(Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Universitäts-Klinik
in Helsingfors.)

Ein Fall von Kaiserschnitt nebst Mittheilung über die in Finland ausgeführten Kaiserschnitte.

Von

Prof. G. Heinricius.

(Mit 2 Figuren im Text.)

Am 3. August 1901 machte ich auf meiner Klinik einen Kaiserschnitt. Der Fall mag der Veröffentlichung werth sein, besonders weil die Geschichte der Frau in geburtshülflicher Hinsicht von Interesse ist.

Die Geschichte der Frau ist folgende:

J. K., Bauersfrau aus Birkkala in Finland. Erste Entbindung 1879 im Hause. Zange, todte Frucht.

Zweite Entbindung 1890 im Hause. Craniotomie nach erfolglosem Versuche mit der Zange.

Dritte Entbindung 19. Sept. 1891 in der geburtshülflichen Klinik in Helsingfors. Die Frau damals 21 Jahre alt. Beckenmaasse: Sp. il. 23, Cr. il. 28,25, Tr. 30,5, Conj. ext. 18,75, Conj. diag. 10,5, Conj. vera 8,75. Die letzte Menstruation 6. Januar. Künstliche Frühgeburt. Einlegung einer elastischen Bougie 12. Sept. 1891. Schädel-lage. Spontane Geburt. Todte Frucht, Gewicht 2660 Gramm, Länge 48 cm.

Vierte Entbindung 1. April 1893 in der geburtshülflichen Klinik in Helsingfors. Die letzten Menses Mitte Juli 1892. Schief-lage. Künstliche Frühgeburt 24. März. Dilatateur intrauterin von Tarnier. Einlegung eines elastischen Bougies mit Condom. Knielage. Spontane Geburt. Lebendige Frucht von 46 cm Länge, die $2\frac{1}{2}$ Jahr lebte, hatte oft Krämpfe, starb unter Erscheinungen einer Gehirnkrankheit.

Fünfte Entbindung 22. März 1895 in der geburtshülflichen Klinik in Helsingfors. Letzte Menstruation am Ende Juni 1894. Schädel-lage. Künstliche Frühgeburt. Einlegung einer elastischen Bougie und

Anwendung des Ecarteur intrauterin von Tarnier. Wendung auf Fuss, Extraction der Frucht, der Kopf wurde mit grosser Schwierigkeit durch den Beckeneingang (Handgriff von Champetier de Ribes) geführt. Die todte Frucht wog 3300 Gramm.

Sechste Entbindung im Hause (auf dem Lande) 1896. Ausgetragene Schwangerschaft. Bei der Ankunft des Arztes lag die todte Frucht in Beckenendlage. Extraction des Rumpfes, Perforation und Extraction des Kopfes mit Cranioclast. Uterusruptur. Die Hand des Arztes konnte durch einen Riss in der rechten Uteruswand in die Bauchhöhle eingeführt werden. Die Nachgeburt wurde von der Bauchhöhle herausgenommen. Tamponade mit Jodoformgaze. Eisblase am Unterleib. Die Frau genas.

