilung (Trans. Minne- sota State Med. Soc. 1887) stand mir nicht zur Verfügung.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett.	Centralblatt für Gynäkol- ogie 1887 und briefliche Mittheilung.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett. Höchste Temperatur 38,5 am 4. Tage. 17. Fall der Dresdener Frauenklinik.	a. a. O.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett.	a. a. O. und briefliche Mit- theilung.
ung.	Lebend.	—	—	Fieberloses Wochenbett. 11. Fall der Leipziger Klinik.	Zweifel, a. a. O.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
87	25. Juni 1887	Geyl (Bleskensgraf, Holland).	30jähr. Ip.	Plattes rhachitisches Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 4 Tage.	Ungünstig. Temp. 38. Tetanische Wehen. Stinkende Flüssigkeit aus d. Vagina.	Die Muscularis wurde mittels 16 Sutur-Catgutknopfnähe vereinigt. Eine Kürschnernähe verband die umgefalten Peritonealränder.
88	27. Juni 1887	Halbertsma (geburtsh. Klinik zu Utrecht). 2. Fall.	27jähr. IV p.	Plattes rhachitisches Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 4 Stunden.	—	8 sero-musculäre und sero-seröse Sublimseidenfahlnähte.
89	8. Juli 1887	Hegar (geburtsh. Klinik zu Freiburg). 3. Fall.	27jähr. Ip.	Plattes Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 24 Stunden.	Günstig.	Uterusnaht wie im 1. und 2. Fall.
90	21. Juli 1887	J. Veit (Berlin, Privatklinik). 1. Fall.	III p.	Allgemein verengtes Becken. Conj. vera etwas über 7 cm. Bedingte Anzeige.	Im Beginn der Geburt.	Günstig.	Uteruswunde mit 3 Reihen von Nähten vereinigt mit einem einzigen Catgutfaden; 1. Reihe umfasste Decidua und submucosa Uterusschicht, die 2 übrige Muskelschicht, die 3. das Peritoneum in linearer Art. Tiefe, die Decidua freilassende und oberflächliche sero-seröse Fahlnähte.
91	16. Aug. 1887	H. F. Bailey (Manchester).	Ip. (In d. 30. Woche d. Schwangerschaft.)	Multiple Fibrome des Uterus.	—	Ungünstig. Beträchtl. Oedem der Schleimhaut der Vagina. Häuf. Harnentleerung.	Tiefe, die Decidua freilassende und oberflächliche sero-seröse Fahlnähte.
92	22. Aug. 1887	Döderlein (geburtsh. Klinik zu Leipzig).	31jähr. II p.	Rhachitisches plattes Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	60 Stunden.	Fieber. Tympania uteri.	16 sero-musculär u. etwa 35 sero-seröse Chromsäure-Catgutfahlnähte (nach Lebert'scher Darmnaht) 1 Umstechung.
93	22. Aug. 1887	Leopold (spät. Korn). (Frauenklinik zu Dresden). 15. Fall.	27jähr. Ip.	Allgem. verengtes rhachitisches Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	19½ Stunden.	Günstig.	Uterusnaht ebenso im Fall 84.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Glatter, fieberloser Ver- lauf.	Dieses Archiv, Bd. XXXI, Hft. 3.
ilung.	Lebend.	—	—	Aseptischer Verlauf. 2. Fall der Klinik.	Briefliche Mit- theilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Die Temperatur stieg nur am Abend des 2. Tages auf 38,3, war sonst stets unter 38. 3. Fall der Freiburger Klinik.	Wiedow, a. a. O.
ilung.	Lebend.	—	—	Fieberloses Wochenbett.	Klewitz, Inaugural-Dis- sertation, Ber- lin 1887, und J. Veit, Deutsche me- dicinische Wochenschrift 1888, Nr. 17.
am Tage.	Lebend.	Septichämie infolge von jauchiger Lo- chiometra u. Ver- eiterung der Ge- schwulst an der vorderen Wand des Uterus.	An den Uterinlappen zeigte sich, obwohl sie vollständig aneinander lagen, keine Neigung zur Verklebg. (Die Inci- sion i. Uterus ging durch 3 Fibroide hindurch.)	—	The Lancet, 12. Mai 1888. S. 919—20.
ilung.	Lebend.	—	—	Verlauf des Wochenbettes: verwickelt sich durch Sublimat- vergiftung; darauf folgt Parotitis sinistra, Abgang stinkenden Eiters aus d. drei unteren Bauchwandnähten u. eine Lochiometra. Im Juli d. J. kam die Frau wieder in die Klinik mit einer Fistel in d. Bauchnarbe, aus welcher sich eine Chromsäure- Catgutligatur des Ute- rus, der noch mit der Bauch- wand verwachsen war, ab- stösst. Nach deren Entfer- nung heilte die Fistel bald. 12. Fall der Leipziger Klinik.	Zweifel, a. a. O. und mündliche Mit- theilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Fieberloses Wochenbett. 18. Fall der Dresdener Frauenklinik.	a. a. O.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
94	22. Aug. 1887	Fehling (geburtsh. Klinik zu Basel).	39jähr. Ip.	Allg. verengtes rhachit.-plattes Becken. Conj. vera 4—4 $\frac{1}{2}$ cm. Unbedingte Anzeige.	4 Stunden 20 Minuten.	Temperatur (Axilla) 37,9, Puls 116.	12 sero-musculäre u 20 sero-seröse Submatseidenfalnäht
95	9. Sept. 1887	Korn (Frauenklinik zu Dresden). 5. Fall.	31jähr. Vp. In der 3. Geburt Sectio caesarea (s. Nr. 22).	Allg. verengtes platt-rhachit. Becken. Conj. vera 6,5 bis 6,75 cm. Bedingte Anzeige.	23 $\frac{1}{2}$ Stunden.	Günstig.	Uterusschnitt rech von der früheren Na Entfernung von 4 al Silberdrähten. 7 se musculäre Nähte; ol flächliche fortlauffer Falznaht aus Chro: säure-Catgut.
96	23. Sept. 1887	Obermann (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 2. Fall.	28jähr. IVp.	Plattes rhachit Becken. Conj. vera 7,5 cm. Bedingte Anzeige.	Blase noch stehend.	Günstig.	11 sero-musculäre u 14 oberflächliche Na aus Chromsäure-Cat (nach Lembert'se Darmnaht).
97	7. Octbr. 1887	Breisky (2. geburtsh. Klinik zu Wien). 3. Fall.	18jähr. Ip.	Schräge Verschiebung und Atrophie d. link. Beckenhälfte infolge einer im Kindesalter durchgemachten Coxitis. Ferner rhachit. Verengerungen am Becken. Bedingte Anzeige.	51 Stunden.	Geringes Fieber (38°), durch den operativen Eingriff bei der Einleitung der Frühgeburt verursacht.	6 sero-musculäre Silber- und zahlrei oberflächliche sero-seröse Seidenfalnä Mehrere Umstechun der Stichkanäle.
98	27. Oct. 1887	Schantz (geburtsh. Klinik zu Prag). 4. Fall.	28jähr. Ip.	Rhachit.-plattes leicht asymmetrisches Becken. Conj. vera 6,4 cm. Unbedingte Anzeige.	Etwa 22 Stunden.	Günstig.	11 sero-musculäre Silberdraht- und oberflächliche Seidenähte (nach Lem bert'scher Darmna
99	31. Oct. 1887	Lusk (New-York, Bellevue-Hospital). 2. Fall.	38jähr. Vp.	Ausgedehntes Carcinom der Cervix, der Blase und des Beckenzellgewebes.	2—3 Stunden.	Ungünstig.	13 tiefe Silberdraht und 16 oberflächliche Seidennähte mit E falzung der Seros
100	23. Nov. 1887 ¹⁾	Hegar (geburtsh. Klinik zu Freiburg). 4. Fall.	23jähr. Ip.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	3 Tage.	Günstig.	Etwa 15 sero-musculäre Knopf- und et 20 sero-seröse Seidenähte (nach Lem bert'scher Darmna

1) Aus typographischen Rücksichten mussten die Fälle 100 und 101 (chronologisch) verstellt werden.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uteruswunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Mutter	Kind				
am Tage.	Lebend.	Septicaemia. Peritonitis fibrinosa et haemorrhagica.	Vollständig geschlossen.	„Vielleicht schon vor der Operation inficirt durch Vaginaldouchen.“	Briefliche Mittheilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Ganz fieberloses Wochenbett. Entlassen am 18. Tage. 19. Fall der Dresdener Frauenklinik.	Leopold, a. a. O.
ilung.	Lebend.	—	—	Glatter, fieberloser Verlauf. 13. Fall der Leipziger Klinik.	Zweifel, a. a. O.
ilung.	Lebend.	—	—	Am 5. October Versuch, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Nach 7 Stunden die ersten Wehen. Am 7. Collum über dem Kopfe stark gedehnt; dieser, trotz stärkerer Wehen, über dem Beckeneingange noch beweglich. Verlauf durchaus günstig; nur einige vorübergehende Temperatursteigerungen.	Wiener medicinische Wochenschrift 1887, Nr. 45 und briefliche Mittheilung von Dr. Piskaczek.
ilung.	† (frisch-todt).	—	—	Fieber vom 1. Tage mit zeitweisem Anstieg bis 39° bis zum 9. Tage. Dann regelmässig. 3. Fall der Prager Klinik.	a. a. O.
ilung.	Lebend.	—	—	Heftiger Shock nach der Operation, von dem sich d. Frau erholte und genas. Später leichte Manie und rascher Fortschritt des Carcinom. Die Kranke starb am 1. Januar 1888 am Krebs. Das Kind am 24. März 1888 noch am Leben.	Briefliche Mittheilung vom Operateur und Dr. Harris.
ilung.	Lebend.	—	—	Fieberloser Verlauf. 4. Fall der Freiburger Klinik.	Briefliche Mittheilung von Dr. Wiedow.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
101	21. Nov. 1887	Lusk (New-York, Bellevue-Hospital). 3. Fall.	25 jähr. Ip.	Rhachitisches Becken. Conj. vera 6,3 cm. Bedingte Anzeige.	6 Tage.	Ungünstig.	8 sero-musculäre Silberdraht- und 9 seröse Seidenfalznähe
102	17. Dec. 1887	Sänger (Leipzig, Privatklinik). 5. Fall.	30 jähr. Vp.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 6 cm. Bedingte Anzeige.	3 1/2 Stunden.	Günstig.	9 sero-musculäre und 16 sero-seröse Chrysäure-Catgutnähte (nach Lemberg'se Darmnaht).
103	29. Dec. 1887	Kras-sowski (St. Peters-burger Gebär-anstalt). 2. Fall.	23 jähr. Ip.	Rhachitisches plattes Becken. Conj. diag. 8 bis 8,5 cm. Bedingte Anzeige.	44 Stunden.	Krampf-wehen.	Sero-musculäre und sero-seröse Falznähe mit Seide.
104	5. Jan. 1888	Chiara (geburtsh. Klinik zu Florenz). 3. Fall.	23 jähr. Ip.	Rhachitisches Becken. Conj. vera 4,5 cm. Unbedingte Anzeige.	—	Günstig.	Sero-musculäre und sero-seröse Sublimat-Catgutfalznähte. Ein Umstechungen mit Sublimat-Catgut.
105	10. Jan. 1888	Ahlfeld (geburtsh. Klinik zu Marburg). 2. Fall.	18 jähr. Ip.	Rhachitisch allg. verengtes Becken. Conj. vera 5,5 cm. Unbedingte Anzeige.	Etwa 24 Stunden.	Günstig.	Zahlreiche, die Muskulatur vereinigen Catgut- und zahlreiche oberflächliche, das Peritoneum einfaßende dünne Seidennähte

