

Aus der Klinik des Herrn Hofraths Gustav Braun in Wien.

---

## Ueber die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sectiones caesareae.

Von

Docent Dr. **Richard von Braun-Fernwald.**

---

Dem Beispiele Leopold's folgend, der in diesem Archiv, Bd. 56, H. 1, seine Erfahrungen veröffentlicht hat, die er in 14 Jahren an 100 in der Dresdener Klinik ausgeführten Kaiserschnitten sammeln konnte, stellte ich die in den letzten zehn Jahren (1889 bis 1899) an der Klinik ausgeführten Kaiserschnitte zusammen: es sind dies 74 Fälle. Ueber 32 Fälle habe ich bereits ausführlich berichtet<sup>1)</sup>, weshalb ich bezüglich der statistischen Daten darauf verweise. Es folgen demnach in den Tabellen 42 Fälle von Kaiserschnitt. Es kommt in einem Zeitraume von 10 Jahren bei 29 746 auf 402 Geburten ein Kaiserschnitt, während Leopold unter 22 358 Geburten in 14 Jahren 100 Kaiserschnitte, auf 225 Geburten einen Kaiserschnitt, ausgeführt hat, und Chrobak unter 17 129 Geburten 19mal den Kaiserschnitt ausführen musste, i. e. eine Sectio auf 901,5 Geburten.

Von unseren Kaiserschnitten wurden 34 mit Erhaltung der Gebärmutter, 40 mit Entfernung der Gebärmutter ausgeführt. Es kommt somit ein erhaltender Kaiserschnitt auf 874,9 Geburten, einer mit Entfernung der Gebärmutter auf 743,6 Geburten.

Bei Leopold kommt ein erhaltender Kaiserschnitt auf 319,4 Geburten, ein entfernender auf 770,9 Geburten.

---

1) Der Kaiserschnitt beim engen Bocken. Wien 1894. Safar.

Bei Chrobak kommt auf 1712,9 Geburten ein erhaltender und auf 1905,2 Geburten ein entfernender Kaiserschnitt.

### 1. Indicationsstellung.

Was die Anzahl der Kaiserschnitte in den einzelnen Jahren anlangt, so finden wir durchaus kein regelmässiges Ansteigen der Frequenz, sondern einen Wechsel in derselben, je nach den Fällen, die zufällig in die Klinik aufgenommen wurden. In den ersten drei Jahren finden wir nur je eine conservative Sectio, dagegen im 1. Jahre 3, im 2. 4 Porro, im 3. Jahre 3 Porro, von diesen Porro-fällen sind acht wegen Osteomalacie ausgeführt worden.

Vom Jahre 1892 an werden die erhaltenden Kaiserschnitte häufiger. Im Jahre 1892 sind fünf erhaltende, zwei entfernende Kaiserschnitte, im Jahre 1893 drei erhaltende und vier Porro, im Jahre 1894 vier erhaltende und sechs Porro, im Jahre 1895 fünf erhaltende und vier Porro, im Jahre 1896 fünf erhaltende und fünf Porro, im Jahre 1897 drei erhaltende und vier Porro, im Jahre 1898 vier erhaltende und vier Porro, in den ersten 3 Monaten 1899 zwei erhaltende und ein Porro.

Es wurde in den letzten 7 Jahren das Gebiet der relativen Indicationsstellung zur Sectio caesarea kaum erweitert, wir haben die Perforationen des lebenden Kindes kaum mehr eingeschränkt als früher, und es ist für die Vornahme des Kaiserschnittes aus relativer Indication der Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde noch immer ausschlaggebend gewesen. Doch muss ich hierbei ausdrücklich betonen, wie ich dies bereits in meiner ersten Arbeit gethan habe, dass es dem Operateur gewöhnlich, wenn er es will, nicht schwer fällt, der Frau den Wunsch nach einem lebenden Kinde zu suggeriren. Inwiefern bei der Entscheidung, ob Sectio caesarea oder Kraniotomie, die socialen Verhältnisse zu berücksichtigen sind, habe ich in meiner citirten Arbeit ausgesprochen.

Als die Grenze zur absoluten Indication zur Sectio caesarea bei Beckenverengerung wurde an unserer Klinik im althergebrachten Sinne eine Conjugata vera von  $6\frac{1}{2}$  cm angenommen. An der Dresdener Klinik wird als die Grenze der absoluten Anzeige zum Kaiserschnitt eine C. v. unter 6 cm angenommen. Zweifel rechnet ein C. v. von 6 cm bereits der absoluten Indication zu. Uebrigens hat, wie auch Leopold dies besonders hervorhebt, eine genaue zahlengemässe Abgrenzung keinen besonderen Werth, denn man

kann sich bei der Beckenschätzung durch digitale Untersuchung resp. Messung mit Instrumenten leicht um einen halben Centimeter irren, und spielt die Grösse der Frucht eine ausschlaggebende Rolle.

Was die speciellen Indicationen zum Kaiserschnitt betrifft, so verzeichnen wir sowie Leopold auch eine ganze Reihe einschlägiger Fälle. Eine besondere Indicationsstellung war in folgenden Fällen:

No. 3. Bei sonst normalen Beckenmassen war der Beckenausgang durch ein knochenhartes, etwa ganseigrosses Sarkom, das vom linken Schenkel des Schambogens abging, verengt.

No. 13. Tetanus uteri; Unmöglichkeit der Extraction nach Kraniotomie trotz Conjugata vera von 9 cm.

No. 14. Im Douglas eingekeilte Ovarialcyste.

No. 31. Complete Uterusruptur, die an der Klinik während der Wendung erzeugt wurde.

No. 33. Parametraner Tumor, ante operationem als Knochentumor angesprochen.

No. 38. Sectio caesarea in der Gravidität wegen eingekeilter Cyste.

No. 39. Retroflectirtes Horn eines Uterus bicornis, ein eingekeiltes Dermoid vortäuschend, drohende Uterusruptur.

No. 41. Narbe von der Operation einer vor 2 Jahren bei der ersten Geburt acquirirten Vesicovaginalfistel (Cervixstenose).

No. 44. Myxosarkom der Regio glutealis.

No. 47. Placenta praevia, rigider Muttermund, vergebliche Einleitung der Frühgeburt.

No. 49. Schwere Eklampsie bei sehr grosser Frucht (Primipara).

No. 58. Placenta praevia, Tympania uteri.

Die drei letzten Fälle, No. 47, 49 und 58, nehmen eine Sonderstellung ein. In Fällen schwerer Eklampsie bei Erstgebärenden halte ich bei sehr grosser Frucht die abdominelle Sectio caesarea für indicirt. Der vaginale Kaiserschnitt Dührssen's wird wegen der Verletzungen der Vagina, die bei der Extraction entstehen, zurücktreten müssen. Speciell über die Berechtigung der Sectio caesarea in gewissen Fällen von Placenta praevia behalte ich mir vor, in einer demnächst erscheinenden Publication ausführlich zu sprechen.

Bei der Besprechung des Kaiserschnittes aus relativer Indi-

cation muss ich gleich hervorheben, dass dieser im Allgemeinen nur für die Klinik reservirt sein und bleiben soll. Im Privathause ist die Gefahr eine zu grosse. Ausserdem sollten die Sectio caesarea aus relativer Indication nur gute Operateure ausführen.

In Bezug auf die relative Indication lassen sich Maasse der Conjugata vera als Indication für die Vornahme des Kaiserschnittes nicht recht fixiren.

Es hängt die Indicationsstellung von der Beckenform und Grösse, wie auch von den Grössenverhältnissen des Kindes und der Härte des Schädels und besonders von der Wehentätigkeit ab, bei Mehrgebärenden kommt ausserdem die Anamnese der vorangegangenen Geburten in Betracht. Leopold erzielt mit Wendung und Extraction unter der Anwendung der Walcher'schen Hängelage vorzügliche Erfolge, und wird von ihm als untere Grenze für diese Operation eine Conj. vera von 7 cm beim platt-rhachitischen Becken, von  $7\frac{1}{2}$  cm beim allgemein verengten platt-rhachitischen Becken angenommen. Es würde also nach Leopold bei einer rein zahlengemässen Gebietsabgrenzung für die relative Indication nur der enge Spielraum einer Conjugata vera von 7 resp.  $7\frac{1}{2}$  bis 6 cm übrigbleiben. Leopold setzt aber gleich hinzu, dass sich praktisch diese Grenze nach oben nicht unerheblich verschieben wird (zu Gunsten der Sectio caesarea).

Wir haben diese günstigen Erfahrungen mit der Wendung und Extraction bis zu einer Conj. vera von 7 resp. bis zu  $7\frac{1}{2}$  herunter nicht gemacht, da wir in den meisten Fällen den Kopf vorangehen lassen und bei stark configurirtem Kopfe den hohen Forceps anlegen und die prophylactische Wendung sehr eingeschränkt haben. Wir haben dadurch den Vortheil, beurtheilen zu können, ob der Schädel sich genügend configurt, und vorausgesetzt, dass der Schädel keine solche Stellung einnimmt, dass man an den Versuch eines hohen Forceps denken kann, ist auch nach länger dauerndem Verlaufe der Geburt die Indication zur Sectio caesarea gegeben. Hat man sich aber zur Wendung entschlossen, so ist, vorausgesetzt, dass das räumliche Missverhältniss unterschätzt wurde, das Kind geopfert.

Bei 65 wegen Beckenenge operirten Fällen fanden sich folgende pathologische Beckenformen:

- 4 einfach platte Becken: No. 29, 30, 31, 70.
- 1 allgemein verengtes Becken: No. 13.

- 8 allgemein verengte platte Becken: No. 22, 23, 32, 35, 36, 41, 57, 72.
- 4 rhachitisch platte Becken: No. 1, 17, 20, 54.
- 17 allgemein verengte, rhachitisch-platte Becken: No. 10, 15, 16, 34, 42, 43, 46, 48, 53, 60, 62, 67, 68, 69, 71, 73, 74.
- 3 schräg verengte, rhachitisch-platte Becken: No. 21, 37, 51.
- 1 kyphotisches Becken: No. 9.
- 1 kyphoskoliotisches Becken: No. 59.
- 2 spondylolisthetische Becken: No. 45, 63.
- 1 Robert'sches Becken: No. 18.
- 1 Trichterbecken: No. 24.
- 1 Chondrodystrophia congenita (rhachitischer Zwergwuchs): No. 52.
- 21 osteomalacische Becken: No. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 19, 25, 26, 27, 28, 40, 50, 55, 56, 61, 64, 65, 66.

Hierher gehörig wäre eigentlich auch Fall No. 3, in welchem ein Sarkom des Ramus ascendens ossis pubis asymmetrische Verengung des Beckenausgangs bewirkte, sowie Fall No. 44, in dem ein von der Beckenfascie ausgehendes Myxosarkom ein absolutes Geburtshinderniss abgab.

Bei den 34 konservativ vorgenommenen Kaiserschnitten waren 29 durch Beckenverengung indicirt. Die beobachteten pathologischen Beckenformen waren folgende:

- 2 einfach platte Becken: No. 29, 30.
- 5 allgemein verengte platte Becken: No. 22, 36, 41, 57, 72.
- 4 rhachitisch-platte Becken: No. 1, 17, 20, 54.
- 12 allgemein verengte, rhachitisch-platte Becken: No. 10, 15, 34, 46, 48, 60, 62, 67, 68, 69, 71, 73.
- 2 schräg verengte, rhachitisch platte Becken: No. 21, 51.
- 1 spondylolisthetisches Becken: No. 45.
- 1 kyphotisches Becken: No. 9.
- 1 Trichterbecken: No. 24.
- 1 Chondrodystrophia congenita (Zwergwuchs): No. 52.

Bei den 36 (resp. 38) wegen Beckenenge ausgeführten Kaiserschnitten mit Entfernung der Gebärmutter fanden sich folgende pathologische Beckenformen:

- 2 einfach platte Becken: No. 31, 70.
- 1 allgemein verengtes Becken: No. 13.
- 3 allgemein verengte platte Becken: No. 23, 32, 35.

5 allgemein verengte, rhachitisch-platte Becken: No. 16, 42, 43, 53, 74.

1 schräg verengtes, rhachitisch-plattes Becken: No. 37.

1 spondylolisthetisches Becken: No. 63.

1 kyphoskoliotisches Becken: No. 59.

1 Robert'sches Becken: No. 18.

21 osteomalacische Becken: No. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 19, 25, 26, 27, 28, 40, 50, 55, 56, 61, 64, 65, 66.

In den Fällen No. 3 und 44 boten Sarkome mit consecutiver Beckenverengung die Indication.

Grade der Beckenverengung:

a) Conjugata vera —  $8\frac{1}{2}$  6

b) " " von  $8\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$  18

c) " " "  $7\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$  15

Absolute Verengung . . . 5 (resp. 7 mit Rücksicht auf die 2 Fälle von Osteosarkom).