Siebente Entbindung 16. Nov. 1897 in der geburtshülflichen Klinik in Helsingfors. Die letzten Regeln 6.—12. Februar 1897. Ausgetragene Schwangerschaft. Schädellage. Urin eiweissfrei, aber von etwas üblem Geruch. Conj. vera gemessen nach Farabeuf 8,3 cm. Weil der Kopf nicht durch den Beckeneingang gehen konnte, wurde Symphyseotomie gemacht. Es wurde versucht, die Symphyse mit dem Messer in der Richtung nach unten durchzuschneiden. Wegen des grossen Widerstandes erwies es sich unmöglich; mit dem Zeigefinger wurden hinter der Symphyse die dahinter gelegenen, weichen Theile bis zum unteren Rande der Symphyse gelöst und theils mit Messer, theils mit Meissel wurde die sehr harte Symphyse in der Richtung von oben nach unten durchtrennt. Nach der Durchtrennung klappten die Enden des Schambeines ungefähr 3 cm. Die Symphyse war ungewöhnlich lang, die Schambeine sehr dick. Tarnier's Zange wurde im Querdurchmesser des Beckens angelegt. Der Kopf leicht herabgezogen, wobei der Abstand zwischen den Enden des Schambeines 5 cm betrug. Die Frucht war asphyctisch, kam nach energischen Wiederbelebungsversuchen zu sich. In dem rechten Labium majus ein Riss, der für einen Finger durchgängig nach der Symphyse führte. Tiefe und oberflächliche Seidensuturen wurden durch die weichen Theile und die Haut angelegt. Der Raum hinter der Symphyse wurde durch den Riss in die Schamlippe nach der Vulva drainirt. Die Suturen wurden zusammengezogen und die Wunde geschlossen. Die Frucht wog 3780 Gramm, lebt noch. Im Wochenbette bekam die Frau eine sehr schwere Pyelitis mit Frostschauer und hohem Fieber. Die Cystitis, an welchem die Frau schon vor der Entbindung litt, wurde im Wochenbett schlimmer, (*Bacterium coli commune* wurde im Harne entdeckt) und veranlasste die Pyelitis. Am 2. December zeigte sich in der Narbe am Mons veneris die Oeffnung zu einem Fistelgange, der zur Symphyse führte; die Enden des Schambeines waren durch Bindegewebsstränge miteinander verbunden. Das Fieber hörte Anfangs Januar 1898 auf und die Fistel heilte. Die Symptome der Cystitis und Pyelitis gaben nach. Am 22. Januar keine Diastase der Symphyse. Die Frau geht unbehindert, ohne Schmerzen.

Achte Entbindung 4. October 1899 in der geburtshülflichen Klinik in Helsingfors. Steisslage. Die Länge des Fötus (nach Ahlfeld gemessen) 48 cm.

Künstliche Frühgeburt. Tarniers Ecarteur intrauterin. Extraction der Frucht, der Kopf wurde mit grosser Schwierigkeit durch den Beckeneingang (Handgriff von Champetier de Ribes) geführt. Die Frucht tief asphyctisch, starb bald, wog 2690 Gramm. Blutungen auf der Ober-

fläche des Gehirns. Im Wochenbette bekam die Frau 12. October sehr starke Blutung aus Uterus, hochgradiger Collaps. 20. October wieder Blutung und Collaps, erholte sich doch und wurde gesund entlassen 14. November.

Ende Juli 1901 kam die Frau wieder zu mir. Sie war dieses mal in fast ausgetragener Schwangerschaft. Ich beschloss aus Gründen, auf die ich weiter unten näher eingehen will, den Kaiserschnitt bei relativer Indikation auszuführen.

Neunte Entbindung 3. August 1901 in der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors. Sectio caesarea. Letzte Menstruation Anfang November 1900, erste Kindesbewegungen Anfang April 1901. Das Befinden während der Schwangerschaft gut. Fundus uteri 2 Fingerbreit unter Proc. xyph., die Wand etwas gespannt. Steisslage. Die Herztöne des Fötus links etwas oberhalb des Nabels. Die Beckenmaasse: Sp. ilei 24, Cristae ilei 28,25, D. bitroch. 30,00, Conj. ext. 18,75, Conj. diag. 10,5, Conj. vera nach Farabeuf 8,3. Auf der Rückseite der Symphyse eine Exostosis von der Länge der Symphyse und ungefähr 0,5 cm hoch. Starke Empfindlichkeit bei Palpation der Synchronroses sacroiliacae und einige Empfindlichkeit oberhalb der Symphyse. Die Frau, welche bei einer Verwandten in der Stadt wohnte, kam in die Klinik am 3. August $\frac{1}{2}$ 7 Uhr morgens, nachdem die Wehen sich um 1 Uhr nachts eingestellt hatten. Die Operation fand um 9 Uhr vormittags statt. Keine Untersuchungen per Vaginam. Das Wasser war nicht abgegangen. Aethernarkose. Bauchschnitt in der Mittellinie von der Höhe des Fundus uteri an bis ungefähr 3 Fingerbreit oberhalb der Symphyse. Nachdem die Bauchhöhle geöffnet, wird die Gebärmutter hervorgewälzt. Ohne eine Schlinge an den unteren Theil dieser letzteren anzulegen, wird die vordere Gebärmutterwand in der Mittellinie durchschnitten. Der Schnitt wird vom Fundus uteri abwärts ungefähr 16 cm lang geführt. Das Kind, dessen Hinterkopf durch breite Adhärenzen mit dem Amnion verbunden ist, wird ohne Schwierigkeiten herausgezogen. Blutung aus der Uterinwunde nicht stark; der Uterus zieht sich gut zusammen. Die Frau erhält subkutan Extr. secale 0,20. Nachdem das Kind abgenabelt, wird die gelöste Placenta gleichzeitig mit den Häuten entfernt. Der Mutterkuchen auf der hinteren, linken Seite, dicht am Fundus uteri gelegen.