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Mutter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Während der Operation beobachtete man die Nekrosis der Decidua, verursacht durch den früheren Druck des Kopfes. Sorgfältige Abschabung der Decidua. In der 2. Woche des Wochenbettes doppelte Pneumonia infolge Erkältung. Keine septische Infection. Das Kind starb am 2. Tage an Tetanus.	Briefliche Mittheilung.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett.	Ausführliche Beschreibung siehe S. 212.
lung.	Lebend.	—	—	Im Wochenbette partielle Peritonitis.	Dieses Archiv, Bd. XXXII, Hft. 2.
am Tage.	Lebend.	Peritonitis acutissima.	Vollständig geschlossen.	„Die Peritonitis war bedingt durch einige Darmgeschwüre aus früherer Zeit; bei vier von denselben war das Narbengewebe erweicht und perforirt.“ 3. Fall der Florenzer Klinik.	Martinetti, Annali di Ostetricia e Ginecologia, Januar 1888.
ung.	Lebend.	—	—	Im Wochenbette im Verlauf der ersten 20 Tage mässiges Fieber. Andiesem Tage Abgang von blutigem Eiter aus der Scheide aus einer Eiterhöhle. „Es handelte sich um einen Abscess der Uteruswunde, oder um eine Eiteransammlung zwischen Uterus und Bauchwand mit Durchbruch in die Uterushöhle.“ 2. Fall d. Marburg. Klinik.	G. Reinhard, Inaugural-Dissertation. Marburg 1888, u. briefliche Mittheilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
106	12. Jan. 1888	Meinert ¹⁾ (Dresden, Privatklinik).	28jähr. Ip.	Plattes Becken. Conj. vera 6 cm. Bedingte Anzeige.	Mehrere Tage. Seit 70 Stunden Blasen-sprung.	Erschöpfung. Temp. 39,0, Puls 94. Hochgradige Athemnoth und unstillbares Erbrechen (!). Tympania uteri.	„Uterusnaht nach Sänger, ohne Resection von Muscular Heftmaterial: Silberdraht und Seide.“
107	13. Jan. 1888	W. Merkel (Nürnberg, Privatklinik).	40jähr.	Carcinoma uteri.	12 Stunden.	Günstig. Jauchiger Ausfluss aus der Scheide.	15—20 musculäre Carbolseidennähte 4 sero-seröse fortlaufende Nähte (nach Lembert'scher Naht) mit Sublimat Catgut.
108	13. Jan. 1888	Norment (Hampden, Maryland, Ver. Staaten).	26jähr. Ip.	Hochgradige Kyphose d. Wirbelsäule (2 Fisteln in der Lumbargegend). Uterus stark antevortirt u. zwischen Thorax u. Becken eingeklemmt. Im Beckeneingange keine Verengerung; gerader Durchmesser des Beckenausgangs 5 cm.	2 Stunden.	Oedem der Unterschenkel u. Füsse. Eiweiss u. Cylinder im Urin. Kurze Zeit vor Ende der Schwangerschaft trat ein Anfall von Urämie ein.	Es wurden 2 Reihen Carbolseidennähte angelegt, sero-musculäre geknöpfte u. peritoneale fortlaufend, im Ganzen

1) Bei der Besprechung dieses Falles in der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft sagte Meinert, dass er die Operation im Interesse des Kindes ausgeführt habe, da nur eine ganz geringe Aussicht für das Leben der Mutter bestand. Es handelte sich, seines Erachtens, um die bösartigste Form von Sepsis, die primäre Septicämie, wie man sie nicht so selten nach Laparatomien beobachtet. Die Perforation und Extraction (Conj. vera 6 cm; rigider enger Muttermund) wäre ein äusserst gewagter Eingriff gewesen. Leopold meinte, dass die Perforation des Kindes die richtigere Operation gewesen wäre. Durch dieselbe habe er mehrfach sehr schwere Fälle, complicirt mit Tympania uteri, gerettet. Bode betrachtete ebenfalls die Perforation des Kindes als die zweckmässigste und leicht auszuführende Operation, da man an die Eröffnung der Bauchhöhle durch den Kaiserschnitt nicht denken durfte.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uteruswunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
am Tage.	Lebend.	Septicaemia. Peritonitis exsudativa.	Vollständig geschlossen.	„Bei der Operation drang aus dem eröffneten Uterus unter zischendem Geräusch Luft mit Fruchtwasser und Meconium von penetrant fauligem Geruche. Die Serosa der hinteren Uteruswand war rau und injicirt, sonst kein Zeichen von Peritonitis. Im Wochenbette am 2. Tage zunehmende Erscheinungen von exsudativer Peritonitis. Temp. 39,0, Puls 142. Der untere Theil der Bauchwunde wurde geöffnet u. reichliche Mengen trüber Flüssigkeit entleerten sich.“	Verhandlungen d. gynäkolog. Gesellschaft zu Dresden, Centralbl. für Gynäkologie 1888, Nr. 31 und 32.
am Tage.	Lebend.	Eitrige Peritonitis.	„Zwei der oberflächlichen Catgutnähte an ihren Anfangs- oder Endeknoten frei flottirend, also bis auf einen Befestigungspunkt vollständig gelöst im eitrigen umgebenden Exsudat. Die zwei anderen verschwunden. Serosa nicht verklebt. Muskelwunde klappte an einigen Stellen. Mucosa weit zurückgezogen.“	Tod zurückzuführen auf Infection der Uteruswunde von dem jauchigen Carcinom des Uterus und von zu weichem und mangelhaftem Sublimat-Catgut.	Briefliche Mittheilung.
nach Stunden.	Lebend.	Urämie.	—	Wegen der eventralen Lage der Gebärmutter musste der Kaiserschnitt der Kraniotomie vorgezogen werden.	Briefliche Mittheilung von Dr. Harris. Die Originalmittheilung (Medical News, Philadelphia 1888, 11. Februar, S. 147 bis 150) stand mir nicht zur Verfügung.

Mir scheint schon der Umstand, dass die zwei Aerzte, die den Fall beobachteten (Bode und Meinert), in ihrer Ansicht über die Entbindungsweise sich gegenüberstehen, dafür zu sprechen, dass eine so überstürzte Vornahme der Sectio caesarea nicht hätte ausgeführt werden sollen. Bei einer Gebärenden mit Temperatur 39,0 C., Puls 94 und lebendem Kinde darf man wegen des Kindes eine für die Mutter so bedenkliche Operation nicht wagen. Die Aussichten für die conservative Sectio caesarea waren nach dem Obengesagten schlecht. Sollte aber durchaus, wie Meinert wollte, das Kind gerettet werden (ob die Mutter damit einverstanden war, sagte Meinert nicht), so wäre die Porro-Operation am Platze gewesen. Der conservative Kaiserschnitt durfte jedenfalls nicht in Anwendung kommen. Ich werde diesen Fall mit falscher Indicationsstellung bei der Berechnung des Sterblichkeitsprocentatzes nicht berücksichtigen, um die Statistik durch ihn nicht zu belasten.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
109	17. Jan. 1888	Schauta (geburtsh. Klinik zu Prag). 5. Fall.	21jähr. 1p.	Allgem. verengt. plattes Becken. Conj. vera 6,9 cm. Bedingte Anzeige.	13 Stunden 3 Minuten.	Günstig.	10 musculo-musculäre Silber- und 17 seröse Seidennäht (nach Lembert'se Darмнаht).
110	21. Jan. 1888	G. Braun (3. geburtsh. Klinik zu Wien). 1. Fall.	37jähr. 1p.	Enges Collum. Krampfwehen. Drohende Uterusruptur. Verengtes Becken. Conj. vera 8 bis 8,5 cm.	8 Tage Frucht-wasser-abgang ganz im Beginne der Geburt.	Temp. 37. Puls 100 bis 110. Krampfwehen. Hochgradig geistig erregte Person.	5 versenkte muscul Silberdrahtnähte. In unteren Wundwinkel wurden 2, zwischen 2 Silbernähten je 1 versenkte Sublimat-Catg naht gesetzt. 25 seröse Sublimatseid falznähte. Nach Entfernung des Gummischlauches 3 sero-musculäre Sublimatseidnähte.
111	1. Febr. 1888	Leopold ¹⁾ (Frauenklinik zu Dresden). 16. Fall.	27jähr. 1p.	Allg. verengtes plattes rhachitisches Becken. Conj. vera 6 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 15 Stunden.	Am 1. Febr. 8 eklampthische Anfälle. Im Urin $\frac{1}{2}$ Volumen Eiweiss. Blase gesprungen. 5 innere Untersuchungen.	9 sero-musculäre Naht und sero-seröse falz laufende Falznaht Chromsäure-Catg

1) Es sei mir gestattet, einige Bemerkungen über diesen Fall, dessen Operation ich während meines Aufenthaltes in der Dresdener Frauenklinik beiwohnen durfte, zu machen, ohne dem von mir hochverehrten Herrn Prof. Leopold zu nahe zu treten.