Osteomalacie . . . . . 21

Summe 65

Leopold beantwortet die Frage, unter welchen Verhältnissen der erhaltende Kaiserschnitt ausgeführt werden darf, damit, dass folgende drei Bedingungen erfüllt sein müssen:

1. muss die zu Entbindende kräftige Wehen haben,
2. darf sie keinen durch eine schwere Erkrankung geschwächten Organismus haben, und
3. muss jede Möglichkeit, dass die Frau inficirt zur Operation kommt, ausgeschlossen sein.

Was den ersten Punkt anlangt, so beweisen unsere Fälle No. 24, 38, 49, 51, in welchen die Sectio caesarea ohne Bestehen von Wehen conservativ ausgeführt wurde, dass Wehen nicht unbedingt erforderlich sind, dass man unter zwingenden Umständen auch während der Schwangerschaft ohne ein Bestehen von Uterus-contractionen operiren kann.

v. Ott vertrat (Congress in Moskau) die Ansicht, dass ein frühzeitiges Operiren ohne den Anfang der Geburtsthätigkeit abzuwarten, beim Kaiserschnitt zweifellos gute Resultate gebe, die Furcht, dass sich die Gebärmutter alsdann schlecht contrahire, sei unbegründet.

Für Fälle, in denen die Entfernung des Uterus angeschlossen wird, ist es natürlich ganz gleichgültig, ob sich der Uterus nach seiner

Entleerung contrahirt oder nicht. Es können aber diese Fälle zur Beurtheilung, ob nach der Entleerung des Uterus die Weenthätigkeit eintritt, sehr gut herangezogen werden, wenn man in der Weise operirt, wie wir es gethan haben, nämlich dass unmittelbar nach der Entleerung des Uterus keine elastische Ligatur um das Collum gelegt wird; besonders eignen sich zur Beurtheilung dieser Frage die Fälle mit retroperitonealer Stielversorgung (4 Fälle am Ende der Schwangerschaft ohne dem Bestehen von Wehen operirt).

Man war nur einmal gezwungen den Uterus wegen Atonie zu entfernen, nachdem er vernäht und eine Excision der Tubeninsertion ausgeführt worden war; in diesem Falle war keine Erhaltung der Geschlechtsfunction sondern die Sterilisirung beabsichtigt. Ich glaube aber, dass in einem solchen Falle, wenn ohne Wehen operirt wird, doch die Amputation des Uterus mit retroperitonealer Stielversorgung schon vor der Operation in's Auge zu fassen wäre.

Für Fälle, in denen man die Sectio caesarea conservativa ausführen will, ist es sicher besser, die Weenthätigkeit abzuwarten, und die günstigste Zeit der Operation ist die zweite Hälfte der ersten Geburtsperiode.

Wenn man ohne ein Bestehen von Wehen die Sectio caesarea conservativa ausführen will, so soll man dies nur dann thun, wenn der Muttermund weit genug ist, so dass die Lochien aus dem Uterus leicht ausfliessen können.

Das Eintreten einer Uterusatonie ist nach meinen Erfahrungen nicht allzusehr zu fürchten, wie ich dies in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band IX. Heft 4 des Näheren auseinanderzusetzen habe. Es wird aber besonders darauf zu achten sein, die Eihäute in der Umgebung des Muttermundes abzulösen, damit dieser nicht verschlossen bleiben und auf diese Weise eine innere Blutung übersehen werden könnte.

Was den Punkt 2 anlangt, so schliesse ich mich der von Leopold aufgestellten Forderung vollkommen an.

Die Erfüllung der Forderung, die im Punkt 3 enthalten ist, möchte ich auch als wünschenswerth hinstellen. Unbedingt erforderlich ist, dass die Kreissende keine erhebliche Temperatursteigerung und Erhöhung der Pulsfrequenz hat. Dagegen halte ich es nicht für dringend wünschenswerth, wie dies Leopold verlangt, dass die Fruchtblase bis zu Beginn der Operation erhalten wird oder doch erst kurze Zeit vorher gesprungen ist.

Wir haben die Sectio caesarea conservativa längere Zeit, ja

lange Zeit nach dem Blasensprunge ausgeführt und zwar in 12 Fällen: im Falle No. 10 8 Stunden nach dem Blasensprunge, im Falle No. 15 2 Stunden, im Falle No. 17 8 Stunden darnach, nachdem 2 Tage vorher die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden war, im Falle No. 19  $2\frac{1}{2}$  Stunden nach erfolgtem Blasensprunge, im Falle No. 30  $7\frac{1}{2}$  Stunden, im Falle No. 32 9 Stunden, im Falle No. 36  $23\frac{1}{2}$  Stunden, im Falle No. 41 50 Stunden nach dem Blasensprunge; die Temperatur war auf 38,5 gestiegen, aber vor der Sectio auf rund 37,5 gefallen; das Becken war nur leicht verengt und das Geburtshinderniss durch Narben nach einer Fisteloperation gegeben, so dass man immer noch die Hoffnung hatte, dass durch die Geburtsthätigkeit die Narbe gedehnt werden könne, und deshalb so lange zuwartete. Im Falle No. 45 3 Stunden (Schräglage mit Vorfall der pulsirenden Nabelschnur in die Vagina); im Falle No. 57 5 Stunden (Erscheinungen einer drohenden Uterusruptur), im Falle No. 62  $13\frac{1}{2}$  Stunden und im Falle No. 73 14 Stunden nach dem Blasensprunge.

Nach dieser Zusammenstellung sieht man auch, dass wir bei der Indicationsstellung zur Sectio caesarea recht conservativ vorgegangen sind und relativ häufig eine lange Geburtsthätigkeit abgewartet haben, um uns ein sicheres Urtheil über den Grad des räumlichen Missverhältnisses zu verschaffen. Für die Prognose in Bezug auf die Mutter hat das nach meinen Erfahrungen keine Bedeutung. Etwas Anderes ist es aber, dass bei hochstehendem Schädel beim Blasensprunge der Nabelstrang vorfallen kann, wodurch das Kind in Lebensgefahr kommt. Uns ist es in wenigen Fällen, die gebärend an die Klinik kamen, vorgekommen, dass während der Vorbereitung zur Sectio caesarea die Blase gesprungen ist und die Herztöne ausgesetzt haben, so dass wir von der Sectio Abstand genommen haben. Wenn der pulsirende Nabelstrang vor die Vulva vorgefallen ist, so ist die Sectio sicher etwas Riskirtes; ist die Nabelschnur aber nur in die Vagina prolabirt, so kann man (vide Fall 44) die Sectio caesarea conservativa noch vornehmen.

Eine der wichtigsten Forderungen ist die, dass die Frau möglichst wenig und nur von aseptischen Händen untersucht wurde. Obwohl wir in fünf Fällen (No. 30, 33, 46, 60, 62) den conservativen Kaiserschnitt ausführten, trotzdem dieselben ausserhalb der Anstalt untersucht worden waren, so ist doch an dieser Forderung im Allgemeinen entschieden festzuhalten. Von diesen Fällen



fieberten im Wochenbett vier No. 30, 33, 46, 62, allerdings nicht erheblich, Nahteiterungen traten in dem Falle No. 40 und No. 46 auf. Bevor wir in den besprochenen Fällen operirten, wurde, wie immer, die Vagina gründlich mit Lysol ausgespült und mit Jodoformgaze aus tamponirt.

Nicht zu rechtfertigen ist es aber, wenn Autoren *Sectiones caesareae conservativae* ausführten, nachdem andere Entbindungsversuche gemacht worden waren. Als Beispiele möchte ich die Fälle von Madlener<sup>1)</sup> (Kempten) und Esser nennen. Madlener machte bei einer alten Primipara mit normalem Becken bei Gesichtslage einen vergeblichen Entbindungsversuch mit dem Forceps, wobei ein Dammriss bis zum After entstand. Der Uterus war druckempfindlich und tetanisch contrahirt!). Es gelang ihm weder der Forceps noch die Wendung (!!). Es schien dicht über dem Kopf ein Hinderniss zu bestehen (Contractionsring?). Es handelte sich um einen Anencephalus mit sehr kräftig entwickelten Schultern. Das Puerperium nach dem conservativen Kaiserschnitt war febril, doch war nach der Angabe des Autors die Eiterung des Dammrisses daran schuld. Obwohl der Verlauf von dem besonderen Glücke des Operateurs Zeugniß giebt, so reiht sich diese Indicationsstellung der bekannten und mit Recht so vielfach kritisirten Indicationsstellung von Esser, auf die ich deshalb nicht weiter eingehe, an.

Was meine Indicationsstellung zur *Sectio caesarea conservativa* und zum Porro anlangt, so verweise ich auf die diesbezüglichen Ausführungen in meiner schon früher citirten Arbeit, da ich dieselbe nicht modificirt habe.

Sehr interessant ist die Beobachtung Leopold's, dass bei Vornahme der *Sectio caesarea conservativa* die gonorrhoeische Infection auf das Wochenbett einen sehr ungünstigen Einfluss hat. Leopold verlangt daher vor jedem Kaiserschnitt sorgfältige Untersuchungen auf Gonokokken; man möge sich, falls dieselben mit Sicherheit nachgewiesen seien, lieber für die Porrooperation, unter Umständen selbst für die Perforation entscheiden. Nach mannigfachen Erfahrungen, die in der Dresdener Klinik im gonorrhoeischen Wochenbett gemacht worden sind, dürfe man sich nicht mit dem

---

1) Madlener, 2 Fälle von Kaiserschnitt. München. med. Wochenschr. 1898. No. 4.

negativen Befunde aus Scheiden- und Harnröhrensekret begnügen, sondern man entschliesse sich erst dann zur Vornahme der erhaltenden Kaiserschnittes, wenn auch das Collumsekret in zahlreichen Präparaten keine Gonokokken aufweise, und auch damit sei selbstverständlich noch keine Sicherheit gegeben, dass in den Buchten der Collumschleimhaut nicht doch noch Gonokokken verborgen liegen.

Wir haben in Bezug auf die Gonorrhoe bei den Kaiserschnitten keine traurigen Erfahrungen gesammelt, ich muss aber hervorheben, dass wir das Vaginalsekret und Cervicalsekret vor der Operation niemals untersucht haben, daher keine Vorstellung haben, ob wir und wie oft bei bestehender Gonorrhoe operirt haben. Wenn auch die Erfahrungen Leopold's sehr beachtenswerth sind und zur Vorsicht mahnen, so halte ich es doch für die Sectio caesarea für zu umständlich, wenn z. B. ein Fall gebärend an die Klinik gebracht wird, vor der Indicationsstellung auf Sectio caesarea das Collumsekret bakteriologisch zu untersuchen.

Wenn wir die Erfahrungen Olshausen's bei den Sectiones caes. conservativae in Bezug auf den Verlauf des Wochenbettes mit unseren vergleichen, so finden wir, dass bei ihm nur in 4 von 22 operirten Fällen die Temperatur von  $38^{\circ}$  nicht überschritten wurde, in unserer Statistik von 34 Fällen 14 Fälle die Temperatur von  $38^{\circ}$ , wenn auch nur einmal, erreichten und überschritten. Er führt diese höheren Temperaturen auf eine Adhaesivperitonitis zurück; nach Leopold mag vielleicht eine chronische Gonorrhoe an den Fiebertemperaturen ihren Antheil haben. Ich glaube, dass bei diesem Fieber im Wochenbett nach Sectio caes. conservativae nicht selten eine Endometritis leichten Grades, eventuell bei starkem Zuschnüren der Bauchbinde eine Lochiometra geringen Grades im Spiele ist.

Wegen hochgradiger Beckenverengerung wurde trotz wahrscheinlicher Asepsis der Geburt der entfernende Kaiserschnitt in 8 Fällen ausgeführt, um eine weitere Conception zu verhindern, und zwar 4 mal typischer Porro in den Fällen No. 4, 23, 37, 74 und 4 mal retroperitoneale Stielversorgung; ich habe in den Fällen, die ich operirte, seit der Einbürgerung der retroperitonealen Stielversorgung in aseptischen Fällen keine extraperitoneale Stielversorgung mehr ausgeführt (3 Fälle mit retroperitonealer Stielversorgung).