Die Uterinwunde wird mit 16 tiefen, die Decidua nicht berührenden Catgutsuturen zusammengenäht; darüber wird das Peritoneum mit besonderen Suturen aus feinerem Catgut zusammengefügt. Der Uterus noch immer gut zusammengezogen. Die Bauchwunde wird durch Etagennaht und mit 4 tiefen Nähten geschlossen.

Der Zustand der Mutter nach der Operation: 3. VIII. Allgemeinbefinden gut. Der Puls kräftig, 92 Schläge. Die Frau klagt über zeitweise wiederkehrende Schmerzen im Bauche. Unbedeutende Blutungen ex utero. Subkutan Extr. secale 0,1. Zur Nacht Morphinum. 4. VIII. Während der Nacht gut geschlafen. Noch immer starke Nachwehen. Der Fundus uteri 2 Fingerbreit oberhalb des Nabels. Starke Empfindlichkeit oberhalb des Uterus. Unbedeutender Blutabgang ex utero. Subjektives Befinden gut. Puls 92. Klystir. 3 mal täglich zu einem $\frac{1}{2}$ Theelöffel innerlich tinct. cinnamomi 4,00 und extr. secale cornut 1,00. Am Abend klagt die Frau über starke Schmerzen im Epigastrium, das etwas aufgedunsen ist. Der Zustand sonst gut. Zur Nacht Morphinum. Klystir mit einem Theelöffel T. asae foetidae. Temp. 37,6. 5. VIII. Die Nacht ziemlich ruhig. Die starken Schmerzen verschwunden. Flatus abge-

gangen. Klystir. Am Abend klagt die Frau über Schmerzen auf der linken Seite, im Rücken und in der Brust. Die etwas gespannten Brüste werden aufgebunden. Chloroformlinimenteinreibung, zur Nacht Morphium. Temp. 38. Puls 92. 6. VIII. Die Nacht gut geschlafen. Keine Bauchschmerzen, der Bauch weich und eingefallen. Die Rückenschmerzen halten noch an, wenn auch gelinder. Temp. 37. Puls 84. Zur Nacht 1 Morphiumsuppositorium. 7. VIII. Laxantia. Gewöhnliche Kost. Zur Nacht 1 gramm Trional. 13. VIII. Pat. klagt über einige Empfindlichkeit in den Fingern. Secale wird eingestellt. 14. VIII. werden die Nähte entfernt. 26. VIII. darf die Frau aufsitzen. 28. VIII. darf sie aufstehen. 31. VIII. Uterus in Anteversion. Die Sonde geht in der Richtung aufwärts und nach vorn beinahe 11 cm. Die Adnexen frei. Die Frau wird

entlassen. Temp. seit dem 7. VIII. unter 37. Im Juni 1902 vollkommen gesund, regelmässige Menstruation.

