

wie seinen Nachfolgern, zunächst ganz extraperitoneal zu bleiben. Es war nur ein besonderer Zufall, wenn es gelang, das Peritoneum vom Blasenscheitel bis an den Uterus hin ohne Verletzung abzuschieben. Mir gelang es unter den ersten 25 Fällen, die ich nach Frank operiert habe, nur zweimal. So kam man zu dem Kompromiß der transperitonealen Operation. Was doch meist unvermeidbar schien — die Eröffnung des Peritoneums — wurde zu einem intendierten Bestandteil der Operation. Man schnitt das parietale Bauchfell auf und nähte, um doch extraperitoneal den Uterus eröffnen zu können, die zu inzidierende Uteruspartie in die angelegte Bauchöffnung ein. So blieb es, bis Latzko seinen bekannten Vorschlag machte, durch Beiseiteschieben der Blase extraperitoneal an den Uterus heranzukommen. Vom 26. Falle an habe ich alle folgenden auf diese Weise operiert, in der Absicht, das Peritoneum vor der Berührung mit dem oft infektiösen Uterusinhalt zu bewahren, insofern eine große Reihe unreiner Fälle zur Operation kamen. Leider hat auch das Latzkosche Verfahren nicht das gehalten, was es versprach, nämlich das Peritoneum in allen Fällen unverletzt zu erhalten. Wenn es auch meist gelingt, die Cervix uteri ohne Bauchfellverletzung freizulegen, so reißt doch oft genug bei der Extraktion des Kindes die Umschlagsstelle des Bauchfells ein. Davor schützt auch nicht eine noch so breite Anlage des Operationsfeldes; diese hat ihre Grenzen in der Fixierung des Bauchfells am Uterus. Von meinen 75 nach Latzko operierten Fällen sind nur 48 rein extraperitoneal durchgeführt, während bei den übrigen 27 das Bauchfell mehr oder weniger einriß. Es ist also immerhin noch eine große Anzahl, etwa ein Drittel der Fälle, die zu einer Verletzung des Bauchfells führte. Somit können wir auch nicht die Operation extraperitonealen Kaiserschnitt nennen, wie es weitverbreiteter Brauch ist und wie ich diesem Brauche folgend mein Thema gefaßt habe. Auch zervikaler Kaiserschnitt ist nicht einwandlos, denn das ist auch der vaginale Kaiserschnitt. Sectio suprapubica oder Suprasymphysärschnitt scheinen mir handliche und passende Bezeichnungen.

Unter den 100 Suprasymphysärschnitten, von denen 50 rein extraperitoneal und 50 mit Verletzung des Bauchfells, also transperitoneal, operiert wurden, sind im ganzen 5 Todesfälle der Mütter zu verzeichnen. Einer davon erfolgte infolge von Eklampsie. Die Sektion erwies die Abwesenheit jeglicher Infektionszeichen. Es bleiben also 4 Fälle in summa, bei denen der Tod durch eine Infektion, ausgehend von der Operationswunde, erfolgte. Dieses Gesamtergebnis ist beachtenswert. 4 % Mortalität bei einer Operation, die an Stelle des Kaiserschnitts bzw. der Pubotomie gemacht worden ist, ist an sich ein günstiges Ergebnis. Bei letzteren Operationen rechnet man gewöhnlich eine höhere Sterblichkeit heraus. Das Verhältnis stellt sich aber noch sehr viel günstiger, wenn man erwägt, daß eine beträchtliche Zahl der von uns operierten Frauen in einer Verfassung waren, bei der niemand gewagt hätte, sie dem klassischen Kaiserschnitt oder der Pubotomie zu unterwerfen. 22 Fälle hatten bereits übelriechendes Fruchtwasser und zum Teil auch Fieber. In 11 weiteren Fällen war die Blase bereits tagelang fort. Das sind 33 Fälle, in denen nach allgemeiner Auffassung der gewöhnliche Kaiserschnitt unbedingt kontraindiziert war. Dazu kommen 19 Fälle, bei denen das Wasser 7—24 Stunden abgefließen war, die also auch nicht mehr zu den „reinen“ gerechnet werden können. Es sind also unter den 100 Fällen 52 „unreine“ gewesen. Den Rest, 48 Fälle, rechne ich zu den „reinen“, insofern sie bei stehender Blase oder wenigstens innerhalb der ersten sechs Stunden nach dem Blasensprung operiert wurden. Diese Betrachtung lehrt, daß der Suprasymphysärschnitt an sich einen gewaltigen Fortschritt unseres geburtshilflichen Könnens bedeutet. Er hat mir erheblich günstigere Resultate ergeben als der klassische Kaiserschnitt bei ausgesuchten Fällen. Ich werde deswegen fortfahren, ihm den Vorzug vor dem korporealen Kaiserschnitt zu geben. Es bestätigt sich auch hier die alte Erfahrung, daß die Bauchoperationen an Gefährlichkeit verlieren, je weiter unten im Bauche operiert wird.