Bei der Indicationsstellung zum Porro wurde in diesen Fällen einerseits die Hochgradigkeit der Beckenverengung andererseits der Wunsch der Frau, in Zukunft steril zu sein, berücksichtigt. Wegen Osteomalacie wurde in 21 Fällen der Porro ausgeführt. Es muss hervorgehoben werden, dass die Sectio caesarea in den Fällen von Osteomalacie nicht immer mit sicher absoluter Indication im engeren Sinne des Wortes ausgeführt wurde. So mancher Fall hätte vielleicht durch Craniotomie am lebenden Kinde und Extraction beendet werden können. Da wir aber einerseits auch bei der Extraction der craniotomirten Frucht Gefahr laufen, eine Fractur des Beckens zu erzeugen, andererseits durch den Kaiserschnitt sicher eine lebende Frucht entwickeln und zugleich durch die Entfernung von Uterus und Adnexen in fast allen Fällen den osteomalacischen Process zur Heilung bringen können, ist die Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus der Craniotomie vorzuziehen. In unseren Fällen haben wir in dieser Hinsicht keinen Misserfolg bei der Vornahme der Porrooperation gesehen. Wenn es sich auch um Beckenverengungen geringeren Grades handelt, wo man sich bei gleichzeitigem Bestehen einer Weichheit der Beckenknochen (Federn des Beckens) mit dem Gedanken tragen könnte, durch Wendung und Extraction die Entbindung zu bewerkstelligen, ist nach meiner Ansicht für die Klinik die Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus diesem Verfahren auch vorzuziehen, da man nie wissen kann, wie weit auf die Flexibilität des Beckengrundes zu rechnen ist, und bei Unterschätzung derselben sich leicht eine Fraktur der Schambogenschenkel einstellt, und ferner das Leben des Kindes bei Vornahme des Kaiserschnittes mehr garantirt als bei der Wendung und Extraction.

Einige Male haben wir in leichten Fällen von Osteomalacie die Frühgeburt eingeleitet oder bei wenig merklicher Beckenveränderung unter Anwendung der Phosphorthherapie das Schwangerschaftsende abgewartet.

Wenn wir bei hochgradigen Schmerzen den Kaiserschnitt ausführten, konnten wir schon nach dem Erwachen aus der Narkose besonders aber in den ersten Tagen post op. ein auffallendes, rasches Schwinden der Knochenschmerzen in allen Fällen constatiren. Besonders auffallend war dies im Falle No. 27, in dem wir wegen unerträglicher Schmerzen den Porro im 7. Lunarmonate ausführten.

Meistens wird als Grund für das plötzliche Nachlassen der Schmerzen die Chloroformnarkose angesehen; Petrone hat ja sogar einen heilenden Einfluss derselben auf die Osteomalacie angenommen, die nach meinen in dieser Hinsicht gesammelten Erfahrungen nicht besteht.

Ich habe die Ansicht, dass nicht die Narkose diesen günstigen Einfluss erwirkt, sondern die Entlastung des Blutdruckes, die in Folge der Entbindung eintritt, das wesentliche Moment ist, das dabei in Betracht kommt.

Auffallend ist, dass wir bei 29,746 Geburten 21 mal den Porro wegen Osteomalacie ausführten, während Leopold unter 22,358 Geburten nur bei einem Falle dieser Erkrankung den entfernenden Kaiserschnitt ausführte, was dafür spricht, dass in Wien die Osteomalacie viel häufiger ist als in Dresden.

An der Klinik Chrobak wurden vom Jahre 1880—1895 29 Fälle von Osteomalacie beobachtet. Unter diesen wurde 15 mal die Sectio caesarea nach Porro ausgeführt, während in diesem Zeitraume nur 5 Porrooperationen aus anderer Indication zur Ausführung kamen. In der Statistik vom Jahre 1889—95 sind 9 Porro enthalten, die alle wegen Osteomalacie ausgeführt wurden.

Tarnier hat in 10 Jahren an der Maternité nur 10 Fälle von Osteomalacie beobachtet (Tarnier et Budin: traité de l'art des accouchements, III. Band, Paris 1898).

In drei Fällen unserer Porrooperationen (No. 3, 16, 23) wurde bei bestehender Uterusruptur operirt.

In zwei Fällen wurde bei Placenta praevia nach Porro operirt, im ersten Falle No. 47 handelte es sich um eine 37jährige Primipara, die schon im 3. Lunarmonate leicht geblutet hatte. Da sie im 7. Monate stark blutete, wurde zuerst die Colpeuryse angewendet. Nach  $1\frac{1}{2}$  Tagen Tamponade des Halskanales und der Vagina mit Jodoformgaze. Nach 32 Stunden wegen Durchblutung des Tampons Erneuerung desselben. Da die Tamponaden die Wehen nicht anregen können, wird eine Bougie eingeführt. Nach 3 Stunden sickert Fruchtwasser ab, keine Wehen. Wegen dieser hochgradigen Torpedität des Uterus wird nach 2 Stunden wegen Blutung die Sectio caesarea vorgenommen. Wegen der Rigidität des Cervix wurde eine intrauterine Colpeuryse unterlassen, die wohl in's Auge gefasst worden war. Es entstehen nämlich nach

meinen Erfahrungen bei derselben Fissuren im Cervix in der Gegend des inneren Muttermundes und gerade diese sind bei Placenta praevia sehr zu fürchten. Da die Temperatur  $37,7^{\circ}$  war und viele Eingriffe vorangegangen waren, konnte man nur an die Vornahme eines Porro denken, mit dem die Frau sehr einverstanden war. Der Entschluss zum Porro war während der Operation um so leichter, als sich der Uterus von Myomknoten durchsetzt zeigte, die offenbar den Grund für seine Torpidität abgaben.

Im zweiten Falle (No. 58) wurde wegen hochgradigen Fiebers, Schüttelfrost und gleichzeitig bestehender Placenta praevia der Porro ausgeführt. Bei der bestehenden Endometritis, dem hohen Fieber, dem sehr leicht unterdrückbaren Puls machte die Frau einen sehr verfallenen Eindruck, es erschien die Entwicklung der Frucht durch Sectio caesarea mit nachfolgender Entfernung des Uterus rationeller als die Wendung nach Braxton Hicks, da man diese infolge der Rigidität des Cervix nur schwer hätte ausführen können; aber auch für den Fall, dass sie ohne einen Einriss in den Cervix durchgeführt worden wäre, hätte man eine geraume Zeit warten müssen, bis der Uterus entleert gewesen wäre. Da auf diese Weise die Infection Zeit zur Weiterverbreitung gefunden hätte, dagegen durch die Amputation des Uterus der ganze Infectionsherd mitgenommen werden konnte, entschlossen wir uns zum Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung. Obwohl diese Indicationsstellung von so Manchem angegriffen werden dürfte, so spricht der Erfolg für dieselbe, da bis auf die geringe Temperatursteigerung am 2., 3. und 4. Tage p. op., die bis  $38,3^{\circ}$  ging (als Grund dafür wird in der Krankengeschichte Stuhlverstopfung angegeben), das Puerperium afebril verlief. Ausserdem ist zu bemerken, dass ein lebendes Kind von 2550 g entwickelt wurde, das bei der Wendung hätte geopfert werden müssen; dieses ist allerdings am 2. Tage gestorben. Da wir ferner wissen, dass ausgeblutete Frauen septische Infectionen sehr schwer vertragen und leicht einer Herzwäche erliegen, so erschien für diesen Fall das von uns gewählte Entbindungsverfahren als das rationellste.

In Bezug auf das Alter der Gebärenden und die Frage, wie oft der Kaiserschnitt an Erstgebärenden und wie oft er an Mehrgebärenden ausgeführt wurde, verweise ich auf die folgende Tabelle:

	Alter.	Ipara.	Multi-para.	Zu- sammen.
A. Sectio caesarea conservativa.	20—24	6	2	8
	25—29	7	7	14
	30—34	2	5	7
	35—39	1	3	4
	40—43	—	1	1
	Summe	16	18	34
B. Sectio caesarea mit Entfernung der Gebärmutter.	20—24	3	4	7
	25—29	—	6	6
	30—34	2	4	6
	35—39	1	14	15
	40—43	—	6	6
	Summe	6	34	40
C. Gesamtüberblick.	20—24	9	6	15
	25—29	7	13	20
	30—34	4	9	13
	35—39	2	17	19
	40—43	—	7	7
	Summe	22	52	74

In den 74 Fällen von Sectio caesarea resp. bei den 53 Mehrgebärenden waren in toto 216 Entbindungen vorausgegangen. Davon waren 148 Spontangeburt, während 68 Geburten operativ beendet werden mussten.

Die spontanen Geburten umfassen 125 Geburten lebender reifer Kinder, 7 Todtgeburten am normalen Schwangerschaftsende, 5 Frühgeburten (mit 2 lebenden und 4 todtten Kindern [in einem Falle Zwillinge]) und 11 spontane Abortus. Es wurden also durch spontane Geburt 127 lebende Kinder zur Welt gebracht, davon 100 von 20 Frauen, die später an Osteomalacie erkrankten und wegen dieser Erkrankung caesareirt wurden.

Operativ wurden 68 Entbindungen beendet und durch die

Operationen 25 lebende Kinder zur Welt gebracht, von welch' letzteren 6 auf Fälle entfallen, in denen später wegen Osteomalacie die Sectio caesarea vorgenommen wurde. 43mal kam es zur Entwicklung einer todten Frucht, darunter 3mal in Fällen, in denen später Osteomalacie die Indication zum Kaiserschnitt gab. Die Operationen, welche behufs Entbindung der Frauen vorgenommen worden waren, sind: Künstlicher Abortus (1), künstliche Frühgeburt (6), Wendung (2), Wendung und Extraction (5), Forceps (19), Kraniotomie (22), Decapitation (2), „operative Geburt“ (1), Symphyseotomie (2) und Sectio caesarea conservativa (7). Diese Verhältnisse veranschaulicht die folgende Tabelle; die in Klammern beigefügte Zahl bezieht sich auf diejenigen Fälle, in denen wegen Osteomalacie der Kaiserschnitt ausgeführt wurde.

## I. Spontane Geburten.

Lebend, reif.	Todt- geburt.	Spontane Frühgeburt lebender Kinder.	Spontane Frühgeburt todter Kinder.	Spontaner Abortus.	Summe.
125 (99)	7 (3)	(1)	4 (1), einmal Zwillinge.	11 (3)	148 (107)

## II. Operative Geburten.

Künstlicher Abortus		Künstliche Frühgeburt		Wendung		Wendung u. Extraction		Forceps		Kraniotomie		Decapitation		„Operative Geburt“		Symphyseotomie		Sectio caesarea conservativa		Summe.
+	lebd.	+	lebd.	+	lebd.	+	lebd.	+	+	+	+	+	lebd.	lebd.	+	lebd.				
1	3	3	(1)	1	(1)	4	11 (3)	8	22 (2)	2 (1)	(1)	1	2	7						68 (9)
Totale																				216 (116)

Wie aus der Tabelle ersichtlich, wurden in toto bei den 216 Entbindungen 217 Früchte entwickelt, und zwar 151 lebende Kinder, und von diesen 106 bei später an Osteomalacie erkrankten Frauen, während 66 Kinder todt zur Welt kamen (darunter 10 bei später an Osteomalacie erkrankten Frauen). Da aber in den neun

Fällen, No. 3, 13, 31, 33, 38, 39, 41, 44 und 58, die an unserer Klinik vorgenommene Entbindung nicht unter den Verhältnissen erfolgte, unter denen sie früher stattgefunden hatte, so müssen wir auch die eben genannten Zahlen bezüglich der früheren Geburten entsprechend rectificiren. In diesen neun Fällen waren nämlich 29 Geburten vorausgegangen, bei denen 19 Kinder lebend zur Welt (1 starb am Tage p. p.), 4 wurden todt geboren, 6 wurden durch Forceps (darunter 3 lebend) entwickelt und 1 mal erfolgte spontaner Abortus. Es sind also  $116 + 29 = 145$  Geburten bei Frauen vorausgegangen, bei denen gelegentlich der Vornahme des Kaiserschnittes andere Verhältnisse bestanden als früher, und es verbleiben 71 Geburten, bei denen die Beckenform unverändert blieb, hier zu berücksichtigen. Es sind also 128 lebende und 17 todt Kinder von 30 Frauen früher geboren worden, bei denen zur Zeit dieser Geburten andere Verhältnisse in Bezug auf das Becken etc. vorhanden waren als zur Zeit der Ausführung des Kaiserschnittes an unserer Klinik. In den restirenden 23 Fällen, in denen die gleiche Beckenenge wie früher bestand, waren 71 Entbindungen mit 172 Kindern vorausgegangen, von denen 7 lebend, reif spontan geboren wurden, 4 todt bei spontaner Frühgeburt zur Welt kamen, in 7 Fällen endete die Schwangerschaft durch einen Abortus, während 53 Kinder operativ entwickelt werden mussten, davon 16 lebend und 37 todt. Von diesen 16 lebenden Kindern sind durch Symphyseotomie 1 und durch Sectio caesarea 7 gewonnen worden, also durch sonstige operative Eingriffe nur 8 Kinder gerettet worden, und zwar 3 durch künstliche Frühgeburt, 5 durch Forceps. Von den 37 todt Kindern sind 1 durch künstlichen Abortus, 3 durch künstliche Frühgeburt, 1 durch Wendung, 4 durch Wendung und Extraction, 5 durch Forceps, 20 durch Craniotomie, 1 durch Decapitation und 2 durch Symphyseotomie entwickelt worden.