Der Fötus war beim Herausbefördern aus der Gebärmutter ein lebendes Mädchen von 3500 gramm Gewicht und 50 cm lang. Das Herz schlägt kräftig, aber die Respiration kann nicht in Gang gebracht werden. Nach anhaltenden Belebungsversuchen gelingt es doch nach einiger Zeit. Sobald man aber mit der künstlichen Athmung einhält, hört die Respiration wieder auf, weswegen Ribemonts Insufflateur angewandt wird. Mit dessen Hilfe gelingt es das Kind zehn Stunden lang am Leben zu erhalten, darauf stirbt es. Am Hinterkopf bez. Nacken, von der Gegend unterhalb des Os occipitis an sind 2, etwas über Hühnereigrösse weiche fluktuirende Tumoren, die aus einer sehr weichen Membran bestehen und mit flüssigem Inhalt angefüllt sind.

Auf dem Grunde des einen Tumors sieht man Theile des Rückenmarks. Der Fötuskopf hat inf. Ganzen eine deutlich ausgesprochene anencephalische Form (die beigelegten Tafeln stellen den Kopf und den Gehirnbruch dar). Der hintere Theil des ersten Halswirbels ist wahrscheinlich defekt. Eine Obduktion des Fötus wurde in Folge der Weigerung der Mutter nicht vorgenommen.

Als diese Frau im Jahre 1901 hierher kam, befand sie sich am Ende der Schwangerschaft. Da ich ihre früheren Entbindungen, die fünfte, sechste und achte, kannte, wollte ich in diesem Falle nicht riskiren, den Fötus in der Steisslage geboren werden zu lassen, da wahrscheinlicher Weise das Herausbefördern des nachfolgenden

Kopfes schwer und mit tödtlichem Ausgange für den Fötus gewesen wäre. Die Steisslage in die Kopflage zu ändern, lag für mich noch weniger Grund vor, da bei denjenigen ihrer Entbindungen, wo der Kopf sich einstellte und der Fötus ausgetragen war, das einmal ein toter Fötus mit Hülfe der Zange entbunden und das andere mal eine Craniotomie ausgeführt wurde, während bei der 7. Entbindung der Kopf erst nach stattgefundener Symphyseotomie herausgezogen wurde.

Da die Frau ein lebendes Kind haben wollte und mir freistellte, ihre bevorstehende Entbindung, auf welche Weise ich wollte,

zu behandeln, wenn nur das Kind lebendig zur Welt käme, so ergab sich nach meiner Ansicht viel eher die relative Indication für Sectio caesarea als Indication für Symphyseotomie. Sie hatte wohl einmal früher die letztgenannte Operation mit darauffolgender Zangen-extraction eines lebenden Fötus durchgemacht, aber der Durchschnitt der Symphyse war mit Schwierigkeiten verbunden gewesen, die Heilung der Symphyse war unter Eiterung vor sich gegangen, weswegen Grund zur Annahme vorlag, dass die Operation diesmal noch schwerer werden würde, besonders da Erfahrungen gezeigt, dass bei wiederholter Symphyseotomie das Zusammenwachsen des Schamknochens mit der Blase bez. mit der Urethra vorgekommen ist. Ausserdem hatte die Frau selbst schlimme Erinnerungen an die schwere Cystitis und Pyelitis, die sie während der Reconvalescenz durchgemacht und so wies sie den ihr doch gestellten Vorschlag, eine zweite Symphyseotomie auszuführen, ab. Es blieb also nur Sectio caesarea übrig, zu der ich auch die Einwilligung der Frau erhielt. Ich hielt in diesem Falle den Kaiserschnitt, unter günstigen Umständen ausgeführt, bei der Erfahrung und Gewohnheit, die ich mir durch die vielen Laparotomien erworben und bei der guten und zuverlässigen Assistenz, die mir in der geburtshülflichen Klinik hier zu Gebote steht, für eine leicht zu bewerkstellende Operation. Ich glaubte ausserdem, dass bei dieser Operation der Fötus am leichtesten am Leben erhalten werden könnte.

Der Kaiserschnitt wurde auch unter günstigen Umständen ausgeführt. Die Frau war eine noch junge, kräftige Person, das Wasser war noch nicht abgegangen, Untersuchungen per vaginam waren seit ein paar Tagen nicht mehr vorgenommen worden, Anzeichen einer Infection lagen nicht vor.