Es ist zweifellos, dass es sich im genannten Falle um eine bedingte Anzeige zum Kaiserschnitte handelte, wie die folgenden Beckenmaasse ergeben, welche ich dem Geburts-journale der Klinik entnommen habe: Spinae 24,5, Cristae 25, Trochanteres 33,5, Conjugata externa 16, Conjugata diagonalis 8, Conjugata vera 6, Conjugata des Beckenausganges 8,5, Tubera ischii 10,5, Symphysenhöhe 5. Diagnose der Beckenenge: Allgemein verengt platt-rhachitisches Becken. Ich theile nicht die Ansicht Tarnier's (Pinard, Parallèle entre la Basiotripsie et la laparotomie; Union médicale, 30. August 1887), welcher die Grenze der unbedingten Anzeige des Kaiserschnittes zwischen 0 und 4 cm bei der höchsten Verengung im Beckenraume legt; ich schliesse mich vielmehr der Anschauung der Mehrheit der Geburtshelfer an, dass obige Grenzen zwischen 0—5,0 bzw. 6,0 cm schwanken. Angenommen, dass es sich in fraglichem Falle um eine bedingte Anzeige zum Kaiserschnitte handelte, so war meiner Ansicht nach nicht der Kaiserschnitt, sondern die Perforation angezeigt. Die betreffende Person war bereits von der Eklampsie befallen und hatte schon, wie mir der sie behandelnde Arzt berichtete, acht eklampthische Anfälle gehabt. Es war folglich zu vermuthen, dass der Fötus schon durch die Convulsionen gefährdet und dass sein

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Temperatur bis z. 18. Tage regelmässig. An diesem Tage verliess die Wöchnerin das erste Mal das Bett, wobei sie eine Temperatursteigerung von 40° erfuhr. Diese sank am nächsten Tage auf 38°, um von da ab regelmässig zu bleiben. 4. Fall der Prager Klinik.	Mittheilung von Dr. Weydlich im Verein deutscher Aerzte zu Prag, Sitzung vom 9. März 1888. Prager medicinische Wochenschrift 1888, Nr. 11 und briefliche Mittheilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Fieberloser Verlauf.	Wiener klin. Wochenschr. 1888, Nr. 2 u. 3.
am Tage.	Lebend.	Allgemeine fibrinöse eitrige Peritonitis.	Nach der Entfernung einer Dünndarmschlinge, die mit der vorderen Uteruswand verwachsen war, fand man die Uteruswunde theilweise klaffend, auf d. Oberfläche mit reichlichen fibrinösen eitrigen Massen belegt. Die Catgutfäden, sowohl die zu oberflächlichen, wie die zu tiefen Suturen benutzten, locker. In der Tiefe zeigte sich d. Mucosa anscheinend vollständig verklebt, die Innenfläche d. Uterus ohne bemerkensw. Veränderung.	Das Kind hatte 2 eklamptische Anfälle und starb 9 Stunden nach der Operation. Bei der Autopsie desselben fand man Fettentartung der Leber und Nieren. 20. Fall der Dresdener Klinik.	—

Fortleben nach der Geburt sehr fraglich gewesen wäre. Ausserdem würde die Ausführung der Kraniotomie in fraglichem Falle nicht sehr schwer gewesen sein, da bis zum Ende der Schwangerschaft noch etwa drei Wochen fehlten. Die Operation dürfte also nicht im Interesse des Kindes ausgeführt werden; und, auch angenommen, dass die Operirte nicht nach dem Kaiserschnitte gestorben wäre, hätte die Operation doch für das Kind, für welches sie angezeigt gewesen sein würde, keinen Nutzen gehabt. Da die Frau nun an allgemeiner fibrinöser eitriger Peritonitis zu Grunde ging, sind zwei Fragen mindestens berechtigt: 1) Hat die bestehende Eklampsie keine Schuld an dem Tode der Frau getragen? 2) Hätte die allgemein fibrinöse eitrige Peritonitis den Tod der Frau gleichfalls verschuldet, wenn die Kraniotomie, die hier möglich war, ausgeführt worden wäre? Bezüglich der ersten Frage ist gewiss unbestreitbar, dass ein an sich schon so schwerer Krankheitszustand, wie die Eklampsie, die Widerstandskraft für einen so grossen Eingriff, wie der Kaiserschnitt, bedeutend herabsetzen muss. Was die zweite Frage anbelangt, ist zu bemerken, dass die Infection nicht von der Uterushöhle aus in die Bauchhöhle überging, sondern von der Bauchhöhle aus auf die Uteruswunde übertragen wurde (Mucosa verklebt), ein Zufall, der durch Ausführung der Kraniotomie vermieden worden wäre.

Aus eben dargelegtem Grunde werde ich diesen Fall, wie den Meinert's, bei der statistischen Berechnung unberücksichtigt lassen.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
112	8. Febr. 1888	Zweifel (geburtsh. Klinik zu Leipzig). 5. Fall.	21jähr. Ip.	Rhachitisches plattes Becken. Conj. vera 6 cm. Bedingte Anzeige.	25 Stunden.	Günstig.	9 sero-musculäre u. 23 sero-seröse Chro-säure-Catgutnähte (nach Lember't'sch Darmnaht). 3 Umstechungen d. Stichkanäle.
113	10. Febr. 1888	Schauta (geburtsh. Klinik zu Prag). 6. Fall.	26jähr. Ip.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	13 Stunden 40 Minuten.	Günstig.	10 musculo-musculäre Silber- und 20 sero-seröse Seidennähte (nach Lember't'sch Darmnaht).
114	18. Febr. 1888	Dahlmann (Magdeburg).	27jähr. Ip.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	Etwa 30 Stunden.	Günstig. Zangen- und Perforationsversuche.	4 sero-musculäre Nä- und sero-seröse for- laufende Catgutfal- naht.
115	21. Febr. 1888	Etheridge (Chicago, Presbyterian Hospital).	32jähr. IV p.	Dermoidcyste des Ovarium.	—	—	Uteruswunde mit 3 Reihen von Näht geschlossen: die 1. u fasste die Decidua die 2. die Muscular die 3. die Serosa, a mit Seide.
116	22. Febr. 1888	Frommel (geburtsh. Klinik zu Erlangen).	24jähr. II p.	Rhachitisches plattes Becken. (Von der hin- teren Fläche der Symph. ossium pubis ragte ein etwa $\frac{3}{4}$ cm hoher spitzer, stachel- artiger Knochen- vorsprung in die Bauchhöhle hinein.) Conj. vera 7 cm. Be- dingte Anzeige.	8 Stunden.	Günstig.	„Die Uterusmuskula durch eine grösser Anzahl Nähte, das Peritoneum einfach durch fortlaufende Chron- säure-Catgutnaht ver- einigt.“
117	23. Febr. 1888	Bar (Paris, Hôpital Tenon). 2. Fall.	30jähr. Ip.	Verengtes plattes Becken. Conj. vera 5 cm. Unbedingte An- zeige.	Im Beginne der Geburt.	Günstig.	11 meistens sero-musculäre u. nur wenige sero-seröse Falznäht mit Seide.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
Mutter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Geringe abendliche Temperatursteigerung (bis zu 38,8°) durch Eiterung einiger Stichkanäle der Bauchwunde. 14. Fall der Leipziger Klinik.	Ausführliche Beschreibung siehe S. 219.
ilung.	Lebend.	—	—	Die höchste Temperatur am 3. Tage 38,5°, vom 5. Tage an regelmässig. 5. Fall der Prager Klinik.	Mittheilung v. Dr. Weydlich, a. a. O., und briefliche Mittheilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Nur einmal Temperatur 38,5°, nach Regelung des Stuhlganges fieberfrei.	Briefliche Mittheilung.
am Tage.	Lebend.	Shock.	Section nicht ausgeführt.	In den zweiten 24 Stunden nach der Operation Temperatursteigerung und Peritonitis. Am 4. Tage Incision der Geschwulst durch die Scheide, bei welcher eine grosse Menge Eiter entleert wurde. Tod nach 12 Stunden (Shock). Von der Eröffnung d. Geschwulst vor der Operation sah d. Operateur ab, weil dadurch nicht genügender Raum für den Durchgang des Fötus durch das Becken geschaffen worden wäre.	Trans. of the Gynec. Soc. of Chicago. Amer. Journ. of Obstr., Juli 1888.
ilung.	Lebend.	—	—	Verlauf völlig reactionslos.	Münchener medicinische Wochenschrift 1888, Nr. 29, S. 491, und briefliche Mittheilung.
am Tage.	Lebend.	Peritonitis septica.	Decidua verklebt. Ein eiternder Stichkanal um jeden Seidenfaden herum.	Der Tod wurde offenbar herbeigeführt durch unreine, nicht aseptische Seide.	Briefliche Mittheilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
118	24. Febr. 1888	Garrigues (New-York, Maternity-Hospital). 2. Fall.	22jähr. Ip. (Vor 2 Jahren ein Abortus im 2. Monate.)	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera etwa 8 cm. Bedingte Anzeige.	12 Stunden 17 Minuten.	Günstig.	6 sero-musculäre u 8 sero-seröse Seide nähte mit Einfalzu des Peritoneum. N Lösung des Gumm schlauches 2 Näh nachgelegt.
119	24. Febr. 1888	Wassily Sutugin (Gebäranstalt zu Moskau).	19jähr. Ip.	Allgemein verengtes Becken. Conj. vera 8 $\frac{1}{2}$ cm. bis 8 $\frac{1}{2}$ cm. Bedingte Anzeige.	13 $\frac{1}{2}$ Stunden.	Günstig.	„Uteruswunde nach Hofmeier'schen Varianten geschlossen es wurden 6 tiefe u 12 etagenartige Seidennähte angelegt. D Peritoneum wurde die Wunde eingeklopelt und mit einer fließenden Seidenna vereinigt.“
120	6. März 1888	Jaggard (Chicago, Ver. Staaten, Mercy-Hospital).	36jähr. Vp.	Rhachitisches plattes Becken. Conj. vera 5,5 cm. Unbedingte Anzeige.	24 Stunden.	Günstig.	21 sero-musculäre Seidennähte. Oberflächliche fortlaufende Naht mit Seide ohne Einfalzung d Serosa.
121	18. März 1888	Skutsch (geburtsh. Klinik zu Jena).	28jähr.	Allgemein verengtes Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	—	Günstig.	7 tiefe und 7 halbt musculo-seröse Seidennähte. 12 sero-ser Nähte, wie im 1. F Schultze (s. Nr. mit feiner Seide
122	26. März 1888	Wiedow (geburtsh. Klinik zu Freiburg).	35jähr. IVp.	Allgemein verengtes plattes Becken. Conj. vera 7,8 cm. Bedingte Anzeige.	3 Tage.	Günstig.	Etwa 15 sero-musculäre Knopf- und et 20 oberflächliche Seidennähte (nach Lembert'scher Da naht).
123	31. März 1888	Bouilly (Maternité zu Paris).	27jähr. IIp.	Allgemein verengtes platt-rhachitisches Becken. Conj. vera 6,5 cm. Bedingte Anzeige.	Vor dem Beginne der Geburt.	Günstig.	10 sero-musculäre Silber- und 18 sero-seröse Seidenfahlnä
124	März 1888	Korn (Frauenklinik zu Dresden). 6. Fall.	Multi-para.	Allgemein verengtes platt-rhachitisches Becken. Bedingte Anzeige.	—	Günstig.	Sero-musculäre u oberflächliche sero-seröse fortlaufende Falznaht mit Chro säure-Catgut.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Am 14. Tage Mastitis der rechten Brust, sonst gesundes Wochenbett.	American Jour- nal of Medi- cal Sciences, Philadelphia 1888, S. 439 bis 456, und The Internat. Journ. of the Medic. Scienc., Mai 1888.
ilung.	Lebend.	—	—	Im Wochenbette vom 2. bis 9. Tage Temperatur- steigerung bis 38,5°, durch eine geringfügige Eiterung eines der Stichkanäle der Bauchwunde verursacht. Sonst günstiger Verlauf.	Briefliche Mit- theilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Regelmässiges Wochen- bett.	Medical News, Philadelphia 1888, 14. April, u. Amer. Journ. of Obst., Juli 1888.
ilung.	Lebend.	—	—	Verlauf vollkommen glatt. 2. Fall der Jenaer Klinik.	Briefliche Mit- theilung.
lung.	Lebend.	—	—	Am 4. Tage Temperatur- steigerung auf 39,4°. 5. Fall der Freiburger Klinik.	Briefliche Mit- theilung.
ilung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett.	Briefliche Mit- theilung.
lung.	Lebend.	—	—	Gesundes Wochenbett. 21. Fall der Dresdener Frauenklinik.	Mündliche Mit- theilung von Prof. Leo- pold und vom Operator.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
125	17. April 1888	Kelly (Philadelphia, Privatklinik). 1. Fall.	25jähr. 4 Abortus in 3 Jahren.	Allg. verengtes Becken. Conj. vera 5,5 cm. Unbedingte Anzeige.	2 Wochen.	Ungünstig. Puls 142.	12 tiefe, die Decidua freilassende, und 1 sero-seröse Seidennä (nach Lemberg'se Darmnaht).
126	1. Mai 1888	Polk (New-York, Emergency-Hospital).	23jähr.	Carcinoma recti, vaginae et natum.	12 Stunden.	Puls 168.	9 tiefe Silber- und 19 oberflächliche Seidennähte.
127	12. Mai 1888	J. Veit (Berlin, Privatklinik). 2. Fall.	IIp.	Allg. verengtes plattes Becken. Conj. vera 8,5 cm. Bedingte Anzeige.	Ganz im Beginne der Geburt.	Günstig.	Uterusnaht wie in 1. Falle (siehe Nr. 1).
128	25. Mai 1888	G. Braun (3. geburtsh. Klinik zu Wien). 2. Fall.	40jähr. VI p.	Allgemein verengtes platt-rhachitisches Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	11 $\frac{1}{2}$ Stunden.	Günstig.	13 nur die Musculi umfassende Seidennähte; fortlaufende seröse Seidenfalszna
129	30. Mai 1888	Kelly (Philadelphia). 2. Fall.	26jähr. III p.	Plattes Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	Im Beginne der Geburt.	Günstig.	7 tiefe und 15 oberflächliche Seidennähte wie im 1. Falle.
130	8. Juni 1888	St. Braun (geburtsh. Klinik zu Krakau).	24jähr. Ip.	Allgemein verengtes flach-rhachitisches Becken. Conj. vera 8 cm. Bedingte Anzeige.	2 Stunden.	Günstig.	Fortlaufende versen Uterusnähte in 3 Reihen mit Chromsäure-Cat unter Freilassung der Decidua und Einfixierung der Serosa. 1 Umstechung.
131	9. Juni 1888	G. Braun (3. geburtsh. Klinik zu Wien). 3. Fall.	24jähr. Ip.	Allgemein gleichmässig verengtes Becken. Conj. vera 7 $\frac{3}{4}$ cm. Bedingte Anzeige.	10 $\frac{3}{4}$ Stunden.	Günstig.	15, nur die Musculi umfassende Nähte fortlaufende Falzna der Serosa mit Seiden. Einige Umstechungsnähte.
132	25. Juni 1888	Korn (Dresden). 7. Fall.	38jähr. IV p. In der 3. Geburt Sectio caesarea. Dieselbe der Nr. 46 (Bd. XXX, Hft. 2, S. 332).	Allgemein verengtes platt-rhachitisches Becken. Conj. vera 7 cm. Bedingte Anzeige.	19 Stunden.	Drohende Uterusruptur (Gesichtslage, ungünstige Stellung); sonst günstig.	8 sero-musculäre 1 sero-seröse fortlaufende Naht mit Seiden Peritoneum nicht eingeklemmt.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
atter	Kind				
lung.	Lebend.	—	—	Fieberloser Verlauf. Das Kind starb nach einer Woche an Icterus.	Briefliche Mit- theilung.
innen Stun- en.	Lebend.	„Tod an Er- schöpfung u. Krebs.“	—	Das Kind ist noch am Leben und gesund (Juni 1888).	Briefliche Mit- theilung von Dr. Harris.
lung.	Lebend.	—	—	Verlauf ohne Reaction.	Briefliche Mit- theilung.
lung.	Lebend.	—	—	Wochenbett vollkommen fieberlos.	Wiener klin. Wochenschr. 1888, Nr. 13.
lung.	Lebend.	—	—	Die Convalescenz wurde verzögert durch Phlegmasia alba dolens erst im linken und später im rechten Beine.	Briefliche Mit- theilung.
ung.	Lebend.	—	—	Fieberloses Wochenbett (die höchste Temperatur 37,8°).	Wiener medi- cinische Presse 1888, Nr. 33 u. briefliche Mittheilung.
ung.	Lebend.	—	—	Fieberloser Verlauf.	Wiener klin. Wochenschrift 1888, Nr. 20.
ung.	Lebend.	—	—	Glatte Verlauf. Die Operirte steht am 15. Tage auf. Sie hat das gut ge- diehene Kind selbst ge- nährt. Uterus bei der Entlassung am 18. Tage frei beweglich.	Briefliche Mit- theilung.