Was den Heilungsverlauf der überlebenden 95 Mütter betrifft, so sind 53 von ihnen innerhalb zwei bis drei Wochen entlassen worden, nachdem sie glatt, ohne nennenswerte Störung,

Aus der Provinzial-Frauenklinik und Hebammenschule in Breslau.

Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt.

Von P. Baumm.

Als Frank den Uterusschnitt von der Nabelgegend nach unten über die Symphyse verlegte, leitete ihn der Gedanke, von hier aus möglichst extraperitoneal an den Uterus heranzukommen und so auch unreine Fälle der Operation unterwerfen zu können. Leider aber glückte es ihm ebensowenig

geheilt waren. Die kürzeste Heilungsdauer betrug zwölf Tage. Die übrigen 42 Fälle zeigten einen mehr oder weniger verzögerten Heilungsverlauf, der durch Fieber und Wundeiterung bedingt war. Es braucht dies bei der großen Zahl unreiner Fälle nicht wunderzunehmen.

Von besonderem Interesse ist es nunmehr, zu untersuchen, wie sich die Todesfälle und die verzögerten bzw. glatten Heilungen auf die verschiedenen Fälle verteilen. Wie schneiden die transperitoneal, wie die extraperitoneal operierten, wie die reinen und wie die unreinen Fälle ab? Der Beantwortung dieser Fragen dient nachstehende Zusammenstellung. Die Fälle sind nach der Dauer des Fruchtwasserabflusses geordnet; in Kolonne 5 sind die unreinsten Fälle mit Fieber und übelriechendem Fruchtwasser zusammengestellt. Jede Kolonne ist wieder in die extra- und in die transperitoneal Operierten geteilt.

Vergleichen wir zunächst die Heilerfolge aller extra-

	1. Blase steht		2. Blase vor höchstens 6 Stund. gesprungen		3. Blase vor 7—24 Stunden gesprungen		4. Blase vor 1—4 Tagen gesprungen		5. Uebelriechendes Fruchtwasser und Fieber		6. Summa der operierten Fälle	
	transp.	extrap.	transp.	extrap.	transp.	extrap.	transp.	extrap.	transp.	extrap.	transp.	extrap.
Zahl der operierten Fälle	15	14	7	12	11	8	7	4	10	12	50	50
davon glatt geheilt	10	9	5	7	7	6	3	2	1	3	26	27
" verzögert geheilt	4	4	2	5	4	2	4	2	7	8	21	21
" gestorben	1	1	—	—	—	—	—	—	2	1 an Eklampsie	3	1 (+ 1 an Ekl.)