Die Operation selbst war in technischer Hinsicht sehr leicht. Ich muss bekennen, dass ich meines Erachtens verhältnissmässig selten eine Operation am Uterus durch die Bauchhöhle mit einer solchen Leichtigkeit ausgeführt habe. Die Placenta wurde durch den Schnitt nicht berührt, der Fötus wurde durch die mediane Wunde leicht herausbefördert, die Blutung war verhältnissmässig gering, obgleich eine Umschlingung des unteren Uterinsegments nicht stattfand. Der Uterus zog sich nach dem Herausziehen des Fötus rasch und kräftig zusammen, wobei die Placenta sich spontan von der Wand, gleich wie durch Abschälung, ablöste, ohne dass ein retroplacentäres Hämatom sich gebildet hätte. Eine Spülung der Uterinhöhle war nicht nöthig, die Wunde wurde gleich nach der

Entfernung der Nachgeburt geschlossen. Ich benutzte dabei, wie auch bei meinen übrigen Laparotomien, Catgut.

Die Reconvalescenz ging ohne Störungen vor sich und die Frau behauptete nie ein so leichtes Wochenbett gehabt zu haben, wie dieses.

Leider wurde dies gute Resultat durch das Unglück mit dem Kinde getrübt, das einen derartigen angeborenen Bildungsfehler hatte, dass ein extrauterines Leben unmöglich war; dieser Fehler konnte vor der Operation auf keine Weise entdeckt werden. Eine merkwürdige Ironie des Schicksals ist es, dass diese Frau, deren Früchte vordem alle wohlgebildet gewesen waren, gerade dieses Mal, wo sie durch eine so seltene Operation, wie den Kaiserschnitt, eines lebenden Kindes genas, dieses einen so seltenen Fehler, wie Gehirnbruch, aufwies.

Die Frau J. K., jetzt 32 Jahr, ist, glaube ich, ein Unicum in geburtshülflicher Hinsicht. Sie ist eine Frau, die wegen verengten Beckens alle operativen Entbindungsmassregeln durchgemacht, die in solchen Fällen angewandt werden. An ihr ist nach vollendeter Zeit 2 mal Craniotomie, 1 mal Zangenextraktion bei hochstehendem Kopf, 1 mal Symphyseotomie und 1 mal der Kaiserschnitt ausgeführt worden; 4 mal hat sie Partus arte praematurus durchgemacht, wobei einmal eine prophylaktische Wendung vorgenommen wurde. Einmal schliesslich bekam sie eine Uterusruptur und ist mit dem Leben aus dieser höchst gefährlichen Lage davongekommen. Während eines Wochenbettes war sie in Folge wiederholter starker Blutungen auf den Tod krank gewesen und ein andermal erkrankte sie sehr ernst an einer von den Harnorganen ausgehenden Infektion.

Im Anschluss an den eben angeführten Fall von Sectio caesarea will ich hier die Kaiserschnitte erwähnen, die sowohl an Lebenden wie an Toten in Finland bis jetzt ausgeführt worden sind. Ein solcher Bericht hat ja sein geschichtliches Interesse.

In der geburtshülflichen Klinik zu Helsingfors, die seit 1833 besteht, ist der Kaiserschnitt nur 4 mal ausgeführt worden. Die Ursache dieser geringen Anzahl von Fällen ist die, dass bei uns, wie in den übrigen nördlichen Ländern Europas verengte Becken, besonders solche die Indikation für den Kaiserschnitt ergeben, verhältnissmässig sehr selten sind.

Im Jahre 1866 wurde von Prof. K. S. Sirelius (Prof. der

Entbindungskunst 1861—1869) ein Kaiserschnitt an einer Frau ausgeführt, die plötzlich während der Entbindung starb. Auch das Kind wurde totgeboren.

Den 25. Mai 1888 wurde von dem stellvertretenden Vorsteher der Klinik Docenten O. Engström ein s. g. konservativer Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind an einer Zwergin ausgeführt, deren gerade Beckenmaasse folgende waren: Conj. ext. 14,5. Conj. diag. 5,75, und also eine absolute Indikation für die Operation ergaben.