## 2. Sectio caesarea conservativa.

Bei den Fällen von Sectio caesarea vom Jahre 1889 bis Juni 1892 wurden noch in antiseptischen Flüssigkeiten liegende Compressen verwendet; vom Juni 1892 wurde bis auf die Seide, die in 5proc. Carbolsäurelösung nach dem Auskochen aufbewahrt wird, trocken aseptisch operirt.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle ist es nicht gut, den Schnitt zu tief herab anzulegen — zur Vermeidung einer Bauchhernie; da die Bauchdecken gewöhnlich sehr dünn und ausserordentlich



schlaff sind, kann man auch bei etwas höher angelegtem Schnitte den Uterus in der Regel leicht herauswälzen. Mir ist es in manchem Falle von Sectio caesarea aufgefallen, dass sich nach Eröffnung der Bauchhöhle aus derselben eine geringe Menge von seröser, manchmal blutig-seröser Flüssigkeit entleerte. Wir haben es leider verabsäumt, diese Flüssigkeit aufzufangen und zu untersuchen, und bin ich daher nicht in der Lage, irgend eine Vermuthung über die Entstehung dieses leichten Ascites auszusprechen; immerhin sei hiermit auf diese Erscheinung hingewiesen.

Wir haben in allen Fällen bis auf diejenigen, wo es wegen Adhäsionen (No. 15 und 74). besser unterlassen wurde, den Uterus herausgewälzt und bleiben bei der Ansicht, dass das Herauswälzen deshalb von Vortheil ist, weil die Bauchhöhle durch Compressen sicherer so geschützt werden kann, dass gar kein Inhalt der Gebärmutterhöhle in dieselbe gelangen kann.

Bei aseptischem Inhalt der Uterushöhle hat dies wohl weniger Bedeutung, immerhin kann aber Blut und Fruchtwasser, das in der Bauchhöhle zurückbleibt, einen sehr guten Nährboden für etwa während der Operation in die Bauchhöhle gelangte Keime abgeben.

Wenn man bei septischem oder auch nur verdächtigem Inhalt den Kaiserschnitt mit Entfernung der Gebärmutter ausführt, ist das Hervorwälzen unerlässlich.

Unmittelbar nach dem Hervorwälzen, oder besser gesagt, während des Hervorwälzens wird ein grosses Bauchtuch in die Bauchhöhle gegeben und darüber die Wunde oberhalb des herausgewälzten Uterus mit 3—4 Kugelzangen provisorisch geschlossen und nun Compressen zwischen Uterus und den noch offenen Theil der Bauchwunde gesteckt. Auf diese Weise kann gar kein Uterusinhalte in die Bauchhöhle gelangen.

In der grossen Mehrzahl der Fälle (63) wurde der Uterusschnitt sagittal angelegt, und zwar immer in der Weise, dass das untere Uterinsegment nicht eröffnet wurde, um eben eine Blutung aus den Stichkanälen beim Anlegen der Naht an dieser Stelle zu vermeiden. Wiederholt wurde der Schnitt mehr in den Fundus verlegt, sodass man von einem sagittalen Fundalschnitt sprechen könnte. Durch den sagittalen Schnitt wurde die Placenta wiederholt getroffen. Ich habe schon in meiner citirten Arbeit hervorgehoben, dass das Treffen der Placenta durch den Schnitt für die Sectio caesarea conservativa ganz irrelevant ist. Es

wird weder das Kind gefährdet, wie unsere Statistik wieder beweist, vorausgesetzt, dass man, wie sich Placentargewebe im Schnitte zeigt, denselben rasch erweitert, die Placenta löst und das Kind extrahiert; es wurde nämlich unter den 74 Fällen die Placenta 36 mal getroffen, 38 mal nicht. 24 Kinder waren asphyctisch, von diesen wurden 12 bei vom Schnitt nicht getroffener Placenta entwickelt. Zwei von diesen konnten nicht wiederbelebt werden; es handelte sich in beiden Fällen um Osteomalacie, und wurde bei sinkenden beziehungsweise unregelmässig gewordenen Herztönen operirt. In den anderen 12 Fällen von Asphyxie war die Placenta vom Schnitt getroffen worden und die Kinder wurden wiederbelebt. Es sprechen diese Zahlen laut dafür, dass das Treffen der Placenta durch den Schnitt auf die Asphyxie der Frucht keinen Einfluss hat. Es besteht de facto auch nicht die von manchen Autoren gefürchtete Gefahr einer Blutung nach der Naht des Schnittes. In den 15 Fällen von Sectio caesarea conservativa, in denen die Placenta durch den Schnitt getroffen wurde, hat es nur einmal stark geblutet, in zwei Fällen war die Blutung sehr gering, während eine schwerere Atonie bei nicht getroffener Placenta in 2 Fällen eintrat und einmal leichte Atonie sich einstellte. Es geht also aus unserer Tabelle hervor, dass auch für die Blutung aus der Uterusnaht das Treffen des Placentarsitzes durch den Schnitt von keiner Bedeutung ist. Es erscheint demnach nicht nothwendig, nach den Untersuchungsergebnissen von Leopold, Müllerheim, Sippel, Palm u. A. nach dem Abgange der Ligamenta rotunda respective der Einpflanzung der Tubeninsertion den Sitz der Placenta zu ermitteln und je nach demselben den Schnitt zu führen, wie dies auch Olshausen befürwortet hat.

In neuerer Zeit wurde von Fritsch der quere Fundalschnitt inaugurirt. Dieser Schnitt wurde an der Klinik in 11 Fällen ausgeführt, um über die Vortheile desselben im Vergleich zu dem Sagittalschnitt ein Urtheil zu gewinnen. Da sich mein College Hübl mit dieser Frage eingehend beschäftigt und die Erfahrungen der Klinik mitzutheilen beabsichtigt, so unterlasse ich es, näher auf diese Frage einzugehen, möchte aber immerhin meine Ansicht dahin aussprechen, dass es im Allgemeinen gleichgiltig ist, wie der Uterus aufgeschnitten wird, ob durch einen vorderen Sagittalschnitt, durch einen sagittalen Fundalschnitt (Müller), durch einen queren Fundalschnitt nach Fritsch oder durch einen hinteren Längs-

schnitt (Johannowsky), oder endlich durch einen tiefen Querschnitt (Kehrer), vorausgesetzt, dass die Geburt aseptisch verlaufen ist, dass die ganze Sectio caesarea aseptisch ausgeführt wird und der Operateur über eine gewisse Technik verfügt.

In mehreren Arbeiten der letzten Zeit wurde gleicher Ansicht Ausdruck verliehen, so von Müller, Frank, dagegen wird nach Olshausen der Schnitt (durch Palpation der vorderen und hinteren Uteruswand und mit Berücksichtigung des Abganges der Ligamenta rotunda) so zu legen gesucht, dass die Placenta nicht getroffen wird. Der Schnitt soll im Fundus beginnen und je nach dem Sitze der Placenta nach vorne oder hinten verlängert werden.

Ich stehe nicht an, zu behaupten, dass man an der vorderen, hinteren oder oberen Fläche des Corpus uteri die Uteruswand sogar auch schräg durchschneiden kann. Wird dieser Schnitt gut genäht, so wird keine Atonie eintreten, auch wenn die Placentarinsertion mitten durchschnitten ist, und es wird die Heilung anstandslos erfolgen können. Davon, dass man den Schnitt auch schief durch die vordere Wand des Uterus ohne Nachtheil führen könne, konnte ich mich in dem Fall von Uterus bicornis überzeugen, in dem der Schnitt zufällig schief ausgefallen ist.

Nichtsdestoweniger muss ich auf dem Standpunkte beharren, den ich seinerzeit (Sitz. der geb. gyn. Ges. zu Wien 16. Nov. 1897, Discussion über den Vortrag Knauer's) eingenommen habe. Ich habe damals unter anderem erklärt, dass Adhäsionen infolge des sagittalen Schnittes an der vorderen Uteruswand nicht immer gefunden werden, und dass, wenn solche vorhanden sind, sie den Frauen weder ausser der Schwangerschaft noch während einer neuen Gravidität und eventuell Geburt nach meinen Erfahrungen Beschwerden machen. Umsomehr hat mich der Fall Abel's<sup>1)</sup> interessirt, in dem er eine Zerreissung der überdehnten hinteren Uteruswand im 6. Schwangerschaftsmonate sah, die in Folge der Adhäsionen des Uterus an der vorderen Bauchwand nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt entstanden war. Handelt es sich aber um eine Eiterung aus den Stichkanälen der Uterusnaht, dann sind sich bildende Adhäsionen zwischen Uterus und vorderer Bauchwand geradezu sehr günstig. So haben wir einen Fall beobachtet, wo nach ruhigem Verlaufe des Puerperiums ein Abscess sich nach aussen entleerte, der sich

---

1) Abel, Medicin. Gesellsch. zu Leipzig. 10. 1. 99.

in die Tiefe verfolgen liess; der Uterus war nach Heilung des Abscesses in seiner ganzen Breite adhärent.

Einen gleichen Fall beobachtete nach vorderem Längsschnitt Riedinger (2 Fälle von Fundalschnitt bei Sectio caesarea conservativa. Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1898. No. 29); er äussert daher seine Bedenken gegen den queren Fundalschnitt und hält in einem solchen Fall die Congruenz der Nahtlinie für eine Art Schutz des Individuums.

Was bei einer solchen Nahteiterung bei einem queren Fundalschnitte geschieht, darüber müssen wir erst weitere Erfahrungen abwarten. Das Wahrscheinlichste ist wohl, dass dann die Patientin einer allgemeinen Peritonitis erliegt. Wenn es aber bei einem queren Fundalschnitte nicht zu einer solchen Eiterung, sondern nur zu breiten Adhäsionen kommt, so kann eine Verwachsung des Darmes an der Schnittfläche des Fundus grössere Beschwerden hervorrufen als eine Verwachsung der vorderen Uteruswand mit der Bauchwunde, da nach der vollständigen Involution des Uterus die angewachsene Darmpartie bis in's Becken hineingezogen ist und dadurch eine Incarceration resp. Stenose bedingt werden kann. Diesen seiner Zeit gemachten Bemerkungen möchte ich jetzt noch hinzufügen, dass beim queren Fundalschnitte die Lösung der Eihäute in der Gegend des Orificium internum unter Umständen schwieriger sein kann als beim vorderen Sagittalschnitte, und ich habe schon darauf hingewiesen, dass bei engem Muttermunde auf die vollständige Lösung der Eihäute an dieser Stelle ein besonderes Gewicht gelegt werden muss. Es wird ferner bei quерem Fundalschnitt in Fällen, in denen man nach länger dauernder Geburt bei Umschnürung des Kopfes durch das untere Uterinsegment und bei bestehender Gefahr der Uterusruptur den Schädel entwickeln muss, wie wir das in mehreren Fällen thun mussten, dies schwieriger sein als nach Anlegung des vorderen Sagittalschnittes.

Ich habe ferner durchaus nicht die Erfahrung gemacht, dass es bei Verwendung des queren Fundalschnittes immer weniger blute als bei dem sagittalen Schnitt. Die Blutung ist bei dem ersteren ebenso wechselnd wie bei letzterem, sie hängt nicht ab von dem Schnitt und der Art, wie die Blutgefässe getroffen werden, sondern vielmehr von der Art und Weise, wie sich der Uterus nach seiner Entleerung contrahirt.

Auch erschien mir diese Art des Schnittes keine wesentlichen

Vortheile bei der Entwicklung des Kindes zu bieten, da ich keine Schwierigkeiten bei der Entwicklung der Frucht nach dem vordern Sagittalschnitt je gefunden habe. Dass der quere Fundalschnitt kleiner zu sein brauche als der vordere Sagittalschnitt, scheint mir auch nicht zutreffend. Es lässt sich dies sehr schwer vergleichen, da die Grösse des nothwendigen Schnittes hauptsächlich von der Grösse der Frucht bezw. des Kopfes, ferner von der Stärke der Gebärmuttermuskulatur und endlich auch sehr von der Technik des Operateurs abhängt. Uebrigens ist, wenn der sagittale Schnitt auch grösser sein sollte, dies vollständig irrelevant. Ob man nun 1—3 Nähte mehr anlegt, kommt gewiss garnicht in Betracht.

Es ist nach unserer Erfahrung auch nicht richtig, dass bei dem queren Fundalschnitt die Placenta weniger häufig getroffen wird. In den 11 Fällen von queren Fundalschnitt wurde die Placenta 6 mal getroffen, also in 54,5 pCt., während beim sagittalen Schnitt unter 63 Fällen die Placenta 28 mal getroffen wurde, 46 pCt.