peritoneal Operierten, wozu nur diejenigen Fälle gezählt sind, bei denen nicht die geringste Peritonealverletzung vorkam, mit der Summe der transperitoneal Operierten, so ergibt sich (Kolonne 6), daß 3 Todesfälle auf die letzteren entfallen, während die extraperitoneal Operierten nur mit 1 Todesfall figurieren, abgesehen von dem Eklampsiefall. Der Vergleich ist um so instruktiver, als die beiden Operationsserien gleich an Zahl sind (50 : 50) und auch die Zahl der reinen und unreinen Fälle ziemlich gleichmäßig verteilt ist. Wir haben bei den transperitonealen Fällen 6 %, bei den extraperitonealen 2 % Mortalität der Mütter. Das, was zu erwarten war, ist hiermit zahlenmäßig nachgewiesen: Der extraperitoneale Suprasymphysärschnitt ist dreimal lebenssicherer als der transperitoneale. Diese Ueberlegenheit des extraperitonealen Schnittes tritt vor allem bei den stark verunreinigten Fällen in die Erscheinung (s. Kolonne 5). 12 von diesen Fällen, extraperitoneal operiert, heilten alle, 3 sogar glatt, während von 10 transperitoneal Operierten 2 starben und nur 1 glatt heilte. Bei den weniger verfahrenen Fällen (Kolonne 3, 4) und bei den reinen Fällen (Kolonne 1, 2) zeigt sich in dem Erfolge kein Unterschied, ob die Operation trans- oder extraperitoneal durchgeführt wurde. Schluß: stark verunreinigte Fälle sind kein Objekt für den Suprasymphysärschnitt, weil wir es nicht in der Hand haben, die Operation sicher extraperitoneal durchzuführen, oder wir müssen uns bewußt sein, daß sie nur gegen einen relativ hohen Einsatz an mütterlichem Leben das Kind retten kann. Ich schätze die mütterliche Sterblichkeit nach dem Suprasymphysärschnitt bei infizierten Fällen auf 8 %, und zwar auf Grund folgender Ueberlegung: Kolonne 5 weist 10 + 12 = 22 Fälle mit 2 Todesfällen = 9 % Mortalität auf. Das Frequenzverhältnis der extraperitoneal gelungenen zu den transperitonealen Operationen beträgt aber nicht 12 : 10, sondern etwa 20 : 10 oder 200 : 100. Von 100 transperitoneal operierten infizierten Fällen starben (nach Kolonne 5) 20. Die Sterblichkeit nach extraperitonealem Suprasymphysärschnitt können wir aber nicht auf 0 ansetzen, wie dies nach Kolonne 5 scheinen könnte, sondern wir müssen bei den infizierten Fällen mindestens dieselbe Sterblichkeit annehmen, wie sie die Summe aller extraperitoneal durchgeführten Fälle aufweist, d. i. nach Kolonne 6 etwa 2 auf 100. Wir hätten demnach auf 100 transperitoneale Operationen 20 und auf zugehörige 200 extraperitoneale 4 Todesfälle. Das ergibt auf 300 Operationen 24 Todesfälle oder 8 %.

Nicht so die weniger infizierten Fälle, wie sie in Kolonne 3 und 4 zusammengestellt sind. Diese Fälle können ohne großes Risiko der Operation unterworfen werden, auch auf die

Gefahr hin, daß das Bauchfell verletzt wird. Wir sehen hier 30 Fälle, darunter 18 transperitoneale, ohne einen Todesfall, gewiß ein sehr erfreuliches Resultat, das durch den alten Kaiserschnitt niemals zu erreichen ist. Daß aber der Operation doch eine gewisse Gefahr anhaftet, lehrt Kolonne 1. Es sind 29 Fälle, die bei stehender Blase operiert sind, 14 extra- und 15 transperitoneal, mit je 1 Todesfall. Daß wir nach Eröffnung des Bauchfells gelegentlich einen Fall an Peritonitis, wenn auch unerklärlicher, verlieren, damit müssen wir uns abfinden. Eine völlige Ueberraschung aber war mir der tödliche Ausgang an Peritonitis in dem einen Falle, der noch bei stehender Blase ganz rein zur Operation kam und vollständig extraperitoneal durchgeführt wurde. Ich kann ihn nur als einen Unglücksfall ansehen, wie dies ja auch bei viel einfacheren Operationen gelegentlich vorkommt, denn die meisten Fälle sind unter viel ungünstigeren Umständen mit gutem Erfolge operiert worden, wie dies Kolonne 2, 3, 4 zeigen.

Die Lehren, die wir aus diesen Betrachtungen ziehen, sind also folgende:

1. Der Suprasymphysärschnitt ist nur in zwei Dritteln der Fälle extraperitoneal durchführbar.

2. Der rein extraperitoneal durchgeführte Suprasymphysärschnitt gibt im Durchschnitt dreimal bessere Resultate quoad Mortalität der Mütter als der transperitoneale. Daher sind die Bemühungen, die Operation sicher extraperitoneal durchzuführen, fortzusetzen.

3. Für den Suprasymphysärschnitt eignen sich alle Fälle, die nicht höheres Fieber oder zersetzten Uterusinhalt aufweisen. Die mütterliche Mortalität ist dabei, gleichgültig, ob extra- oder transperitoneal operiert wurde, nach unserem Material höchstens 2 %.

4. Fälle mit höherem Fieber und solche mit zersetztem Fruchtwasser dürfen dem Suprasymphysärschnitt nicht unterworfen werden, solange wir keine Mittel haben, ihn sicher extraperitoneal durchzuführen, es sei denn, daß die Rettung des Kindes den hohen Einsatz von 8 % mütterlicher Sterblichkeit im besonderen Falle rechtfertigt.