Nr.	Tag	Operateur	Alter und Zahl der Geburten	Anzeige	Geburtsdauer bis zur Operation.	Befinden der Frau zur Zeit der Operation	Operationsverfahren
133	28. Juni 1888	G. Braun (3. geburtsh. Klinik zu Wien). 4. Fall.	19jähr. Ip.	Narbenstenose des Orificium uteri und inneren Drittel der Vagina.	31 Stunden.	Sehr heftige Wehen-thätigkeit; sonst günstig.	30, nur die Uterusmuskulatur umfassende Nähte und fortlaufende Falznaht der Serosa mit Seide.
134	23. Juli 1888	B. S. Schultze (geburtsh. Klinik zu Jena). 2. Fall.	34jähr. Iip. In d. 1. Geburt Sectio caesarea. Dieselbe d. Nr. 25 (s. Bd. XXVIII, Hft. 1, S. 154—155).	Allgemein verengtes rhachit. plattes Becken. Conj. vera 6,2 cm. Bedingte Anzeige.	12 Stunden.	Seit 2—3 Tagen starkes Oedem der Beine, seit 1 Tage der Schamlippen. Seit eben der Zeit sehr erheblicher Eiweissgehalt des Urins.	„7 tiefe, 12 halbtiefe Nähte des Uterus, von geflochtener Seide. Keine sero-seröse Nähte.“
135	2. Aug. 1888	Fritsch (geburtsh. Klinik zu Breslau).	27jähr. Iip.	Rhachitisch-plattes Becken. Conj. vera 5,5 cm. Bedingte Anzeige.	1. August, Abends 9 Uhr Wehenbeginn.	Günstig.	Etwa 20 seromuskuläre und etwa 22 seröse Nähte mit Serosa (nach Lambert's Darmnaht).

Ausser den erwähnten Fällen sind auch noch andere zu meiner Kenntniss gelangt, über welche ich aber leider keine Rechenschaft ablegen kann, da mir nur äusserst spärliche Angaben über dieselben zur Verfügung stehen. Es sind die folgenden:

2 Fälle von Hagedorn und 1 von Gremse (Städtische Krankenanstalt zu Magdeburg): alle mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind; 2 Fälle von C. v. Braun (Wien), beide mit günstigem Erfolge für die Mutter, 1 Fall von Leopold (22. Fall der Dresdener Frauenklinik), Heilung der Mutter.

Die Fälle von Kower¹⁾, Jay²⁾ und Neale³⁾ habe ich aus dieser Zusammenstellung ausgeschlossen, da im 1. die Unterbindung der beiden Fallopischen Tuben, im 2. die Abtragung der

1) Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1885, Nr. 45.

2) Briefliche Mittheilung von Dr. Harris.

3) Medical News, Philadelphia 1888, 10. März.

Ergebniss		Ursache des Todes der Mutter	Zustand der Uterus- wunde bei der Section	Bemerkungen	Quelle
utter	Kind				
ilung.	Lebend.	—	—	Am nächsten Tage blutige Erweiterung der stenosirten Stelle von der Scheide aus. Am 5. Juli Temp. 38,3° und Lochio-metra; sonst keine weitere Störung des Befindens.	Wiener klin. Wochenschrift 1888, Nr. 20.
lung.	Zwillinge, 1) Knabe von 3010 g, 2) Mäd- chen von 2540 g.	—	—	Höchste Temp. am 7. Tage 38,1 (Bronchialkatarrh). Eiweiss fast verschwunden (11. Aug.). Die Zwillinge waren tief asphyktisch von Beginn der Operation bereits. Beide gedeihen gut (11. August). 3. Fall der Jenaer Klinik.	Briefliche Mittheilung.
lung.	Lebend.	—	—	Ein Theil der Eihäute war durch den Gummischlauch im Uterus festgehalten u. wurde darin gelassen. Vom 4.—10. Aug. leichte abendliche Temperatursteigerung (Maximum am 7. 39,1° bei 88 Pulsen). Am 6. August Abgang des Restes von Eihäuten.	Briefliche Mittheilung.

Uterusanhänge, im 3. die Entfernung der Ovarien ausgeführt wurde, Verfahren, welche der Grundidee der conservativen Methode, die fernere Möglichkeit der Empfängniss nicht aufzuheben, direct widersprechen.

Der Fall von Perret¹⁾, welcher nach Lusk²⁾ in diese Statistik aufgenommen ist, sowie der Fall von Gustav Zinke³⁾ (welcher von Kötschau⁴⁾ irrthümlich unter dem Namen Hinke in seiner Zusammenstellung der nach Sänger'scher Methode

1) Archives de Tocologie 1886, p. 660—666.

2) The prognosis of caesarean operations. New York Med. News 1887, II, 15, p. 413—416.

3) Caesarean Section with report of a case and full description of the „Sänger operation“. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1888, 7. April, und The Amer. Practitioner and News 1888, 14. April.

4) Der gegenwärtige Stand der Kaiserschnittfrage. Münchener medizinische Wochenschrift 1888, Nr. 30, S. 508.

und deren Varianten operirten Kaiserschnittfälle aufgeführt wird), gehören nicht hierher, weil in denselben die Uterusnaht nicht nach Sängers Grundsätzen ausgeführt wurde (im 1. nur acht, zwei Drittel der Uteruswunde umfassende Nähte, im 2. acht Nähte, die man der Beschreibung der Operation nach für tiefe halten darf).