Am 2. Januar 1890 führte ich einen Kaiserschnitt nach Porro an einer Person aus, deren Conj. diag. 7,5 und Conj. vera (nach dem Tode gemessen) 5,5 betrug. Die Wehen hatten bei dieser Frau in der Nacht zum 30. December begonnen, sie war zu Hause untersucht worden, das Wasser war am 31. Dec. um 2 Uhr nachts abgegangen. Da das zurückgebliebene Wasser bei der Operation einen schlechten Geruch verbreitete, wurde der Uterus amputirt und der Stiel an den unteren Theil der Bauchwunde befestigt. Die Frau starb nach 5 Tagen an Sepsis. Der Fötus, der nach der Extraktion schwer asphyctisch war, blieb nicht am Leben.

Der 4. Kaiserschnitt ist der von mir in diesem Aufsatze beschriebene, am 3. August 1901 ausgeführte.

Ausserhalb der geburtshülflichen Klinik zu Helsingfors ist im Jahre 1897 ein Sectio caesarea in mortua in Nystad von Dr. B. Lönnqvist ausgeführt worden. Folgende Mittheilungen erhielt ich von ihm über diesen Fall:

M. A. Ehefrau, 37 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus von Nystad den 18. November 1897 aufgenommen. Seit dem Sommer desselben Jahres heiser, seit einigen Wochen an zunehmender Athemnoth leidend. Schwanger im 9. Monat. Die fötalen Herztöne hörbar. Da die Athemnoth in besorgniserregender Weise zunahm, wurde ein paar Stunden nach Aufnahme der Kranken Tracheotomie ausgeführt. Die Frau erholte sich. Alles ging gut bis zum 20. November 3 Uhr morgens, wo die Athemnoth wieder zunahm. Als ich eine halbe Stunde darauf im Krankenhause anlangte, lag die Kranke in den letzten Zügen. Der Tod war eben eingetreten, als die Sectio caesarea ausgeführt wurde. Der Fötus konnte trotz langwieriger Belebungsversuche nicht zum Leben gebracht werden. Eine Obduktion der Leiche wurde verweigert.

Die an der geburtshülflichen Klinik zu Helsingfors an Lebenden ausgeführten Kaiserschnitte sind indessen nicht die einzigen in unserem Lande gemachten Operationen dieser Art. Schon 1775 wurde auf dem Lande, 14 Meilen von der Stadt Björneborg, eine Sectio caesarea ausgeführt. Im Mai 1901 während meiner

Forschungen in dem Archiv der Medicinalbehörde in Stockholm fand ich unter den Berichten der Provinzialärzte aus Finland vom Jahre 1775 an das Collegium medicum eine ausführliche und deutliche Beschreibung über eine vom Provinzialarzte des Distrikts Björneborg B. Björnlund¹⁾ ausgeführte Operation dieser Art.

Da dieser Bericht, meines Wissens, nicht publicirt worden ist, gebe ich ihn hier wieder.

„Im Monat Februar dieses Jahres war ich gezwungen an einer primipara, etwas über 30 Jahre alt, 14 Meilen von hier, wegen eines merkwürdigen von Natur enggeformten Beckens und enger Geschlechtstheile, wodurch der Fötus unmöglich geboren oder sonst auf andere Weise herausgezogen werden konnte, eine Operatio caesarea vorzunehmen, nachdem fruchtlose Versuche anderer Art gemacht worden waren. Die Vagina uteri war so eng, dass nicht einmal ein Finger geschweige denn eine Hand eingeführt werden konnte und sie war auf keinerlei Art auszudehnen. Orificium uteri war hochstehend und konnte auch nicht erweitert werden. Der Kopf war recht gross und hart. Da sichere Anzeichen vorlagen, dass das Kind schon vor meiner Ankunft gestorben war, wurde Trepanation des Schädels versucht, doch konnte dieselbe der engen Vagina wegen nicht ausgeführt werden. Bei so bewandten Umständen und da die Mutter noch ziemlich bei Kräften war und sowohl sie wie ihre Eltern und Angehörigen mich inständigst baten, dieses Rettungsmittel, von dem sie hatten erzählen hören, dass es manchmal geholfen hätte, doch lieber zu versuchen, da man im Fall es auch keine Rettung bringen würde, beruhigt sein könnte, dass man das Aeusserste versucht.