Die Technik der Operation hat sich bei uns nach verschiedenen Versuchen zu einem feststehenden Typ entwickelt. Der Schnitt durch die Haut wird der Länge nach oder quer nach Pfannenstiel angelegt, letzteres nur in ganz reinen Fällen. Die Trennung der Bauchmuskeln geschieht in der Linea alba bis zum Peritoneum parietale. Nunmehr wird die Blase zur Seite geschoben, ohne daß sie aufgefüllt wird. Es ist gleichgültig, von welcher Seite her das geschieht. Gewöhnlich schiebe ich sie von links nach rechts, entsprechend der ersten Schädellage und der damit einhergehenden Drehung der linken Uteruskante nach vorn. Es geht aber umgekehrt ebensogut. Nur bei wiederholter Operation wähle ich die andere Seite als die bei der ersten Operation, um eventuellen Narbenschwierigkeiten aus dem Wege zu gehen. Die vom Collum abgeschobene Blase wird samt den Wundrändern der Bauchwand durch breite Wundhaken (Fritzsche'sche Bauchspiegel) zur Seite gezogen. Dabei wird vorsichtig so lange gedehnt und gezogen, bis eine genügend große Partie der vorderen Zervixwand bloßliegt. Dieses Schieben, Dehnen und Ziehen mit Specula und Fingern gelingt fast immer ohne Verletzung des Bauchfells, auch ohne vorherige Durchtrennung der Ligamenta lateralia vesicae, die ich seit langem nicht mehr durchtrennt habe. Wenn das Peritoneum einreißt, so geschieht es in der Regel erst bei der Extraktion des Kindes. Es folgt die Eröffnung des Collum uteri von der Umschlagsfalte des Peritoneums bis möglichst tief hinter der Symphyse herab. Durch die so geschaffene, gleich-

sam neue Genitalöffnung wird nun das Kind wie per vias naturales, meist mit der Zange, extrahiert. Die Plazenta entfernt sich sofort anschließend durch Druck auf den Fundus und Zug an der Nabelschnur. Die Naht der Uteruswunde geschieht mittels zweireihiger Katgutnaht. Es folgen einige Muskelnähte und schließlich die Naht der Haut. Verletzungen des Peritoneums werden natürlich sofort mit Katgut vernäht. Die Operation ist ganz typisch in knapp einer Stunde vom ersten Schnitt bis zur letzten Nadel durchzuführen. Stärkere Blutungen erfolgen meist nur aus dem Uterusschnitt. Sie stehen, sobald der Uterus wieder vernäht ist. Die seitlichen Venenplexus am Collum muß man allerdings schonen. — Die Beckenhochlagerung habe ich nur einmal versuchs- und vergleichshalber angewendet. Sie ist nicht notwendig, bei der Entwicklung des Kindes sogar störend.

Was die Frage der Drainage anbetrifft, so hat sich unser Standpunkt darin seit meiner letzten Publikation¹⁾ nicht geändert. Er ist kurz folgender:

1. Reine Fälle mit trockenen Wundverhältnissen werden nicht drainiert.
2. Reine Fälle mit stärkerer Wundsekretion werden mittels Glasdrains für kurze Zeit durch die Bauchdecken drainiert.
3. Sicher unreine Fälle werden nach der Scheide mit Jodoformgaze und nach oben mit Glasdrain drainiert.
4. Zweifelhafte Fälle werden nur nach der Scheide drainiert.

Die Drainage durch die Scheide ist zwar komplizierter als die durch die Bauchdecken, sichert aber den Wundsekreten einen besseren Abfluß und wird daher in den Fällen, wo dies besonders wichtig erscheint, also den unreinen und zweifelhaften, bevorzugt.