Bevor ich die Schlussfolgerungen der ersten 50, sowie der von mir gesammelten 85 Fälle ziehe, ist es vonnöthen, noch einen Blick rückwärts auf die Statistik der ersten 50 Fälle zu werfen, um etlichen Fällen die Angaben über den Grad der Beckenenge, welche zu der Zeit, als Sängers obige Fälle sammelte, unbekannt waren, hinzuzufügen. In dieser Weise helfe ich dem jüngst von Wyder¹⁾ in den angeführten Fällen gefundenen Mangel ab. Die Fälle sind folgende:

Fall von Oberg. Dieser Fall trug in der Sängers'schen Zusammenstellung den Vermerk 6 cm für die Conjugata vera und wurde unter die Fälle bedingter Beckenenge gerechnet. Dagegen gehört der Fall, gemäss der mir über die Beckenmaasse vom Operateur mitgetheilten Angaben, unter die unbedingter Beckenverengerung. Das Becken war ein allgemein verengtes plattes; die Conjugata diagonalis auf 6,5—7 cm, die Conjugata vera auf 5 cm geschätzt.

Fall von Korn (Nr. 35 der Credé'schen Veröffentlichung, Bd. XXX, Hft. 2)²⁾: Hochgradig allgemein verengtes plattes rhachitisches Becken. Conjugata vera 7 cm. Bedingte Anzeige.³⁾

Fall von Chiara (Nr. 36 der Credé'schen Veröffentlichung): Rhachitisch-atrophisches Becken. Conjugata vera 6,6—6,8 cm. Bedingte Beckenenge.

Fall von Morisani (Nr. 37 der Credé'schen Veröffentlichung): Allgemein platt-rhachitisches Becken. Conjugata vera 6,5 cm. Bedingte Anzeige.⁴⁾

Fall von Bieganski (Nr. 44 der Credé'schen Veröffentlichung): Hochgradig allgemein verengtes plattes Becken. Conjugata externa Baudelocquii 14 cm. Conjugata vera $3\frac{3}{4}$ cm. Unbedingte Beckenenge.⁵⁾

1) Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken. Dieses Archiv, Bd. XXXII, Hft. 1, S. 81.

2) In der tabellarischen Uebersicht der obigen Veröffentlichung aus Versehen unter Leopold's Namen aufgeführt.

3) Leopold, Der Kaiserschnitt u. s. w. S. 119—120.

4) Caruso, Opérations césariennes pratiquées en Italie par la méthode de Sängers etc. Bull. méd. 1887, Nr. 49, p. 773—775.

5) Briefliche Mittheilung.

Durch diese Angaben erleiden die in der Credé'schen Veröffentlichung die Fälle unbedingter und bedingter Beckenenge betreffenden Angaben eine Veränderung. Von 41 Fällen enger Becken kommen 12 auf eine unbedingte Beckenenge und 29 auf eine bedingte. Und dementsprechend verändert sich auch der Procentsatz der Sterblichkeit der Mütter bei unbedingter und bedingter Anzeige. In der That entfallen auf 12 Fälle unbedingter Anzeige 5 Todesfälle, Sterblichkeit 41,6 Proc.; auf 29 bedingte Anzeigen 4 Todesfälle, Sterblichkeit 13,7 Proc.

Ich habe es für nöthig gehalten, die Aufmerksamkeit auf die genannten Ziffern zurückzulenken, um zu zeigen, dass schon im Credé'schen Rechenschaftsberichte der Procentsatz der Sterblichkeit der Mütter bei bedingter Anzeige des Kaiserschnittes etwas mehr als 7,1 Proc. betrug, und um nicht den Glauben zu erwecken, dass die betreffende Ziffer meiner Zusammenstellung eine Verschlechterung der Prognose des conservativen Kaiserschnittes bei genannter Indication bedeute.

Betrachtet man jetzt die Gesamtanzahl der 135 Fälle, so wird man einem solchen Material nicht mehr vorwerfen können, dass es zu gering sei, um aus ihm Schlüsse von einem gewissen Werthe zu ziehen, wie man dies bei den vorhergehenden 50 Fällen gethan hat.

Was zunächst die Erfolge für die Mütter anbetrifft, so sind 99 Heilungen = 74,44 Proc. und 34 Sterbefälle (die Fälle von Leopold [16] und Meinert sind nicht in Rechnung gebracht) = 25,56 Proc. zu verzeichnen. Was die Erfolge für die Kinder anlangt, wurden 122 = 91,73 Proc. lebend geboren und 11 = 8,27 Proc. todt geboren.¹⁾

Bei den 3 Fällen der Wiederholung der Operation (Nr. 95, 132, 134) Mortalität für Mütter und Kinder = 0.

Die Fälle vertheilen sich auf verschiedene Länder in folgenden Verhältnissen:

---

1) Unter den obengenannten 11 Fällen sind die von Münster, Johannovski und Krevet auch enthalten, in welchen der Fötus in Wahrheit nicht todt zur Welt kam, sondern in den beiden ersten tief asphyktisch, im letzten lebensunfähig. — Im Fall von Oberg (Nr. 6), in welchem ausser einem ausgetragenen Kinde eine macerirte Frucht geboren wurde, ist nur das erstere gerechnet. Ebenso ist nur ein Kind in Rechnung gebracht im 2. Falle von B. S. Schultze (Nr. 134), in welchem auch Zwillinge geboren wurden.

Land	Gesamt- zahl der Fälle	Erfolge für die Mütter		Erfolge für die Kinder	
		Heilung	Tod	lebend	tot
Deutschland . . .	74	63	11	69	5
Vereinigte Staaten	18	8	10	14	4
Oesterreich . . .	16	12	4	15	1
Russland	8	5	3	8	—
Italien	4	2	2	4	—
Frankreich	4	2	2	4	—
Niederlande . . .	4	4	—	4	—
England	2	—	2	2	—
Schweiz	2	1	1	2	—
Indien	2	1	1	1	1
Dänemark	1	1	—	1	—
Summa	135	99	36	124	11

Das Uebergewicht Deutschlands mit mehr als der Hälfte der Fälle ist einleuchtend, noch mehr ist es in Anbetracht der Erfolge: von 72 Müttern wurden 63 gerettet = 87,5 Proc., von 72 Kindern 67 lebend geboren = 93 Proc.

Es fielen allein auf die Dresdener Frauenklinik 21 Fälle mit 18 Heilungen und 21 lebend geborenen Kindern, auf die Leipziger Klinik 14 Fälle mit 13 Heilungen und 14 lebend geborenen Kindern, zusammen 35 Fälle mit 31 Heilungen, 88,6 Proc., und 35 lebend geborenen Kindern, Sterblichkeit = 0.

Nicht weniger glänzend sind die Ergebnisse der persönlichen Statistiken:

Leopold .	16	Operationen,	Sterblichkeit der Mütter =	18,7	Proc.
Korn . .	7	„	„	„	= 0
Schauta .	6	„	„	„	= 0
Sänger .	5	„	„	„	= 0
Zweifel .	5	„	„	„	= 0
Braun (G.)	4	„	„	„	= 0
Hegar .	4	„	„	„	= 0
Lusk . .	3	„	„	„	= 0

Die die Mütter betreffenden Todesursachen kann ich in folgende Gruppen theilen:

1) Fälle, in denen der Tod infolge septischer Infection herbeigeführt wurde. Diese müssen wieder in drei Gruppen zerfallen:

A) bei welchen die Infection vor der Operation stattfand — Fälle von Leopold (4.), Münster, Drysdale, Breisky (1.), Eichholz, Meinert;

B) bei welchen sich die Infection im Anschlusse an die Ope-

ration einstellte. Von diesen sind nochmals drei Gruppen zu machen:

α) bei welchen es sich um vorher gesunde Frauen handelte — Fälle von Ahlfeld (1.), Morisani, Neugebauer-Bieganski, Johannovski, Bieganski, Weber, Fehling (?), Bar;

β) bei welchen man es mit schwerkranken Frauen zu thun hatte — Fälle von Jewett, Ehrendorfer, Parish, Weist, Bailey, Merkel, Leopold (16.);

γ) welche die durch lange Geburtsdauer und vorherige Entbindungsversuche erschöpften Frauen betrifft (Fall Thaber Johnson);

C) bei welchen die Infection nach der Operation eintrat. Einziger Fall von Ohage (Operation im Hospital), in dem die Infection durch eine Wärterin, welche ein schwer diphtherisch krankes Kind gepflegt hatte, herbeigeführt wurde;

2) Fälle, in welchen der Tod durch anderweitige schwere Erkrankungen mit Einfluss auf die Operation bedingt wurde. Es sind dies die von Beumer, Garrigues (1.), Breisky (2.), Cullingworth, Leopold (11.), Slavjansky, Chiara (3.), Norment, Etheridge, Polk;

3) Fälle, in welchen der Grund des Todes eine Blutung ex atonia uteri war: Fälle von G. Veit¹⁾ und Doléris.

Nur in einem Falle bleibt die Todesursache unklar, und zwar in dem Arnott's (1.). Die betreffende Kranke war schon bedeutend geschwächt und zeigte einen Puls von 140, sowie tetanische Wehen. Am 4. Tage gutes Befinden, dann vorübergehend Fieber (39,9°), Schmerz und Anschwellung in den Hüftgelenken, Coma. Der Tod erfolgte 5½ Tage nach der Operation. Die Section musste sich auf den Unterleib beschränken und ergab eine vollständig geschlossene Uteruswunde ohne Besonderheiten im Uterus und in den Anhängen. Als wahrscheinlich ist eine Gehirnembolie anzunehmen.

In allen diesen Fällen, in welchen die Autopsie ausgeführt wurde, fand man die Uteruswunde vereinigt, und in denjenigen, in welchen man dieselbe nicht geschlossen vorfand, ist dies ent-

---

1) In der tabellarischen Uebersicht der Credé'schen Veröffentlichung (Bd. XXX, Hft. 2) aus Versehen unter Krukenberg's Namen aufgeführt.

weder der Infection der Uteruswunde (Fälle von Merkel, Leopold [16.] und Bar) oder der Entartung der Uteruswand (Fall Drysdale) zuzuschreiben.

Von allen angeführten Todesfällen ist es gestattet, nur in den beiden von G. Veit¹⁾ und Doléris die Todesursache dem Verfahren selbst zur Last zu legen, d. h. der Anlegung des Gummischlauches um das untere Uterinsegment, welche die atonische Nachblutung verursachte.