Ich sah mich gezwungen dieses Mittel zu versuchen, da kein anderes Rettungsmittel möglich war und die Natur selbst nicht rasch genug die Entbindung bewerkstelligen konnte. Die Operation hielt Pat. mit viel Muth aus und es trat kein Ohnmachtsanfall auf. Der Blutverlust war mässig und ermattete nicht zu sehr. Pat. hatte darnach und einen ganzen Tag über fast gar keine Schmerzen, Appetit stellte sich ein und sie schlief die darauf folgende Nacht recht ruhig; aber am anderen Tage wich die Hoffnung auf Besserung, die Kräfte nahmen ab und sie entschlief sanft um 11 Uhr des folgenden Abends oder 1½ Tage nach der Operation. Sie war bei voller Besinnung bis ungefähr eine halbe Stunde vor dem Tode. Weder an der Gebärmutter, noch an den ihr zunächstliegenden Theilen war irgend ein Anzeichen einer Entzündung zu entdecken, im Gegentheile war sowohl die Uteruswunde, wie die äussere Oeffnung im Begriff zu verheilen. Geronnenes Blut war durch die Oeffnung und die Vagina uteri einigemal nach der Operation abgegangen und dies hatte Erleichterung gebracht. Wenn auch diese Operation nur selten angewandt zu werden braucht, so können immerhin Fälle eintreten, wo man in seinem Leben gezwungen

1) Bengt Björnlund in Schweden 1732 geb., wurde 1758 Feldlazarettarzt in Stralsund (damals schwedische Besitzung), 1759 med. Dr. in Lund, 1762 Provinzialarzt des Distrikts Björneborg und starb im Jahre 1815 im Alter von 83 Jahren.

ist sie auszuführen, ich meinstheils habe mir jedoch vorgenommen, sie nie wieder zu versuchen, eine Ausnahme in einem solchen Fall, wo nach dem Tode der Mutter das Kind noch am Leben ist. Bei den schwersten Fällen bin ich bis jetzt ohne diese Operation ausgekommen, die zum ersten Mal für mich unumgänglich wurde, weil das Kind auf keine andere Weise herausbefördert werden konnte.“

Indessen ist Björnlunds Kaiserschnitt nicht der erste in dem damaligen Schwedischen Reiche. Der erste sichere und genau beschriebene Kaiserschnitt in Schweden und ganz Skandinavien ist wohl der im Jahre 1758 vom Arkiater Hermann Schützer¹⁾ (1769 geadelt Schützereranz), ausgeführte, dem bei der Operation der berühmte Chirurg Olof af Acrel assistirte. Das Kind blieb am Leben, während die Mutter am 9. Tage an Peritonitis starb. Der zweite Kaiserschnitt an Lebenden wurde in Schweden im Jahre 1839 von Dr. Kull bei Oerebro ausgeführt.²⁾

In Dänemark wurde der erste Kaiserschnitt von einem Provinzialarzt Ortmann im Jahre 1853 gemacht. In der geburts-hilffichen Klinik zu Kopenhagen wurde er zum ersten Male 1870 von Prof. Stadfeldt ausgeführt. In Norwegen das erste Mal von Dr. Baeker in Holmestrand 1843; in der Entbindungsanstalt in Kristiania das erste Mal von Prof. F. C. Faye 1852.³⁾

1) Om operatio caesarea förrättad på en Dvärginna. Kongl. Vetenskaps Akademiens Handlingar. 1760. qr. 3 und „Om Caesariska Operationers förrättande på en Dvärginna.“ Märkvärdiga Händelser i den Practiska Förlossnings-Vetenskapen. Stockholm. 1785. S. 141.

2) Nach Lindfors: Om Kejsarsnitt i Sverige Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. V. H. 5. 1900.

3) Nach Schönberg; Laerebog i den operative fødselshjelp. Kristiana. 1899. S. 285.