In gleicher Weise wie Leopold verwenden wir stets zur Naht der Uteruswunde Seide, und zwar mit sehr gutem Erfolge.

Die Naht der Uteruswunde wurde entweder in zwei Etagen nach Sänger gemacht oder in der Mehrzahl der Fälle in einer Etage nach Fritsch. Bei der Naht in zwei Etagen wird zuerst in der Tiefe die Muskulatur mit Vermeidung der Schleimhaut genäht, dann in der zweiten Etage die äusseren Partien der Muskulatur und das Peritoneum. Von den ursprünglichen Forderungen Sänger's (Ausschneiden eines Falzes etc.) ist man ja schon allgemein seit längerer Zeit ganz abgekommen. In der letzten Zeit wurde meist die Naht nach Fritsch angelegt, i. e. 8—12 die ganze Muskulatur bis an die Grenze der Decidua durchgreifende Nähte, die ca. 1 cm von der Wundfläche entfernt ein- bezw. ausgestochen und durch die Muskulatur tief bogenförmig durchgeführt wurden. Erst nachdem diese angelegt sind, wurden die zur Blutstillung bezw. zur Anregung der Uteruscontractionen in das Uteruscavum gelegten Compressen entfernt und hierauf die Nähte geknüpft, darauf wurden entsprechende Zwischennähte angelegt, von einer seroserösen Vernähung der Wundfläche vollständig abgesehen.

Olshausen näht mit Catgut und zwar so, dass die Nadeln weder Peritoneum noch Schleimhaut aber viel Muskulatur fassen, hierauf folgt eine fortlaufende Naht, welche zwischen je zwei

Muskelnähten das Peritoneum aber auch nochmals die Muskulatur in ihrem äusseren Drittel umgreift. Müller verwendet blos Catgut fortlaufend. Die erste Nahtreihe fasst die unteren Muskelschichten mit Decidua, die zweite und dritte Nahtreihe fasst die höher gelegenen Muskelschichten und eine oberflächliche Naht vereinigt das Peritoneum. Zweifel (l. c.) zieht den Sagittalschnitt vor, die Uterusnaht macht er mit 2—3 feinen Seidennähten und im Uebrigen mit Catgut. Die alleinige Catgutnaht hält er für zu gefährlich.

Es ist ziemlich gleichgiltig, wie genäht wird, ob man nach der Angabe Säger's in Etagen näht oder im Sinne Fritsch's tiefe durchgreifende Nähte anlegt, ebenso ist es gleichwerthig, ob man am Rande zwischen Wundfläche und Peritoneum oder 1—2 cm vom Wundrande entfernt im Uterus ein- respective aussticht. In Fällen, in denen weiter vom Wundrande entfernt ein- und ausgestochen wurde, so dass also die Seide nach dem Knüpfen circa 1—2 cm frei auf der Uterusoberfläche liegt, findet man bei wiederholter Sectio caesarea die Seidenfäden in die Tiefe gewandert und die Stelle der Seidenfäden durch eine Verdickung des Peritoneums als quer verlaufenden Wulst markirt.

Ich halte es daher für das Auftreten von Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand ganz gleichgiltig, wie genäht wird. Dafür spricht auch der Umstand, dass auch Olshausen bei seiner Nahtmethode, wie er selbst berichtet, bei wiederholter Sectio caesarea Verwachsungen gefunden hat.

Es ist interessant, dass nach unsern Erfahrungen die in der Uteruswand liegende Seide sich in verschiedenen Fällen verschieden verhält. Wir haben bei wiederholtem Kaiserschnitt in manchem Falle nichts mehr von der Seide gefunden, in anderen Fällen sahen wir die Seidenfäden vollständig erhalten, mit einem bindegewebigem Schlauch umgeben, und in einem Falle waren dieselben von einem Eiterherde umgeben. Dieses verschiedene Verhalten der Seidenfäden ist deshalb auffallend, weil es durchaus nicht von der Zeit des Liegenbleibens der Seide abhing und auch die Seide an der Klinik stets in gleicher Weise zubereitet wurde. Untersucht man die Nahtstelle mikroskopisch, so kann man nur eine vollständige Verwachsung der Muskulatur constatiren, von einer Narbe in der Muskulatur ist nichts zu finden.

Das Wichtigste bei der Naht des Uterus ist der richtige Grad des Zuschnürens. Ein zu schwaches Schnüren ist schlecht, weil dadurch die Wundflächen zu wenig an einander gebracht werden

und eine Blutung zwischen dieselben eintreten kann, welche die Heilung verhindert, andererseits ist aber ein zu starkes Zuschnüren auch gefährlich, weil die Fäden durchschneiden und jeder einzelne Stichkanal stark blutet, so dass man die derart entstandenen Schnittwunden durch Umstechungen versorgen muss.

Abgesehen davon kommt es natürlich auch sehr auf die Muskulatur selbst und auf den Contractionszustand des Uterus an. In manchen Fällen ist es uns vorgekommen, dass auch bei nur mässigem Zuschnüren der angelegten Nähte dieselben durchschnitten, es handelte sich also in solchen Fällen um einen besonders morschen Uterus.

Wir waren in keinem Falle genöthigt, wenn wir den erhaltenden Kaiserschnitt allein beabsichtigt haben, den Uterus wegen Atonie zu entfernen, während Leopold 5mal unter 71 Fällen dazu sich veranlasst fand. Erst in allerletzter Zeit wurde ein Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft conservativ mit Sterilisirung der Frau ausgeführt, bei welchem, weil es trotz Contraction des Uterus aus den Stichcanälen blutete, der Sicherheit halber der Porro angeschlossen wurde. Es war aber, wie gesagt, da die Frau ein lebendes Kind zu haben, zugleich aber auch sicher steril zu werden wünschte, die Sterilisirung beabsichtigt (Fall 74). In einem Falle (Zwergwuchs) hat es aus den Stichcanälen post operationem in die Bauchhöhle nachgeblutet, obwohl der Uterus nach seiner Entleerung sich gut contrahirt hatte und auch während der Bauchdeckennaht gut contrahirt blieb. Die Section ergab als Todesursache Status thymicus. In diesem Falle wäre es, wie sich nachträglich herausstellte, besser gewesen, den Uterus zu entfernen, als ihn conservativ zu vernähen und die Tuben unwegsam zu machen.

Ich stehe ganz auf dem Standpunkte Leopold's, dass man sich mit der Bekämpfung der Uterusatonie nicht zu lange aufhalten, sondern rechtzeitig zur Entfernung der Gebärmutter entschliessen solle, da wir ja wissen, dass ausgeblutete Frauen, wie bereits erwähnt, eine immerhin mögliche Infection des Peritoneum viel schlechter vertragen.

Bei, während der Naht der Uteruswunde, beobachteter Atonie kann zur Blutstillung die durch die Uteruswunde ausgeführte Tamponade des Uteruscavums mit einem Jodoformgazestreifen, dessen eines Ende in die Vagina geschoben wird, versucht werden. Da ich noch keinen Fall so hochgradiger Atonie beobachtet habe, bin ich noch nicht

in die Lage gekommen, mich über die Wirksamkeit dieser Tamponade überzeugen zu können, ich denke mir aber, dass sie auf die Contraction des Uterus einen ebenso starken Reiz ausüben wird, wie die per vaginam ausgeführte intrauterine Tamponade. Uebrigens führe ich bei jeder Sectio caesarea etwas Aehnliches, wie eine intrauterine Tamponade aus, indem ich während der Uterusnaht das Cavum provisorisch mit Bauchcompressen ausfülle.

Es erscheint mir erwägenswerth, ob nicht die relativ häufigen Fälle von Atonie beim erhaltenden Kaiserschnitt in den Tabellen Leopold's eine Folge der Anwendung der provisorischen Ligatur zur Blutstillung sind. Seit dem Jahre 1892 legen wir nicht mehr behufs provisorischer Blutstillung einen Kautschuckschlauch um den Uterus, sondern comprimiren die Ligamente gegebenenfalls manuell; in den meisten Fällen aber zieht sich der Uterus so vorzüglich zusammen, wofern vor der Operation Ergotin gereicht wurde, dass eine Compression der Ligamente unnöthig erscheint. Auch die von Sänger eingeführte und neuerdings von Donat empfohlene Anwendung der gedrehten Serviette zur provisorischen Blutstillung halte ich für überflüssig. Sie wurde in einigen Fällen der ersten Serie angewendet.

Leopold motivirt das constante Anlegen einer Ligatur damit, dass er sich für verpflichtet hält, den Zuschauern die Operation so vorzuführen, wie sie der praktische Arzt eventuell am Lande ausführen kann, so dass die denkbar geringste Störung und Schädigung für Mutter und Kind dabei erfolgt. Er hat damit jedenfalls vollständig Recht. Wenn ein auch geübter Operateur bei schlechter Assistenz in der Privatpraxis in einem engen Raume und bei schlechter Beleuchtung wird operiren müssen, so wird er möglichst viel selbst machen müssen, und es ist selbstverständlich, dass dadurch Zeit verloren geht, es wird daher eine provisorische Blutstillung unter Umständen nothwendig sein. Es ist gewiss gut, solche Fälle mit provisorischer Ligatur als Exempel den Studenten vorzuführen, ich glaube aber, dass es nicht daran hindern würde, auch in manchen Fällen zu zeigen, dass ohne jede Ligatur und ohne jede Compression der Uterus sich vorzüglich zusammenzieht. Wenn auch die Anlegung der Ligatur eine Blutspargung während der Operation, während des Anlegens und Knüpfens der Nähte bedingt, so kann dieser Vortheil bei dem Entfernen der Ligatur durch die Erschlaffung des Uterus und durch die nun auftretende Blutung wett gemacht werden, und einerseits



das Anlegen und Abnehmen der Ligatur, andererseits die zur Bekämpfung der Atonie nöthwendig werdenden Maassnahmen können die Operation verzögern, und jede Verlängerung der Operationsdauer ist bei jeder Laparotomie doch wohl möglichst hintanzuhalten.

Von einem Ueberdecken der Uteruswunde durch Netz, wie es Zweifel vorgeschlagen hat, haben wir nur in sehr wenigen Fällen Gebrauch gemacht; ich halte dieses Verfahren nicht für empfehlenswerth, da auch ohne Ueberdecken des Uterus durch das Netz, nicht immer Verwachsungen des Uterus mit der vorderen Bauchwand entstehen und auch, wenn sich solche bilden, nach meinen Erfahrungen bedeutungslos sind, während eine innige Verwachsung zwischen Uterus und Netz durch den auf den Magen ausgeübten Zug nach vollständiger Involution des Uterus der Patientin viel eher Beschwerden verursachen kann.

Leopold hebt mit Recht hervor, dass eine ruhige tiefe Narkose für einen günstigen Ausgang der Sectio caesarea dringend erforderlich ist. Wenn die Frau beim Herauswälzen des Uterus zu pressen anfängt, so passirt es sehr leicht, besonders wenn die Assistenz nicht geschult ist, dass Gedärme ausser die Bauchhöhle gepresst werden, und deren Reposition macht mitunter Schwierigkeiten; dieses Ereigniss kann unter Umständen die Prognose des Kaiserschnittes beeinträchtigen. Wir verwenden stets zur Narkose die Billroth'sche Mischung.

Desgleichen erscheint auch uns von besonderer Wichtigkeit, für die Wiederbelebung asphyktischer Kinder eine sachkundige Hilfe bei der Hand zu haben, da die Asphyxie der Neugeborenen recht häufig ist und in manchen Fällen mühsame Wiederbelebungsversuche erforderlich sind.

#### Wiederholte Sectio caesarea.

Fälle von wiederholtem Kaiserschnitt an derselben Frau sind heutzutage keine Seltenheit. Wenn wir die grösseren Statistiken von Kliniken betrachten, die den einzig richtigen Ueberblick über die Frequenz der wiederholten Kaiserschnitte abgeben, so finden wir, dass Leopold unter 100 Fällen in einem Falle 4mal, in einem Falle 3mal und in 11 Fällen zweimal an derselben Frau den Kaiserschnitt ausführte.

Olshausen führte den Kaiserschnitt unter 29 Fällen in zwei Fällen 2mal, in zwei Fällen 3mal aus.

Nach Abel (Leipziger Klinik) (l. c.) waren unter 53 Fällen

von Kaiserschnitt 11 Fälle mit 2mal und 4 Fälle mit 3mal ausgeführter Operation.