Der Nachtheil der Anwendung der elastischen Schlinge ist heutzutage klar bewiesen worden. Freund jun.²⁾ berichtete schon auf dem Gynäkologen-Congresse zu München über einen Fall, in welchem er infolge einer starken Blutung endlich dazu gezwungen wurde, zur Porro-Operation zu schreiten. Auch im Falle von Fasola (Florenz)³⁾ machte sich durch eine furchtbare Blutung ex atonia uteri die Porro-Operation unbedingt nothwendig, und glaube ich, dass die Anlegung des Gummischlauches die Hauptschuld an der Blutung trug. Auch im Falle von Parish (Nr. 51) stellte sich eine beträchtliche Blutung von der Scheide aus ein, zum Theile durch die künstliche Constriction der Cervix bedingt, welche den Tod der Frau mit veranlasste. Im Fall Johannovski (Nr. 57) trat nach Abnahme der elastischen Schlinge eine starke atonische Uterusblutung auf, die erst nach lange Zeit fortgesetzter Uterusmassage und eiskalten Irrigationen, die bei noch offener Bauchwunde gemacht werden mussten, stand und ohne Zweifel zu dem Tode der Frau beitrug. Sowohl im Schröder'schen als auch im Hofmeier'schen⁴⁾ Falle, aber vorwiegend im letzteren, entstand infolge des strengen und langdauernden Gebrauches des Gummischlauches eine heftige Blutung. In dem ersten von Zweifel nach Sänger operirten Falle kam es nach Lösung des schnürenden Schlauches und auch kurze Zeit darauf zu einer

---

1) In diesem Falle (s. Krukenberg, Beiträge zur Kaiserschnittfrage. Dieses Archiv, Bd. XXVIII, S. 408) verblieb der Uterus nach der Anlegung der elastischen Schlinge schlaff; letztere musste lange Zeit, welche durch die von Veit benutzte Uterusnaht beansprucht wurde, angelegt bleiben [die Operation erheischte $1\frac{3}{4}$ Stunden]. Die atonische Blutung wurde also durch die langdauernde Anlegung des Gummischlauches hervorgerufen.

2) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Erster Congress, abgehalten zu München im Juni 1886. Leipzig 1886. S. 122—124.

3) Gazzetta delle Cliniche. — Torino 1886, 1^o Semestre.

4) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. XIV, S. 95—105.

starken Blutung.¹⁾ Im zweiten Falle Lébédéff's²⁾ wird von einer starken atonischen Blutung gesprochen. In den beiden Fällen von Ahlfeld (Nr. 53 und 105) contrahirte sich der Uterus schlecht und blieb schlaff, so lange die Schlinge umgelegt war; er contrahirte sich gut nach Wegnahme derselben.³⁾ In vielen anderen Fällen wurden, wegen Schlaffheit, Handmassage des genähten Uterus und Ergotininjectionen vor oder nach Versenkung des Organs in die Bauchhöhle nothwendig.

Mit Bezug auf den Nachtheil der Benutzung der elastischen Schnürung bin ich der anfangs von Krukenberg⁴⁾ und jüngst von Sänger, Doléris und Lusk auf dem internationalen Congresse zu Washington⁵⁾ und schliesslich von Schauta⁶⁾ ausgesprochenen Ansicht, dass die Anwendung des Gummischlauches nur, wenn eine wirklich bestehende beträchtliche Blutung dies unbedingt erfordert, stattfinden und dass sie im Allgemeinen durch Handdruck ersetzt werden soll. Das gilt für alle Fälle, in denen genügende Assistenz vorhanden ist. Bei mangelhafter Assistenz scheint aber der Gebrauch des Gummischlauches noch immer nothwendig, weil, falls das Kind die Hülfe des Assistenten braucht, der Operateur auf diese Weise die Naht der Gebärmutter allein ausführen kann. Jedoch ist hier empfehlenswerth, die Naht durch die Gebärmutterwunde schnell anzulegen, da, je kürzere Zeit die elastische Schlinge um den Uterus liegt, desto besser die atonischen Nachblutungen verhütet werden können.

Wenn ich nur allein den beiden erwähnten Todesfällen Rechnung trage, würde die Sterblichkeit beim conservativen Kaiserschnitte gleich auf Null zu vermindern sein. Beruht dies aber auf Wahrheit? Ich bemerke, dass es ausser dem Bereiche der Möglichkeit liegt, die durch anderweitige schwere Krankheiten, sowie die durch Unfälle, als Shock und Blutung, hervorgerufenen Todesursachen, welchen man auch bei den bestausgeführten Laparatomien ausgesetzt ist, immer zu bekämpfen.

1) Döderlein, Zur Casuistik des conservativen Kaiserschnittes bei relativer Indication. Dieses Archiv, Bd. XXX, Heft 2.

2) Dieses Archiv, Bd. XXXI, Heft 2.

3) Reinhard, a. a. O.

4) a. a. O.

5) New-York Medical Record, 10. September 1887, und Amer. Journ. of Obst., u. s. w. October 1887.

6) Ueber zwei weitere Sänger'sche Kaiserschnitte (Nr. III und IV). Prager medicinische Wochenschrift 1888, Nr. 1.

Etwas anders steht die Sache jedoch in Bezug auf die Todesursachen durch septische Infection. Auf 36 Todesfälle wurde in 23 der Tod durch septische Infection herbeigeführt. Diese Zahl kann sich bedeutend verringern bei zukünftiger peinlichster Antisepsis. Für die Fälle bestehender Infection des Gebärmutterkörpers darf man nicht weiter die conservative Sectio caesarea in Anwendung bringen. Die obige Anzahl kann auch vermindert werden, wenn die Operation frühzeitig vorgenommen wird, und die anderen schweren Entbindungsversuche der Kreisenden erspart bleiben. Allen amerikanischen Fällen, welche einen tödtlichen Ausgang zu verzeichnen hatten, kann ich mit Harris diesen Vorwurf machen. In Amerika wird die Sterblichkeit bei dieser Operation eine wesentliche Verminderung nicht eher erfahren, als bis man dort die Ueberzeugung aufgibt, anfangs die Zange, alsdann die Perforation und schliesslich die Sectio caesarea anwenden zu müssen.

Zieht man in Betracht, dass mehrere der Todesfälle durch die Anwendung einer strengen Antisepsis, frühzeitige Ausführung der Operation und vorherige Umgehung schwerer Entbindungsversuche vermieden werden konnten, so steht es fest, dass die von mir angegebene Ziffer weit hinausgeht über die Sterblichkeit, welche die fragliche Operation liefern kann. Es würde wenigstens erlaubt sein, von den Todesfällen diejenigen abzuziehen, in denen der Tod durch schon deutlich vor der Operation eingetretene septische Infection verschuldet wurde. Ich sehe jedoch von diesem Abzuge ab, um den Verdacht zu vermeiden, als ob ich die Statistik zu stark drücken wolle, damit sie mir günstige Ergebnisse liefere.

Ich gehe nunmehr zu den Anzeigen der Operation über. Diese zerfallen in zwei grosse Gruppen, je nachdem die Mutter oder das Kind den Anlass zum Geburtshinderniss gab.

Seitens der Mutter:

1. Beckenenge 113 Mal mit 23 Todesfällen,
  - a) unbedingte 28 Mal mit 12 Todesfällen,
  - b) bedingte 85 Mal mit 11 Todesfällen;
2. Myoma uteri 7 Mal mit 6 Todesfällen;
3. Karkinoma uteri 4 Mal mit 2 Todesfällen.

[Den Fällen von Karkinoma der Cervix darf man auch die beiden von G. Braun (1. und 4.) anfügen, in deren erstem ein enges Collum uteri, im anderen eine Narbenverengung des Orificium uteri und der Vagina vorhanden war — und den Fall von Polk mit Karkinoma recti, vaginae et natum.]

4. Geschwülste der Ovarien 2 Mal mit tödtlichem Ausgange;
5. Geschwülste der Bauchdecken 1 Mal mit ungünstigem Erfolge;
6. Uterus bicornis 1 Mal.

Endlich ist in diese Gruppe auch der Fall von Norment zu stellen, in welchem es sich um eine hochgradige Kyphosis der Wirbelsäule in Verbindung mit einer starken Anteversio und Einklemmung des Uterus zwischen Thorax und Becken handelte:

Seitens des Fötus:

1. Querlage 2 Mal mit 1 Todesfalle,
2. Andere Abweichungen 1 Mal mit ungünstigem Ausgange.

Somit wurde der grösste Beitrag zu den Anzeigen zum Kaiserschnitte durch die engen Becken und unter diesen durch die der bedingten Verengerung geliefert. Die Gesamtsterblichkeit bei Beckenenge beläuft sich auf 18,6 Proc. (die Fälle von Meinert und Leopold [16.] sind nicht gerechnet); hiervon entfallen 42,8 Proc. auf die unbedingte Beckenenge und 10,6 Proc. auf die bedingte.

Nach solchen Ergebnissen der conservativen Sectio caesarea bei bedingter Anzeige taucht naturgemäss die Frage auf, ob man heutzutage berechtigt sei, den erhaltenden Kaiserschnitt an die Stelle der Perforation des lebenden Kindes zu setzen.

Diese Frage war zwar schon seit sehr langer Zeit bezüglich des alten Kaiserschnittes und in der letzten Zeit betreffs der Porro-Operation, nachdem letztere die früheren Schrecknisse des ersteren bedeutend vermindert hatte, von zahlreichen Fachmännern bejaht worden, aber mit Unrecht, weil sie hauptsächlich das Leben des Kindes berücksichtigten, während sie wussten, dass die Sterblichkeit der Mütter bei der alten Sectio caesarea nicht weniger als 60—85 Proc. und die bei der Porro-Operation ungefähr 56,57 Proc.¹⁾ betrug.

Erst seit wenigen Jahren ist die erwähnte Frage in einer rationellen Weise behandelt worden, seitdem Sänger mit seinen Studien und Vorschlägen den alten Kaiserschnitt wiederbelebte und, auf die ersten günstigen Ergebnisse der nach seiner Methode operirten Fälle sich stützend, die Ansicht aussprach, dass es ge-

---

1) C. Godson, Porro's Operation u. s. w. Brit. med. Journ. 26. Jan. 1884 und Porro's Operation: A Supplement. Brit. med. Journ. 17. Jan. 1885.

stattet wäre, die Grenzen des konservativen Kaiserschnittes weiter auszudehnen.¹⁾

Diese Anschauung hat viele Vertreter (Credé, Leopold, Zweifel, Gusserow, Fritsch, Hofmeier, Wiedow, Schauta, G. Braun, Krassowski, Slavjansky, Lébédéff, Harris, Lusk, A. Meadows, Wathon u. A.), aber auch ihre Gegner (R. Barnes, Pinard, A. R. Simpson, Taber Johnson, Jaggard, Doléris, Wyder, Präger u. A.) gefunden.