Eine technische Frage ist auch die, ob man vor Ausführung der Operation die Entfaltung der Cervix abwarten soll oder ob man bei unentfalteter Halskanal operieren darf. Zweifellos liegen die Verhältnisse im ersten Falle für den Operateur bequemer. Vor allen Dingen ist hier die Blase höher am Uterus hinaufgezogen, sodaß dieser in größerer Ausdehnung extraperitoneal liegt. Man hat daher bei extraperitonealem Operieren, was immer anzustreben ist, den Vorteil, nicht so tief ins Becken hineingehen zu müssen, als wenn die Cervix nur wenig oder garnicht gedehnt ist. Indessen darf uns diese Schwierigkeit nicht abhalten, gegebenenfalls auch im Anfang der Geburt, bei erhaltenem Collum, zu operieren. Das wird sich sogar manchmal empfehlen, wenn von vornherein die Gebärmöglichkeit klar ist. Da wir, wie erwähnt, den Suprasymphysärschnitt auch für die reinen Fälle als die gegebene Operation betrachten, so wäre es bei frühem Wasserabfluß falsch, die Entfaltung des Collums abzuwarten und dadurch die für Mutter und Kind günstigsten Bedingungen vorübergehen zu lassen. Dementsprechend haben wir achtmal bei unentfalteter Cervix operiert. Fünfmal davon war die extraperitoneale Operation intendiert, sie gelang aber nur dreimal.

Es wären noch einige Komplikationen zu erwähnen, die wir erlebt haben:

Es ist viermal vorgekommen, daß die Blase beim Abschieben vom Uterus angerissen wurde, und zwar geschah dies immer bei der erstmaligen, niemals bei der wiederholten Operation, wie dies eher zu erwarten wäre. Wahrscheinlich war in diesen Fällen die Blase durch die voraufgegangene Geburtsarbeit mürbe gedrückt, denn allemal handelte es sich um sehr protrahierte Geburten, von denen zwei mit übelriechendem Fruchtwasser und eine mit einem Beckentumor kompliziert waren. Das Unglück ist nicht sehr groß. Der verborgene Sitz der Fistel an der Rückwand der Blase bürgt dafür, daß sie im allgemeinen gut heilt, wenn sie sorgfältig wieder vernäht wird.

Noch eine andere Blasenläsion haben wir zu verzeichnen: die Entstehung einer Bauchdeckenblasenfistel. Sie verdankte ihre Entstehung wahrscheinlich einem etwas zu lange liegen gelassenen Glasdrain, das eine Usur der Blasenwand verursachte. Die Fistel schloß sich bald von selbst. Bei der Entlassung verhielten sich Uterus, Adnexe und Blase normal.

¹⁾ Frauenarzt, Jahrg. 25, H. 2.

Von ernsterer Bedeutung sind die Schenkelvenenthrombosen, die wir 9 mal erlebt haben, 3 mal nach extraperitonealem und 6 mal nach transperitonealem Operieren. Wenn auch die Fälle ziemlich leicht verliefen, indem die Bein-schwellung nur einen mäßigen Grad erreichte und bald wieder zurückging, so bleibt dies immerhin eine unangenehme Beigabe, zumal sie relativ häufig vorgekommen ist. Verständlich ist es schon, daß sich nach der breiten Eröffnung des Beckenzellgewebes infolge der dabei unvermeidlichen Venenverletzungen ausgedehnte Thrombosen etablieren. Man braucht zur Erklärung garnicht eine Infizierung des venenreichen Zellgewebes heranzuziehen. Tatsächlich finden wir auch die Schenkelthrombose nur 3 mal bei den unreinen Fällen, während sie 6 mal bei den reinen Fällen vorgekommen ist. Es wäre dies ein Analogon zu den häufigen Schenkelthrombosen nach der Pubotomie. Auch hier gehen die Thrombosen von dem verletzten Beckenzellgewebe aus.