Wir führten unter 74 Fällen den Kaiserschnitt in 5 Fällen zum 2. Male (Fall 46/74, 35/63, 34/71, 32./I. Klinik, 42./II. Klinik) und nur in einem Falle zum 2. und 3. Male aus (Fall No. 15—16—I. Klinik). Der Grund hierfür ist darin zu suchen, dass wir gewöhnlich die Frauen bei der 2. Sectio caesarea entweder durch Entfernung des Uterus oder in letzter Zeit auch durch Unwegsammachen der Tuben sterilisirten. Wir lassen uns eben bei der Indicationsstellung zum conservativen Vorgehen oder zur Sterilisirung auch von dem Wunsch der Mutter leiten. Ausserdem spielt dabei, abgesehen von der Hochgradigkeit der Beckenverengung, auch der Umstand eine Rolle, ob das durch die erste Sectio caesarea entwickelte Kind lebt oder nicht.

Bezüglich der Adhäsionen, die sich bei wiederholtem Kaiserschnitte vorgefunden haben, wurden verschiedene Beobachtungen gemacht. In einem Falle (No. 63—35) bestanden solche überhaupt nicht, im Falle (No. 71—34) waren sie gering; geringe Netzhäsionen bestanden auch im Falle No. 32, der zum ersten Male auf einer anderen Klinik operirt worden war. Starke Adhäsionen wurden im Falle No. 16 constatirt, welcher, als er zum zweiten Male (No. 15) operirt wurde, nur geringe Adhäsionen aufgewiesen hatte. Auch in dem zum ersten Male auf einer anderen Klinik operirten Falle No. 42 fanden sich stärkere Adhäsionen vor, ebenso in dem auf unserer Klinik zweimal operirten Falle No. 46—74.

#### Schwangerschaften nach Sectio caesarea.

Es ist, wie ich glaube, jetzt schon allgemein anerkannt, dass durch die Sectio caesarea die Conceptionsfähigkeit in keiner Weise beeinflusst wird. Ich habe unsere Fälle von conservativem Kaiserschnitt in der Weise verfolgt, dass ich die Aufnahmsprotokolle der Gebäranstalt für alle 3 Kliniken durchsehen liess und so auch die Fälle in Berücksichtigung zog, die nicht in der Schwangerschaft an die Klinik zur Untersuchung gekommen sind und daher durch den Turnus in der Aufnahme Gebärender zufällig auf eine andere Klinik gekommen sind. Diese langwierige Arbeit macht trotzdem keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da ja der eine oder der andere Fall privat oder in einer Klinik einer anderen Stadt entbunden worden sein kann.

Unter den 34 conservativen Kaiserschnitten wurden 8 Frauen wieder aufgenommen.

Ueber die drei Fälle No. 34—71, 35—63 und 46—74, in denen der erste und der wiederholte Kaiserschnitt an unserer Klinik vorgenommen wurde, sowie bezüglich der zwei Fälle No. 32 und 42, in denen der erste Kaiserschnitt an einer anderen Klinik ausgeführt wurde, weiters wegen des Falles No. 15—16, in dem die erste Sectio an einer anderen Klinik, die zweite und dritte bei uns ausgeführt wurde, verweise ich auf die Tabellen.

Es wurden von vier weiteren Fällen neuerliche Graviditäten bekannt. Im Falle No. 1 wurde 2 Jahre nach dem Kaiserschnitt bei einer neuerlichen Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet und ein todtcs Kind entwickelt. Nach weiteren zwei Jahren spontane Frühgeburt (IX. Lunarmonat) einer in Steisslage befindlichen, 2350 g schweren, 46 cm langen, asphyctischen Frucht, die wiederbelebt wurde. Nach weiteren 2 Jahren wurde in der 35. Woche einer neuen Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet, Wendung nach Braxton-Hicks; Kind, 2650 g schwer, stirbt bald nach der Geburt. Im Jahre 1897 wurde die Frau nach dem Kaiserschnitte zum vierten Male schwanger. Sie kam am Ende der Gravidität auf die Klinik, so dass an die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht zu denken war und man wegen des Wunsches der Frau nach einem lebenden Kinde zur Vornahme der Sectio caesarea hätte schreiten müssen. Während der Vorbereitung zur Operation erfolgte der Blasensprung, die Schnur fällt vor, das Kind stirbt ab, Bandl'sche Furche, Kraniotomie an der todtcn Frucht, die enthirnt 2700 g wiegt.

In dem Falle No. 9 wurde 3 Jahre nach der Sectio caesarea der künstliche Abortus im 3. Lunarmonat eingeleitet, während im Jahre darauf ein Abortus, ebenfalls im 3. Lunarmonat, spontan erfolgte; Excochleation.

Im Falle No. 33, in welchem ein parametranes Exsudat das Geburtshinderniss abgegeben hatte, kam es zu weiteren drei Schwangerschaften in den Jahren 1896, 1897 und 1898. Stets erfolgte eine spontane Geburt; die Kinder waren 3000, resp. 3400 und 3100 g schwer und lebten.

Im Falle No. 36, der im Jahre 1894 operirt worden war, wurde im Jahre 1894 an einer anderen Klinik durch Wendung und Extraction eine 3260 g schwere, 53 cm lange Frucht lebend entwickelt.

Von den 8 Frauen, die an der Klinik nach conservativem Kaiserschnitt wieder geschwängert wurden, wurden 9 lebende Kinder geboren, und zwar 3 spontan, 1 durch künstliche Frühgeburt, 1 durch Wendung und Extraction und 4 durch wiederholten Kaiserschnitt, 6 Kinder wurden todt bezw. unreif geboren. Davon trat in 2 Fällen spontaner Abortus ein, in einem Falle wurde er provocirt, in zwei Fällen war die Einleitung der Frühgeburt von ungünstigem Erfolg begleitet, in einem Falle wurde wegen Vorfall der pulslosen Nabelschnur craniotomirt.

### 3. Conservative Sectio caesarea mit Sterilisirung.

Entschliessen wir uns der eigenen Ueberlegung oder auch dem Wunsche der Frau folgend dazu, die Patientin durch die Operation zu sterilisiren, so können wir in sicher aseptischen Fällen den Uterus belassen und nur die Tuben unwegsam machen; dazu genügt bekanntlich die Unterbindung derselben allein nicht.

Den Fall Falaschi's habe ich schon in der ersten Arbeit (l. c.) citirt. Im Falle Pissemsky (Verh. d. gyn. Ges. in Kiew. Centralbl. f. Gyn., 1897, 18) wurde die Frau trotz der Unterbindung der Tuben auch wieder schwanger. Bei der 2. Sectio caesarea wurden die Tuben exstirpirt, die eine war an der Ligaturstelle geschlossen, die andere offen und mit Epithel bekleidet. Auch eine doppelte Unterbindung der Tuben und Durchtrennung derselben durch den Paquelin, sowie auch die Excision eines Tubenstückes (Fritsch) garantirt nicht die Unwegsamkeit der Tuben. Wir können diesen Schluss ziehen aus den allerdings gynäkologischen Fällen von Gordon (Centralbl. f. Gyn. XXI. S. 143) (Schwangerschaft in 2 Fällen nach Entfernung beider Eierstöcke und Eileiter) von O. Schmidt (Centralbl. f. Gyn. XXI. 117) (Entfernung der linken Adnexe wegen Pyosalpinx und einer rechten Hydrosalpinx; nach 4 Jahren Schwängerung). Endlich wären hier die Untersuchungen von Ries (Centralbl. f. Gyn. XXI. S. 901) zu erwähnen, der in 3 Fällen von Uterusexstirpationen nach vorausgegangenen Adnexexstirpationen die Tubenstümpfe durchgängig und bis zum offenen Ostium mit Epithel überkleidet fand<sup>1)</sup>.

---

1) Durch Abel (dieses Archiv, 58 Bd., 2. Heft, S. 364) wurde die an der Klinik Zweifel gewonnene Erfahrung mitgetheilt, dass trotz Abbindung und Durchschneidung der Tuben gelegentlich eines Kaiserschnittes diese wieder sich vereinigen können und Schwangerschaft eintreten kann. (Anm. bei der Correctur.)

Ein sicheres Unwegsammachen kann aber auf zweierlei Weise geschehen, entweder in der Weise, wie ich es angegeben und befürwortet (Centralbl. f. Gynäkol. 1898, No. 19), dass die Tube nahe dem Uterus (ca. 2 cm von der Uteruswand entfernt) doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchschnitten wird; der uterine Stumpf wird nun unter die Tasche, die das Peritoneum bildet, in der Weise umgestülpt, dass die zwei Antheile der geknickten Tube parallel untereinander liegen. Die Tube wird nun in der Lage durch eine Naht fixirt und darüber der Peritonealsack vernäht; oder es kann die Tubeninsertionsstelle nach Abbindung der Tube umschnitten und vernäht werden, wie es Halban vorgeschlagen hat. Ich glaube, dass eine spätere Conception durch jede von diesen beiden Operationsarten sicher hintangehalten werden kann. Es wäre also Ansichtssache, sich für die eine oder die andere Art des Tubenverschlusses zu entscheiden. Der Blutverlust dürfte durch die Art, wie ich hier vorgeschlagen habe, geringer sein.<sup>1)</sup>

Von einer Castration nach conservativer Vernähung des Uterus wird jetzt wohl jeder Operateur absehen. Man könnte nur in einem aseptischen Falle einer Osteomalacie daran denken in dieser Weise zu operiren. Aber auch dann ist es besser, den Uterus auf die eine oder die andere Weise zu entfernen, da Reste von Ovarialgewebe zurückbleiben können und da, wie in dem Falle Truzzi, die Totalexstirpation des Uterus noch nothwendig werden kann.

Ich muss aber gestehen, dass ich für meine Person kein Freund des conservativen Kaiserschnittes mit Tubenverschluss bin. Ich ziehe für solche Fälle die Entfernung des Uterus und der Ovarien mit retroperitonealer Versorgung des Stumpfes nach Chrobak vor. Eventuell können ja auch die Ovarien belassen werden.

Es ist richtig, dass diese Operation etwas schwieriger ist, als der conservative Kaiserschnitt mit Tubenverschluss, für Kliniken kommt dies aber nicht in Betracht. Sollte aber eine Sectio caesarea von einem praktischen Arzte ausgeführt werden, so halte ich für den Fall, dass dieser eine Sterilisation der Frau beabsichtigt,

---

1) Auf die experimentelle Arbeit Fraenkel's (dieses Archiv, 58 Bd. H. 2) über die Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter konnte nicht eingegangen werden, da sie noch nicht vorlag. Er verlangt zur sicheren Verhütung einer Schwangerschaft die totale Entfernung der Tube bei keilförmiger Excision aus dem Uterus und sorgfältiger Peritonealnaht. (Anmerkung bei der Correctur.)

die typische Operation nach Porro angezeigt, da er ja doch unter ungünstigen Bedingungen operirt und durch das Anlegen der vielen Nähte bei dem Einschlagen der den Uterus conservirenden Methode entschieden leichter eine Infection stattfinden kann, als bei der Porrooperation mit extraperitonealer Stielbehandlung, wo keine einzige Suture in die Bauchhöhle versenkt wird.

Die Vortheile der conservirenden Operation bestehen darin, dass die im Gefolge einer Klimax praecox auftretenden Beschwerden vermieden werden und eventuell auch darin, dass die verheirathete Frau wegen des Fortbestehens der menstruellen Function des Uterus von dem Coniug als geschlechtlich „vollwerthig“ angesehen wird.

Wir wissen aber aus der weiteren Beobachtung unseres Materiales, dass die durch die Castration hervorgerufenen Beschwerden keineswegs so hochgradige sind, dass sie auf uns bei der Wahl einer Operation bestimmend einwirken müssten. Eine Reihe von Fällen sind an der Klinik dadurch in ständiger Beobachtung, dass sie zu den Demonstrationen immer wieder hineinbestellt werden und selten hört man die Klage über sehr lästige Beschwerden zur Zeit, wo die Periode eintreten sollte; ich habe übrigens die Fälle vom Jahre 1889—1894, insofern sie erreichbar waren, in die Klinik bestellt, untersucht und die mit Entfernung des Uterus operirten Fälle auch in diesem Sinne inquirirt. Stärkere Beschwerden zur menstruellen Zeit bestanden nur in einem Falle (No. 2), sie hatte durch ein Jahr post op. Ohnmachtsanwandlungen, nach Verlauf dieser Zeit hatte sie nur mehr geringe Beschwerden.

Ich glaube daher, dass dieses Moment, dass gegen die Entfernung des Uterus in's Treffen geführt wird, im Allgemeinen etwas überschätzt wird, und dass man sich daher bei der Indicationsstellung von der Furcht vor den klimakterischen Beschwerden nicht zu sehr leiten lassen sollte.

Was den zweiten Punkt anbelangt, das Behaltenbleiben der Geschlechtsfunction in Bezug auf die regelmässige Menstruation, so kann das schon manches Mal für die Frauen von Werth sein; das lässt sich durchaus nicht leugnen.