Es ist eine unleugbare Thatsache, dass sich die Ergebnisse der Perforation nach der Anwendung der Antiseptik sehr bedeutend verbessert haben. Die Statistiken dieser Operation, welche eine Sterblichkeit von 38,52 Proc. (Rigaud und Stanesco), von 28,71 Proc. (Charpentier), von 22,75 Proc. (Sickel), von etwa 16 Proc. (Mangiagalli), von 15,5 Proc. (Spiegelberg), ebenso die, welche eine Sterblichkeit von 14,6 Proc. (F. Winckel), von 14,28 Proc. (E. Hubert), von 12,5 Proc. (Olshausen, vor der antiseptischen Zeit), von 11,8 Proc. (P. Müller) geben, sind nicht mehr in Betracht zu ziehen. Jedoch ist die von Einigen ausgesprochene Behauptung, dass die betreffende Sterblichkeit gegenwärtig gleich Null gerechnet werden könne, eine unrichtige. Wenn es wahr ist, dass in zwei Zusammenstellungen der erwähnten Operation die betreffende Sterblichkeit der Mütter gleich Null ist [Statistik von Pinard²⁾ aus der Klinik, Maternité und verschiedenen Krankenhäusern von Paris, und Statistik von Präger³⁾ aus der Dresdener Frauenklinik, letztere mit Abzug von zwei unverschuldeten Fällen], so ist es um nicht weniger wahr, dass bei anderen Statistiken, welche gleich den zwei ersten der antiseptischen Zeit angehören, die Sterblichkeit eine Höhe von 8,3 Proc. [Zusammenstellung Wyder's⁴⁾, mit Abrechnung von 11 nicht verschuldeten Fällen] und mehr erreicht. Sich nur der beiden erwähnten Statistiken, um den Vergleich zwischen dem konservativen Kaiserschnitte bei bedingter Anzeige und der Kraniotomie aufzustellen, zu bedienen, erscheint mir ungerechtfertigt. Eine Zusammenstellung muss, um der Wahrheit möglichst nahe zu kommen, die grösste Anzahl Angaben benutzen. Deswegen habe ich die Ergebnisse verschiedener

1) Neue Beitr. zur Kaiserschnittfrage. Dieses Archiv, Bd. XXVI, Hft. 2.

2) a. a. O.

3) 71 innerhalb der letzten vier Jahre in der königl. Frauenklinik zu Dresden ausgeführte Kraniotomien. 2. Abschnitt der Arbeit von Leopold: Der Kaiserschnitt u. s. w.

4) a. a. O.

Kliniken und Krankenhäuser zusammengefasst; und da für den fraglichen Zweck nur jene Fälle, bei welchen die Anzeige zur Perforation in engem Becken bestand, werthvoll sind, so habe ich nur diese in Rechnung gebracht. Es sind folgende Fälle:

23 (Olshausen, Hallesche Klinik, in der anti-septischen Zeit)	2 Todesfälle	= 8,7 Proc. ¹⁾
85 (Credé, Leipziger Klinik)	4 Todesfälle	= 4,7 „ ²⁾
124 (Gusserow, Charité)	15 Todesfälle	= 12,1 „ ³⁾
49 (Pinard u. A. [Basiotripsie], Klinik, Maternité und verschiedene Krankenhäuser von Paris)	0 Todesfälle	= 0 „
68 (Leopold, Dresdener Klinik)	1 Todesfall	= 1,4 „ ⁴⁾
15 (Winckel, Münchener Klinik)	2 Todesfälle	= 13,3 „ ⁵⁾

Auf 364 Fälle entfallen 24 Todesfälle, also eine Sterblichkeit von 6,6 Proc. Ich glaube, dass diese Ziffer dem jetzigen Stande der Gesamtsterblichkeit nach Kraniotomie bei engen Becken (d. h. ohne Abzug der unverschuldeten Fälle, wie beim Ergebniss der bedingten Anzeige des Kaiserschnittes) in wohlgeleiteten Entbindungsanstalten und unter Anwendung strenger Antisepsis ungefähr entspricht. Betrachtet man nun, dass sich auf der Seite der Perforation 93,4 Proc. gerettete Mütter, aber alle Kinder todt, und auf der Seite der Sectio caesarea 89,4 Proc. gerettete Mütter und alle Kinder mit Ausnahme eines einzigen (Fall Johannovski) lebend befinden, so sieht man, dass der Unterschied der Ergebnisse ein grosser ist und dass, wenn man auch den Unterschied des socialen Werthes zwischen Mutter und Kind und die Sterblichkeit der Kinder während ihres ersten Lebensjahres in Rücksicht nimmt, doch der numerische Unterschied die Oberhand behält. Es erscheint mir folglich nicht falsch, wenn ich an dem Satze festhalte, die Kraniotomie des lebenden Kindes sei grundsätzlich durch den conservativen Kaiserschnitt zu ersetzen. Jedoch nur unter den folgenden, zuerst von Sänger⁶⁾ festgestellten Bedingungen, auf welche auch Leopold⁷⁾ hingewiesen hat:

- 1) Thorn, dieses Archiv, Bd. XXIV, Heft 3, S. 437 ff.
- 2) Merkel, dieses Archiv, Bd. XXI, Heft 3, S. 461 ff.
- 3) Wyder, a. a. O.
- 4) Präger, a. a. O.
- 5) Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1888. S. 658 u. 712, und briefliche Mittheilung.
- 6) Neue Beitr. zur Kaiserschnittfrage. Dieses Archiv, Bd. XXVI, S. 223.
- 7) Der Kaiserschnitt u. s. w., S. 164–165.

1) dass die Mutter und deren Angehörige ihre Zustimmung geben, nachdem man ihnen nicht verschwiegen hat, dass beim Kaiserschnitte die Mutter mehr Gefahr läuft, als bei der Perforation;

2) dass die Gebärende sich im Besitze guter Kräfte, sowie im Anfange der Geburt befindet, möglichst mit noch stehender Blase und nicht inficirt;

3) dass die Herztöne des Kindes regelmässig an Zahl und Stärke sind;

4) dass die Operation unter peinlichster Antiseptik, genügender Assistenz und vollkommener Beherrschung des Operationsplanes seitens des Operateurs und der Gehülfen nach den Grundsätzen der bekannten Technik ausgeführt wird.

Den Umfang dieser Bedingungen bedenkend, erkennt man, dass die Operation vorzugsweise in den Kliniken und Krankenhäusern, sowie in den wohlgeleiteten Privatkliniken die obigen günstigen Umstände finden kann und besonders in denselben ausgeführt werden muss. Dies ist aber kein Hinderniss, dass die Operation in einigen besonderen Fällen auch in der Privatpraxis die zu ihrer Vornahme erforderlichen Bedingungen vorfinde und auch in derselben gemacht werden könne. Die Behauptung, dass der conservative Kaiserschnitt in keinem Falle in der Privatpraxis ausgeführt werden dürfe, scheint mir durchaus nicht gerechtfertigt. Ich erkenne wohl die grosse Schwierigkeit, die erwähnten Bedingungen in der Privatpraxis vorzufinden, jedoch nicht deren Unmöglichkeit an. Wirft man einen Blick auf die gesammte Statistik, so findet man mehrere praktische Aerzte, welche die Operation mit günstigem Ausgange vorgenommen haben. Deshalb kann ich der von Wyder in der letzten Naturforscherversammlung in Wiesbaden ausgesprochenen Ansicht¹⁾ nicht beipflichten.

Ferner will ich nicht versäumen, die nicht minder wichtige Frage der Anwendung der künstlichen Frühgeburt bei engen Becken gegenüber der konservativen Sectio caesarea kurz zu erörtern.

Es ist heutzutage allgemein anerkannt, dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engen Becken III. Grades, d. h. mit einer Conjugata vera von 7 cm abwärts, gänzlich zu verwerfen ist, da dieselbe keine gute Prognose für das Leben des Kindes bieten würde.

---

1) Dieses Archiv, Bd. XXXI, S. 479.

So kommt nur die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge II (Conjugata vera von 7—8,5 cm) und I (Conjugata vera von 8,5—10 cm) in Frage. Was die Anwendung der erwähnten Operation bei Beckenverengungen I. Grades betrifft, so muss dieselbe sehr beschränkt sein und darf nie in einer ersten Schwangerschaft ausgeführt werden. In diesen Grenzen der Beckenenge muss man bis zum Eintritte der natürlichen Geburt am Ende der Schwangerschaft warten und die Beendigung der Geburt zunächst den Naturkräften überlassen; unter Umständen können Wendung und Zange hier bessere Dienste thun. Ich stimme vollständig mit Wyder¹⁾ überein in Bezug auf seine Bedenken gegen die Anwendung der künstlichen Frühgeburt in solchen Fällen.

Die richtige, die Hauptanzeige der fraglichen Operation liegt demnach in den engen Becken II. Grades, die unbedingte Anzeige der künstlichen Frühgeburt nach Gusserow. Die Sterblichkeit der Mütter erreicht unter diesen Bedingungen nach Wyder's Zusammenstellung aus verschiedenen Kliniken²⁾ nicht weniger als 6,9 Proc. Jedoch nach dem letzten von Korn³⁾ aus der Dresdener Frauenklinik veröffentlichten Ergebnisse ist die betreffende Sterblichkeit 2,7 Proc. und nach anderen Statistiken (Winckelsen., Sabarth, Hecker, Spiegelberg, Haidlen, Fehling) gleich Null.

Die Sterblichkeit der Kinder bei den obigen Beckenverhältnissen darf auf ungefähr 39 Proc.⁴⁾ berechnet werden, ein Procentsatz, welcher mit Verbesserung der Hilfsmittel zur Ernährung und Erhaltung des kindlichen Lebens noch wesentlich vermindert werden kann.

Auf Grund dieser neuesten Ergebnisse der künstlichen Frühgeburt theile ich die Meinung, dass diese unter genannten Verhältnissen vollständig berechtigt ist. Wenn es auch nicht möglich ist, dieselbe Anzahl von Kindern, wie beim Kaiserschnitt, zu retten, so ist doch die Gewissheit vorhanden, einige Mütter mehr am

---

1) a. a. O., S. 72.

2) a. a. O., S. 76.

3) Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt, 1. Abschnitt der Arbeit von Leopold: Der Kaiserschnitt u. s. w.

4) Wenn man die 115 von Wyder (a. a. O., S. 74) und die 36 von Korn (a. a. O., S. 18) zusammengestellten Fälle addirt (151), auf welche 59 todt Kinder entfallen, erhält man den oben angegebenen Sterblichkeitsprocentsatz.