Ein wichtiges Bedenken, das gegen den Suprasymphysärschnitt vorgebracht wurde, betrifft das Verhalten der Uterusnarbe bei wiederholter Geburt. Wir haben eine ganze Reihe Frauen nach der Operation wieder entbunden, teils durch künstliche Frühgeburt und 11 mal durch abermaligen Suprasymphysärschnitt. Niemals ist irgendein Schaden von der Uterusnarbe ausgehend beobachtet worden. Sie war fest. In den operierten Fällen war die Narbe meist garnicht, sonst nur als feine Linie zu sehen. Bemerkenswert ist es auch, daß die wiederholte Operation 7 mal extraperitoneal gelang, während 4 mal das Peritoneum nicht standhielt. Es ist dies dasselbe Zahlenverhältnis wie bei den zum ersten Male Operierten, etwa 1 : 2. Blieb das Peritoneum bei der ersten Operation unverletzt, so war dies auch bei der zweiten Operation mit einer Ausnahme der Fall, 4 mal von 5 Fällen. Aber auch nach erstmaliger transperitonealer Operation gelang es, einige Male bei wiederholter Operation das Bauchfell unverletzt zu erhalten — von 6 Fällen 3 mal. Es liegen also keinerlei Bedenken vor, die Operation an derselben Frau zu wiederholen. Dreimal aber habe ich die Operation bei derselben Frau nicht gemacht, sondern da, wo es nötig war, zum dritten Male zu operieren, den klassischen Kaiserschnitt gewählt. Es geschah dies deswegen, weil ich es für angezeigt hielt, in solchen Fällen die Sterilisierung der Frau anzuschließen, die sich vom Suprasymphysärschnitt aus kaum ausführen läßt. Gewiß wäre es mir noch manchmal gelungen, die Frauen von ihrem gewöhnlich auch schon früher ausgesprochenen Wunsche nach Sterilisierung abzubringen; aber ich bin der Ueberzeugung, daß drei Kaiserschnitte und drei Kinder für eine Frau genug sind. Die Sterilisierung ist beim dritten Male am Platze, und deswegen war der dritte Kaiserschnitt bei mir immer der klassische.

Ueber das Resultat hinsichtlich der Kinder ist folgendes zu bemerken:

Der Suprasymphysärschnitt muß, zur rechten Zeit ausgeführt, dieselben Resultate zeitigen wie die klassische Sectio. Allerdings bedingen die guten mütterlichen Resultate, die man mit dem Suprasymphysärschnitt auch bei stark prolongierten Geburten erzielt, gar sehr die Gefahr, daß die Operation zum Schaden des Kindes zu spät gemacht wird. Die guten Herztöne verleiten dazu, die Ausführung der Operation immer wieder hinauszuschieben; sie verraten uns nicht immer den Beginn der verhängnisvoll werdenden Kompression des Kindschädels. Erst das bei guten Herztönen scheinot extrahierte, schwer und mangelhaft wieder zu belebende Kind, das unter den Erscheinungen schwerer Hirnläsion allmählich eingeht, bringt uns unseren Versäumnisfehler schmerzlich zum Bewußtsein. So haben wir sicher zwei Kinder wegen zu späten Operierens verloren, wiewohl die Herztöne bei Beginn der Operation noch gut waren. Ein anderer Grund war nicht zu finden. Die Operation erfolgte spät bei übel riechendem Fruchtwasser. Außerdem sind noch 5 Mißerfolge zu verzeichnen. 2 davon gehören zu den nicht vorauszu sehenden Unglücksfällen, indem das eine Kind ein Akranios war, während das andere einer Chloroformasphyxie der Mutter erlag. Die übrigen 3 Kinder sind meiner Ansicht nach, zum Teil wenigstens, ein Opfer der Lumbalanästhesie gewesen, der die Mütter unterworfen wurden.

Die vorher guten Herztöne sanken alsbald nach der Injektion von 1 ccm 5 %iger Tropakokainlösung unter 100. Die asphyktisch extrahierten Kinder konnten nicht wieder belebt werden. Daß die Einspritzung der genannten Lösung in den Duralsack der Mutter die kindlichen Herztöne wirklich in bedenklicher Weise herabsetzt, habe ich in der Folge durch Versuche bei anderen Entbindungen festgestellt. Ich möchte wiederholt auf diese Tatsache, die allerdings schwer zu erklären ist, hinweisen.

Schluß. Ich schließe mit der Ueberzeugung, daß der Suprasymphysärschnitt eine ganz hervorragende Bereicherung unserer geburtshilflichen Therapie bedeutet. Er macht es in den meisten Fällen möglich, bei Unpassierbarkeit der natürlichen Geburtswege ein lebendes Kind zu gewinnen, ohne die Mutter einer besonderen Lebensgefahr auszusetzen, selbst in sogenannten unreinen Fällen. Er steht in dieser Beziehung über dem klassischen Kaiserschnitt, über der Pubotomie und zum Teil auch über der künstlichen Frühgeburt. Letztere kommt nur noch bei mäßiger Beckenverengung in Konkurrenz. Will man aber den einzigen Zweck der Operation — ein lebendes und lebensfähiges Kind zu erzielen — nicht verfehlt sehen, so mache man sie nicht zu spät. Den richtigen Zeitpunkt zu finden, ist oft nur Sache eines richtigen geburtshilflichen Gefühls. Die Beobachtung des Fötalpulses allein läßt uns häufig genug im Stich.