Ich habe schon öfters die Erfahrung gemacht, dass Frauen, die in Folge einer gynäkologischen Operation amenorrhoeisch wurden, von ihren Männern gequält wurden, weil sie jetzt nichts mehr „nutz“ wären. Obwohl bei der Sectio caesarea die Verhältnisse andere sind und eine Sterilisirung der Frau doch nur vorgenommen wird, wenn die Frau schon ein lebendes Kind hat oder sie diese

absolut wünscht, so kann ihr wohl das Gleiche widerfahren, doch glaube ich, dass wir uns von dieser Art „gestörten Eheglückes“ kaum zu beeinflussen lassen brauchen.

Wiewohl ich die Ueberzeugung habe, der ich schon Ausdruck verliehen, dass ohne dem Bestehen von Wehen sich der Uterus nach seiner Entleerung auch genügend contrahirt, so ist aus den an dieser Stelle angegebenen Gründen eine Entfernung des Uterus einer conservirenden Sectio caesarea mit Tubenverschluss doch vorzuziehen, wenn man in der Schwangerschaft eine Sectio caesarea ausführt. Will man an einer schon längere Zeit aufgenommenen Schwangeren die Sectio caesarea mit Sterilisirung ausführen, dann würde ich es vorziehen, für einen Tag nahe dem Geburtstermin die Operation zu bestimmen und den Uterus zu entfernen.

In dem letzten Falle (74) wurde, wie schon erwähnt, in der Schwangerschaft operirt und beabsichtigt durch Excision der Tubeninsertion die Frau zu sterilisiren; da es aus den Stichkanälen blutete, wurde vorsichtshalber der typische Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung angeschlossen (Hink).

An der Klinik wurde die conservative Sectio mit Sterilisirung 4 mal ausgeführt.

Einen Vorthail der konservirenden Methode kann ich aber nicht unerwähnt lassen, der darin besteht, dass unter Umständen nach Jahren die operirte Frau dringend eine Nachkommenschaft wünschen kann, und man dann in der Lage ist, die Tube wieder wegsam zu machen. Für diesen Fall ist die Art des Tubenverschlusses, wie ich ihn vorgeschlagen habe, wohl vortheilhafter, da das uterine Ende der Tube intact ist und eine Vereinigung der angefrischten Tubenstücke sich leicht bewerkstelligen lassen dürfte, was nach Excision der Tubeninfektionsstelle gewiss, wenn auch durchführbar, doch unvergleichlich schwieriger sich gestalten würde. Mein Verfahren ist also in dieser Hinsicht conservirender als das von Halban u. A. befürwortete.

Die Frage, ob wir zur Sterilisirung der Frau eine Berechtigung haben, wird von den Autoren verschieden beantwortet. Zweifel<sup>1)</sup> z. B. hält die künstliche Sterilisirung nur in besonderen Fällen für berechtigt. Als sicheres Verfahren sei erprobt, doppelte Unterbindung mit Seide, Durchtrennung der Tuben in der Mitte

---

1) Medicinische Gesellschaft zu Leipzig. Sitzung am 10. 1. 1899. — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. IX. Bd. 3. H. S. 429.

mit dem Thermocauter, Verschorfung der Schleimhaut und Uebernähung der Stümpfe mit Peritoneum. Bei diesen Verfahren sei es möglich später die Tubenenden wieder zu vereinen. Sängers<sup>1)</sup> hält die unbedingte Sterilisirung von Frauen mit hochgradig verengtem Becken ebenfalls für unberechtigt, eventuell würde er nach Durchschneidung der Tuben die Schleimhaut aller 4 Stümpfe einstülpen und mit Peritoneum übernähen.

Ich habe schon seinerzeit (l. c.) die Ansicht vertreten, dass die Frau gewiss ein Recht hat selbst zu bestimmen, ob durch die Operation die Fortpflanzungsfähigkeit benommen werden soll oder nicht.

Chrobak hält sogar die Einwilligung des Mannes zur Sterilisirung der Frau erforderlich, wie auch aus der letzten Publication von Dr. Pollak aus der Klinik Chrobak hervorgeht, in dem die Sectio caesarea zum 3. Male conservativ ausgeführt wurde, da die Entscheidung des Mannes nicht mehr eingeholt werden konnte<sup>2)</sup>.

#### 4. Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus.

Wir führen die typische Operation nach Porro in der Weise aus, dass wir nach Entfernung von Kind und übrigen Eitheilen das Uteruscavum mit Compressen ausstopfen und die Wundränder sofort provisorisch mit Kugelzangen verschliessen. Es wird dadurch bei bestehender Infection des Endometrium der Ausfluss des Uterusinhaltes möglichst vermieden, und wir haben an den Kugelzangen eine sehr gute Handhabe zum Dirigiren des Stumpfes beim Anlegen der Peritonealnähte. Nun erst wird eine Kautschukligatur um den Uterus und die Ligamente gelegt und geknüpft. Ich habe in der letzten Zeit wieder mehr den Kautschukschlauch bevorzugt, nachdem ich eine Zeit lang mit soliden Kautschukligaturen gearbeitet hatte, da die letzteren nach wiederholtem Auskochen bei energischem Zugschnüren leicht reissen. Ich halte den Kautschukschlauch für widerstandsfähiger, und dürfte er aus diesem Grunde vorzuziehen sein.

Der Kautschukschlauch wird geknüpft, nachdem ein dicker solider Faden unter die erste Schlinge des Schlauches gezogen wurde, über die er dann geknüpft wird, und über diesen Seidenknopf wird der Knoten des Schlauches zugeschnürt. Dabei ereignet es sich nicht selten, dass der Kautschuk-

1) l. c.

2) Dieselbe Forderung stellt auch Zweifel auf. Vergl. Abel, dieses Archiv, LVIII. Bd., 7. H., S. 360. (Anmerkung bei der Correctur.)



schlauch durch die darin befindliche Luft im Knoten aufgebläht erscheint. In solchen Fällen habe ich stets den Schlauch in seiner Längsrichtung durch eine Incision mit dem Messer eröffnet, wobei die Luft mit einem Knall entwich.

Ein Reißen des Schlauches nach vollendeter Operation gehört gewiss zu den Seltenheiten, wohl aber kann es vorkommen, dass der Schlauch zu wenig stark zugezogen worden ist, oder dass er sich zu leicht dehnt und zu wenig Elasticität besitzt, so dass eine Nachblutung aus dem Stumpfe eintritt. Das kräftige Zuziehen des Schlauches ist vielleicht einer der schwierigsten und wichtigsten Akte der ganzen Porrooperation. Um einerseits jede Gefahr eines Platzens oder Reissens des Schlauches zu vermeiden, andererseits um den Stumpf noch mehr zu anaemisiren und ihn durch die so beförderte Nekrotisirung zum früheren Abfallen zu bringen, habe ich in letzter Zeit immer einen zweiten Schlauch neben dem ersten angelegt und würde das Einhalten dieser Vorsichtsmethode dringend befürworten.

Nach dem Anbringen der Schläuche ist besonders bei inficirten Fällen die Vorsicht zu gebrauchen, dass sich Operateur sowie Assistenten so rasch und so gründlich als eben möglich die Hände desinficiren, hierauf den Uterus sammt den daranhängenden Bozeman's in sterile Compressen einhüllen und nun erst zur Versorgung des Stumpfes und dann zum Schluss der Bauchwunde schreiten.

Nach Umsäumung des Stumpfes mit dem Peritoneum parietale unterhalb des Schlauches in typischer Weise werden die Bauchdecken geschlossen, so dass der Uterusstumpf in den unteren Wundwinkel eingenäht ist. Erst nach Vollendung der Bauchnaht wird dieselbe durch Compressen genau geschützt und nun erst der Uterus abgetragen; diese Vorsichtsmassregel, den Uterus erst am Schluss der Operation zu amputiren, halte ich für höchst wichtig und werthvoll bei inficirten Fällen. Vielleicht beruhen unsere guten Erfolge mit den Porrooperationen an inficirten Fällen auf dieser Operationstechnik, da bekanntlich von den meisten Operateuren der Uterus gleich nach dem Anlegen des Schlauches amputirt wird. Wenn man in dieser Weise operirt, wird infectiöses Uterussekret von der Wundfläche viel leichter weiter geschleppt und auf diese Weise das Peritoneum inficirt. Vor dem Absetzen des Stumpfes wird beiderseits die Uterina oberhalb des Schlauches umstochen. Diese Naht comprimirt auch das Ligament, und

gerne lasse ich einen Theil des Ovariums zurück, um das Zurückrutschen des Ligaments zu verhindern.

Genügt die um den Uterusstumpf gelegte Ligatur, so soll derselbe nach dem Durchschneiden und Abtupfen nahezu weiss sein. Färbt er sich nach wiederholtem Abtupfen immer wieder roth, so ist das ein Zeichen, dass die Ligatur zu wenig stark comprimirt. Die Umstechung und Abschnürung der Arteria uterina oberhalb des Schlauches ist wohl eine begründete Vorsichtsmassregel, es muss aber betont werden, dass, wenn der Schlauch insufficient wird, dieselbe nicht genügt, um eine gefährdrohende Blutung hintanzuhalten. Wir haben diese Erfahrung in einem Falle gemacht, in welchem der Schlauch insufficient wurde, trotz der bei der Operation vorgenommenen Umstechung der Uterinae blutete es so heftig, dass der Verband durchblutete und wir genöthigt waren, zur Rettung der Frau den Stumpf neu zu versorgen (Fall No. 40).

Um den Stumpf wird schliesslich eine Jodoformgazecravatte gelegt. Um den Stumpf genügend hoch herauszuheben, wird eine Myomnadel oberhalb des Schlauches durchgestossen; diese wird beim Anlegen des Verbandes sehr stark unterpolstert. Es ist nicht nöthig den Stumpf zu paquelinisiren. Zur Austrocknung desselben bestreuen wir ihn mit einem Gemische zu gleichen Theilen von Jodoformpulver und benzoësaurem Natron.

Sind die Ligaturen genügend stark geknüpft, so fällt der Stumpf häufig spontan ab, so dass er beim zweiten Verbandwechsel gelöst unter dem Verbande liegt, und zwar nach unseren Erfahrungen frühestens am 12. Tage. Fällt er nicht von selbst ab, so schneiden wir den Stumpf, wenn er genügend nekrotisch ist, zwischen den 2 Ligaturen circa am 14. Tage durch, ein Abschneiden desselben unterhalb der tieferen Ligatur ist wegen einer Nachblutung immerhin gefährlich und daher zu vermeiden.

Für aseptische Fälle ist für die Klinik die Entfernung des Uterus mit retroperitonealer Stielbehandlung entschieden ein idealeres Verfahren als der typische Porro, da der Heilungsverlauf bedeutend kürzer und die Narbe eine viel schönere ist. Als Bedingung für die retroperitoneale Stielversorgung erscheint mir die sichere Asepsis der Geburt. Wir haben daher die retroperitoneale Methode nur in Fällen durchgeführt, in denen die Schwangeren schon vor der Geburt auf der Klinik aufgenommen waren.

Bei zweifelhafter Asepsis könnte man vielleicht die retroperi-

toneale Stielversorgung riskiren, bei Fieber intra partum halte ich diese Methode für direct contraindicirt und ist der Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung am Platze. Es zeigen die Todesfälle nach retroperitonealer Stielversorgung bei Fieber intra partum deutlich, dass diese Operation nur bei aseptischer Geburt indicirt ist. Schroeder<sup>1)</sup> verlor durch septische Peritonitis einen Fall, in dem er die Operation an einer Fiebernden ausführte, und Salus<sup>1)</sup> (Klinik Rosthorn) berichtet ebenfalls über einen Todesfall an Sepsis (keine Drainage nach der Scheide). Wenn Schwarz<sup>1)</sup> bei Zeichen septischer Endometritis sub partu den Porro machte, den Stumpf versenkte, und subperitoneal versorgte und die Frau mit dem Leben davonkam, so kann dieser Fall nicht als Beweis für die Berechtigung der retroperitonealen Stielversorgung bei nicht aseptischen Fällen angesehen werden. Es starben aber, wie aus der Literatur der letzten Jahre hervorgeht, von 26 derart behandelten Frauen 3 und zwar 2 vor der Operation fiebernde, während im 3. Falle nicht ersichtlich, ob er vor der Operation inficirt war oder nicht<sup>2)</sup>.

Wenn Doctor (Sitzung d. gynäk. Sect. d. ung. Aerztevereins 15. Nov. 1898. Centrabl. f. Gyn. 1899. S. 661) bei septischen Fällen, wenn nach Porro operirt wird, die intraperitoneale Versorgung des Stumpfes für vortheilhafter hält, weil die Heilung des in die Bauchwand fixirten Stumpfes durch Eiterung, Zersetzung gestört wird, so kann ich dieser Ansicht durchaus nicht beipflichten.