Leben zu erhalten. Ausserdem würde bei häufigerer Anwendung der künstlichen Frühgeburt die des conservativen Kaiserschnittes eine Beschränkung erleiden können und demnach auch die Möglichkeit der Uterusrupturen bei nachfolgender Schwangerschaft verringert werden. Auf die Häufigkeit dieses Unfalles bei der alten Sectio caesarea hat besonders Krukenberg¹⁾ in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit zurückgerufen. Die 25 von ihm gesammelten Fälle, sowie fünf weitere von mir zusammengestellte gestatten leider keine sichere Schlussfolgerung auf die in Frage stehende Häufigkeit; doch ist es unzweifelhaft, dass dieselbe sehr beträchtlich ist, da man nach der Erfahrung von L. Winckel etwa 50 Proc. verzeichnen muss. Nur in einem der obigen 30 Fälle wird von einer Uterusnaht berichtet. Es sind erst spärliche Notizen über Schwangerschaften bei nach neuer Methode mit Uterusnaht Operirten vorhanden.²⁾ Man muss abwarten, ob eine Anzahl der mit Uterusnaht operirten Frauen wieder in schwangeren Zustand trete, um unterrichtet zu sein, wie sich die Uterusnarbe bei darauf folgender Schwangerschaft verhalten werde. Wenn man auch von vornherein annehmen kann, dass nach der Anwendung einer genauen Uterusnaht die Uterusruptur seltener eintreten wird, so ist doch nicht zuzugeben, dass dieser Unfall in Zukunft gänzlich zu vermeiden sei. Deshalb auch halte ich die Einleitung der künstlichen Frühgeburt für berechtigt bei den genannten Beckenverengungen.

---

1) a. a. O.

2) Mir sind bis jetzt nur fünf Fälle bekannt. Der erste betrifft eine von Sänger operirte Frau (Nr. 14; siehe auch die Veröffentlichung Obermann's, dieses Archiv, Bd. XXVII, S. 266), welche in der Leipziger Klinik natürlich, fast im achten Monate, ohne besondere Beschwerden gebar; der zweite eine von Korn zum zweiten Male mit conservativem Kaiserschnitte in der Dresdener Klinik Operirte (Nr. 22 u. 95); der dritte eine von Weber Operirte (Nr. 43, siehe Bd. XXX, Heft 2), welche von demselben bei der nächsten Schwangerschaft nach eingeleiteter künstlicher Frühgeburt (am Ende IX. Monats) durch Wendung und Extraction von einem lebenden Kinde entbunden wurde. Die Stelle der früheren Kaiserschnittsnarbe wurde Ursache einer mässigen atonischen Nachblutung drei Stunden nach der Geburt! (Mittheilung von Dr. Weber.) Der vierte betrifft eine Frau, bei welcher jüngst zum zweiten Male von Korn der conservative Kaiserschnitt gemacht worden ist (Nr. 46 u. 132). Der fünfte bezieht sich auf eine Frau, welche vor ganz Kurzem zum zweiten Male von B. S. Schultze in seiner Klinik mittels conservativen Kaiserschnittes entbunden wurde (Nr. 25 u. 134). Die vollständige Beschreibung dieser fünf Fälle wird in meiner schon erwähnten italienischen Arbeit veröffentlicht werden.

Es bleibt mir noch übrig, die Ergebnisse des erhaltenden Kaiserschnittes mit denen der Laparaelytrotomie zu vergleichen. Aber schon höre ich die Frage aufwerfen: warum kein Vergleich auch mit den Ergebnissen der Porro-Operation? Darauf entgegne ich: die Porro-Operation ist im gegenwärtigen Zustande der Kaiserschnittsfrage nicht mehr eine Nebenbuhlerin, sondern eine unterstützende Begleiterin der conservativen Sectio caesarea. Dieselbe darf in Zukunft nur für gewisse Fälle, in denen die letztgenannte Operation keinen sicheren Erfolg verspricht, aufgespart bleiben. Ich verstehe wohl, wie richtig es früher gewesen wäre, eine Vergleichung der beiderseitigen Ergebnisse zu ziehen, aber seitdem der Beweis der Ueberlegenheit des Kaiserschnittes mit Erhaltung des Uterus, sei es in Bezug auf seinen inneren Werth, sei es in Bezug auf seine neuesten Ergebnisse, einmal festgestellt ist, kann diese Vergleichung nicht mehr berechtigt sein.

Bei der Vergleichung der Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit denen der Laparaelytrotomie benutze ich die Werke Clarke's¹⁾ und W. Duncan McKim's²⁾. Die Operationen von Laparaelytrotomie, welche die genannten Verfasser gesammelt haben, belaufen sich auf 14. Wenn man diesen Operationen die von Ritgen, die beiden von Baudelocque neuu und die von Cianflone³⁾ hinzufügt, beläuft sich die Gesamtanzahl der Fälle von Laparaelytrotomie auf 18.

1) Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie. (Thèse, Nancy) 1887.

2) The present status of laparo-elytrotomy, with report of a successful case. New York Med. Journ. 1887, p. 651—656.

3) Auf diese Operation, welche den fleissigen Nachforschungen Garriques' entging, lenkte zuerst Mangiagalli (Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. Annali di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria. Anni 1883—84), später Th. Parvin (Sciences and Art of Obstetr., Philadelphia 1886, p. 669; der Fall ist hier aus Versehen unter dem Namen Gianflome angeführt) die Aufmerksamkeit zurück. In der Arbeit von Testa (Studi sulla Gastro-isterotomia. Napoli 1867, p. 69) habe ich über die fragliche Operation folgende Angaben gefunden: Prof. F. C. (der kein anderer sein kann als Francesco Cianflone) bediente sich der von Testa modificirten Methode Baudelocque neuu (s. Raccoglitore Medico. Napoli 1858), welche darin besteht, dass man mit dem von Baudelocque vorgeschlagenen Bauchdeckenschnitte den in der Linea alba ausgeführten vereint, um mehr Raum zu gewinnen und so eine Verletzung der Blase und des Harnleiters zu verhindern. Während der Operation wurde die Scheide mit der Blase verwechselt und diese in der vorderen und hinteren Wand zerschnitten (s. XVII. Abbildung der erwähnten Arbeit); darauf wurde die Scheide geöffnet und ein lebendes Kind entwickelt. Die Kranke erlag am ersten Tage nach der Operation. Hoffentlich werde ich über diesen Fall später nähere Angaben machen können.

Den eben erwähnten 4 Operationen trage ich keine Rechnung, da sie zu einer Zeit gemacht wurden, in der die drei grossen Hilfsmittel des Chirurgen, d. h. die Anästhesie, die Antiseptik und die Haemostasis prophylactica, noch nicht bestanden, und da bei denselben grosse Versehen begangen wurden. Dagegen betrachte ich die anderen 14, welche der Zeit der Wiederbelebung der Laparaelytrotomie (von Gaillard Thomas im März 1870 begonnen) angehören. Auf diese 14 Operationen kommen 7 Todesfälle der Mütter — Sterblichkeit 50 Proc., 6 Todesfälle der Kinder — Sterblichkeit 42,8 Proc.

Wenn ich jetzt nach der Anleitung Clarke's und McKim's diese Todesfälle einer Untersuchung unterziehe, um zu ergründen, welche diejenigen sind, die man der Operation zuzuschreiben hat, gelange ich zu dem Schlusse, dass bei der Laparaelytrotomie die Sterblichkeitsziffer für Mutter und Kind fast gleich Null ist. Wenn man sich auf ein solches Ergebniss stützt, könnte man folgern, dass die Laparaelytrotomie dem conservativen Kaiserschnitte vorzuziehen sei, oder dass man wenigstens beide Methoden in gleicher Schätzung, je nach dem eigenen Triebe und der Erfahrung, welche ein Jeder in denselben besitzt, anwenden müsste.

Dagegen bemerke ich, dass, wenn man die Todesfälle des conservativen Kaiserschnittes einer ähnlichen Untersuchung unterzieht, man ebenfalls zum Schlusse gelangt, dass bei dieser Operation die Sterblichkeit für Mutter und Kind fast gleich Null ist. Dann bestehen gegen die Laparaelytrotomie noch die folgenden Einwände: 1) die Zahl von 14 Fällen ist eine viel zu geringe, um aus ihr Schlussfolgerungen auf einen unbestreitbaren Werth zu ziehen; 2) der Procentsatz der Gesamtsterblichkeit der Laparaelytrotomie geht viel über denjenigen der conservativen Sectio caesarea hinaus; 3) die erstere Operation steht bezüglich ihres inneren Werthes gegenüber der letzteren sehr zurück.

Um die Wahrheit dieses dritten Einwandes zu beweisen, müsste ich eine Vergleichung der verschiedenen Einzelheiten der beiden Operationen ziehen, was die von mir in dieser Arbeit gesteckten Grenzen überschreiten würde. Ich begnüge mich damit, nur kurz die zahlreichen Nachtheile der Laparaelytrotomie im Gegensatze zum conservativen Kaiserschnitte vorzuführen.

Diese bestehen darin, dass die Laparaelytrotomie viele Gegenanzeigen hat, d. h. Geschwülste und narbige Veränderungen der Scheide, Atresia uteri, Geschwülste des vorderen Theiles des Beckens,

welche die Scheide gegen das Kreuzbein schieben; ferner, dass dieselbe sehr erschwert werden kann infolge einer durch Ankylose des Hüftgelenkes verursachten Flexion beider Oberschenkel über das Becken, wie dies im dritten Falle Skene's vorkam; dass dieselbe nicht in jeder Geburtsperiode ausgeführt werden kann; dass sie die Gefahr mit sich bringt, die Nachbarorgane, namentlich die Blase leicht zu verletzen (wie sich dies bei sechs unter den 14 angeführten Fällen zutrug) und das untere Uterinsegment zu zerreißen; ausserdem, dass sie häufig besondere Handgriffe zur Entwicklung des Kindes erfordert, welche nicht immer dazu beitragen, dem Kinde den ihm noch bleibenden Lebensfaden zu erhalten; dass sie das Operationsfeld dem Eindringen von Vaginal- und Uterussecreten, sowie ausgedehnter Quetschung (welche beide die Wundheilung sehr erschweren), aussetzt. Wenn diese Verhältnisse auch nicht vereiteln, die Operation auf derselben Seite wiederholen zu können, so machen sie dieselbe doch zu einer sehr schwierigen, wie im dritten Falle von Skene, indem sie die regelmässigen anatomischen Beziehungen der im Operationsfelde befindlichen Organe verändern. Und auch angenommen, dass dieselbe an der entgegengesetzten Seite zu machen sei, so wird infolge der ungünstigen Veränderungen an den beiden Seiten es sehr schwer fallen, dieselbe mehrere Male zu wiederholen.

Meiner Meinung nach entspricht daher die Laparaelytrotomie den technischen und klinischen Erfordernissen, für welche sie bestimmt ist, nicht in der Weise, wie die conservative Sectio caesarea, weswegen man sie gegenwärtig weder in derselben Ausdehnung, wie den konservativen Kaiserschnitt, anwenden, noch demselben vorziehen darf.

Am Ende dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, allen denjenigen Herren, welche bei Abfassung derselben mich unterstützt haben, besonders Herrn Dr. Sänger, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.