Bei hochgradigem Fieber halte ich den typischen Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung auch für ungefährlicher als die Totalexstirpation, er ist jedenfalls rascher auszuführen, und unsere Resultate mit Porrooperationen bei Fieber sind ganz vorzügliche. Es wird allerdings öfters behauptet, dass man beim Porro bei den septisch inficirten den Cervix zurücklässt und dass von da aus die Infection weiterschreiten kann. Diese Ueberlegung klingt sehr plausibel, doch beweist unsere Erfahrung (vergleiche Resultate der Porrooperationen), dass die Gefahr der Infection vom restirenden Cervix aus kaum besteht.

Dagegen müssen bei der Totalexstirpation eine Reihe von Ligaturen angelegt werden, während beim Porro nicht eine Ligatur

1) Frommel's Jahresberichte.

2) Berichte aus der II. geb. gyn. Klinik in Wien.

im Abdominalcavum versenkt wird. Es ist gewiss schwieriger das Peritoneum vor einer Beschmutzung mit dem Uterusinhalt zu bewahren als bei dem sehr rasch ausführbarem Porro. Dagegen muss als ein Vortheil der Totalexstirpation die ausgiebige Drainage der Bauchhöhle gegen die Vagina, die man anbringen kann, erscheinen.

Schauta<sup>1)</sup> stimmt bei inficirten Fällen auch für den Porro mit extraperitonealer Stielversorgung und räth in solchen Fällen so zu operiren, dass nach dem Hinauswälzen des uneröffneten Uterus die Bauchwand definitiv geschlossen wird und dann erst die Uterushöhle eröffnet und die Operation als Porrooperation mit supravaginaler Amputation des Uterus vollendet wird.

Tauffer<sup>2)</sup> und Doctor haben sich für die Totalexstirpation des inficirten Uterus ausgesprochen.

Ich führe die retroperitoneale Stielversorgung mit nur geringen Abweichungen von der Art, wie sie Chrobak, in seinem ersten Falle durchgeführt hat, folgendermaassen aus: Beckenhochlagerung. Es wird zu Beginn der Operation, wie bei der Sectio caesarea conservativa, Ergotin subcutan injicirt, um die Uteruscontractionen anzuregen resp. zu unterstützen. Nach Herauswälzung des Uterus wird derselbe am Fundus durch einen sagittalen Schnitt eröffnet, das Kind entwickelt und nun in das Uteruscavum Compressen gestopft, darüber die Uteruswunde provisorisch mit Bozeman geschlossen. Hierauf wird der vordere Peritoneallappen abpräparirt, die Blase hinabgeschoben, die Ligamenta abgebunden, das Pulsiren der Uterinae am Cervix mit dem tastenden Finger aufgesucht, dieselben umstochen, und der Uterus ca. 2 cm oberhalb dieser Ligaturstelle abgesetzt. Unmittelbar vor dem Absetzen des Uterus kann man eine Kautschukligatur anlegen, um unter derselben den Uterus zu amputiren, damit eine Verunreinigung der Bauchhöhle sicher vermieden wird. Um eine Nachblutung aus der Wunde des Uterusstumpfes hintanzuhalten, lege ich einen Kranz von radialen Suturen um den Cervixstumpf an und fasse und ligire die Uterinae nochmals isolirt an den Schnittflächen. Ich lege auf diese ganz besonders genaue Blutstillung ein grosses Gewicht, da bei einer auch nur geringen Nachblutung die Bedingungen für die Vermehrung bei der Operation etwa doch eingebrachter Keime sehr

---

1) Schauta's Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. 1898. S. 493.

2) Sitzg. der gynäk. Section d. ungar. Aerztereins. 15. 11. 1898. — Centralbl. f. Gyn. 1899. S. 661.

günstige sind, dagegen halte ich es für belanglos, ob der zurückbleibende Stumpf ein wenig grösser oder kleiner ausfällt.

Der Cervicalkanal wurde nie ausgebrannt. Der retroperitoneale Raum wird durch einen Jodoformgazestreifen, der an seinem oberen Ende in 2 Streifchen getheilt wurde, gegen die Vagina drainirt, der Peritoneallappen über den Stumpf genäht und die Ligamentstümpfe mit Peritoneum überdeckt. Nach 4—5 Tagen wird der Drainagestreifen entfernt, nach 12—14 Tagen können die Frauen das Bett verlassen.

In den 4 Fällen, in denen an der Klinik nach Chrobak operirt wurde, war das Puerperium afebril, die Heilung ungestört.

Theils retroperitoneal, theils intraperitoneal versorgten den Stumpf mit gutem Erfolge: Chrobak<sup>1)</sup> (2 Fälle), Hirst<sup>2)</sup>, Robinson<sup>2)</sup>, Robson<sup>2)</sup>, Tändler<sup>2)</sup>, Runge<sup>2)</sup>, Boyd<sup>2)</sup>, Everke, Madlener<sup>2)</sup>, Fritsch<sup>2)</sup> (4 Fälle), Decio<sup>2)</sup>, Schröder<sup>2)</sup> (2 Fälle). Sänger<sup>3)</sup> ist für die intraperitoneale Stumpfbehandlung bei Porro mit Zweifel'scher Partienligatur (ein geheilter Fall).

Manche Autoren ziehen die abdominale Totalexstirpation des entleerten Uterus der retroperitonealen Stumpfversorgung vor<sup>1)</sup>. Fehling, v. Ott, Rieppi (3 Fälle). Varnier u. Delbet und Everke erzielten je in einem Falle Heilung, während Everke an innerer Blutung und Hirst durch Platzen eines Dermoids je einen Fall verlor. Schauta, der selbst einen Fall mit Erfolg operirt hat, giebt bei vollkommen aseptischen Gebärenden der Totalexstirpation den Vorzug vor der Porrooperation im früheren Sinne, während in anderen Fällen der Porro indicirt sei. Interessant ist der Fall von Fritsch (Ein Fall von Exstirpation des hochschwangeren Uterus nebst Bemerkungen zu dem Falle Esser (Ctbl. f. Gyn. 1896. No. 14). Es handelte sich um eine Ipara mit einer Conjugata vera von 5,5 cm. Nach einem vergeblichen Versuche den perforirten Kopf mit einem Kranioklast zu fassen, wurde bei einer Temperatur von 38,9° und Erschöpfung der Kreissenden der Uterus sammt dem Kinde in typischer Weise total exstirpirt.

In den Verhandlungen der Nordamerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie sprach sich Coë<sup>4)</sup> sehr entschieden für die Total-

1) Berichte aus II. geb. gyn. Klinik in Wien.

2) Vergl. Frommel's Jahresberichte.

3) Sitz. der geb. Ges. in Leipzig. 19. 12. 98.

4) Coë, Frommel 1896. S. 838. Cesarean section suture of the uterus or total exstirpation. The Americ. Gyn. a. obst. Journ. Vol. IV.

exstirpation aus, nicht nur um damit die Mutter vor neuer Schwangerschaft zu schützen, sondern weil die Operation leichter sei als die exacte Naht des Uterus. Mit dieser Ansicht werden wohl die wenigsten Operateure einverstanden sein.

Da man aber bei einer Sectio caesarea die Vagina nicht so gründlich desinficiren kann, wie vor der Vornahme einer Myomotomie, erscheint mir die Eröffnung der Vagina vom Abdomen her immer gefährlicher als die Eröffnung der Uterushöhle, die ja de norma keimfrei ist. Ausserdem sehe ich keinen Nachtheil darin, dass ein Theil des Uterus zurückbleibt, sondern finde diesen Abschluss der Bauchhöhle gegen die Vagina natürlicher als den nach der Totalexstirpation.

Wenn man die mit retroperitonealer Stielversorgung behandelten Fälle nach längerer Zeit untersucht, findet man eine ganz kurze atrophische Portio; die Gefahr, dass ein solcher Portiostumpf in ferner Zukunft carcinomatös erkranken kann, wie man bei Myomotomien mit retroperitonealer Stielversorgung fürchtet, scheint mir hier noch weniger berücksichtigenswerth zu sein.

### 5. Verlauf und Ausgang für die Mutter.

Was das Wochenbett anlangt, so war dasselbe in 44 Fällen (60 pCt.) afebril, zweimal subfebril. In 7 Fällen (9 pCt.) betrug die Maximaltemperatur  $38^{\circ}$  und in weiteren 11 Fällen verlief das Puerperium leicht febril (davon in 4 Fällen einmalige Temperatursteigerung über  $38^{\circ}$ ). 10 Fälle (13,5 pCt.) zeigten hohes Fieber, es sind dies die Fälle No. 2, 3, 5, 13, 21, 28, 39, 48, 49, 55.

Von den 34 conservativ behandelten Fällen blieben 20 vollkommen afebril. In 4 Fällen bestand hohes Fieber und zwar in No. 21 (Sepsis), 39 (Phlegmasie), 48 (Endometritis) und No. 49 (Eclampsie). Bezüglich des Falles No. 48 verdient hervorgehoben zu werden, dass wegen der bestehenden Endometritis am 4. und 6. Tage des Wochenbettes je eine intrauterine Irrigation mit hypermangansaurem Kali mit sehr günstigem Einfluss auf das Wochenbett ausgeführt wurde. Wenn der Uterus gut genährt wurde, braucht man sich bei der intrauterinen Irrigation vor der Uteruswunde nicht zu fürchten; es ist selbstverständlich, dass eine solche Ausspülung nur vorsichtig und unter niederem Druck ausgeführt werden darf.

Von den 40 Kaiserschnitten mit Entfernung der Gebärmutter hatten 24 ein fieberfreies Wochenbett. In 6 Fällen bestand hohes

Fieber, und zwar in No. 2 (Parotitis bil. suppurativa, Decubitus am Kreuzbein), No. 3 (Bronchopneumonie), No. 5 (in den ersten Tagen — [misfärbiges Fruchtwasser]), No. 13 (Bronchopneumonie), No. 28 (bei Tympania uteri operirt) und No. 55 (Forcepsversuch ausserhalb. Temperatursteigerung auf 39° nach 2 tägiger Koprostase).

Tabelle über den Verlauf des Wochenbettes.

	Afebril	Subfebril	1 mal 38°	2 mal 38°	1 mal mehr als 38°	Mehrmalige mässige Temperatur- steigerung	Hohes Fieber	Summe
Conservativ	20 Fälle No. 1, 9, 10, 15, 17, 20, 22, 24, 30, 34, 36, 38, 41, 45, 52, 57, 60, 68, 71, 73	—	3 Fälle No. 14, 54, 67	2 Fälle No. 33, 72	3 Fälle No. 29, 51, 69	2 Fälle No. 46, 62	4 Fälle No. 21 (Sepsis) No. 39 (Phlegmasie) No. 48 (Endometritis) No. 49 (Eclampsie)	34
Mit Entfernung der Gebärmutter	24 Fälle No. 6, 8, 11, 12, 16, 19, 23, 25, 26, 27, 32, 35, 37, 40, 42, 43, 50, 53, 59, 61, 63, 64, 70, 74	2 Fälle No. 18, 47	1 Fall No. 4	1 Fall No. 7	1 Fall No. 44	5 Fälle No. 31, 56, 58, 65, 66	6 Fälle No. 2 (Parotitis) No. 3 (Bronchopneumonie) No. 5 (in d. ersten Tagen) No. 13 (Bronchopneumonie) No. 28 (Tympania uteri) No. 55 (ausserhalb Forcepsversuch. — Temp. 39° nach 2 tägiger Koprostase)	40
Summe	44	2	4	3	4	7	10	74

Nahteiterung trat in 7 Fällen ein (No. 28, 30, 31, 44, 46, 48, 59).

In einem Falle (No. 44) platzte die Bauchwunde am zehnten Tage, nachdem die Nähte schon entfernt worden waren und die Wunde per primam geheilt war.

Wenn wir unsere Erfahrungen über das Wochenbett nach Sectio caesarea mit denen anderer Autoren vergleichen, so finden wir, dass bei Leopold in 51 Fällen das Wochenbett vollständig fieberfrei verlief, leichte einmalige Temperatursteigerungen wurden 13mal beobachtet, Erkrankungen septischer Natur 13. Schwere, lang-

dauernde, fieberhafte Erkrankungen mit Ausgang in Heilung wurden 6 beobachtet, davon waren zwei in schwer inficirtem Zustande übernommen. In 3, wahrscheinlich 4 Fällen war gonorrhoeische Infection nachgewiesen. An Thrombose erkrankten 4, an schweren Bronchitiden 5 Frauen.

Olshausen hatte unter 22 conservativ operirten Fällen nur 4 Fälle, in denen die Temperatur von  $38^{\circ}$  nicht überschritten wurde.

Es sind von unseren 74 Fällen von Sectio caesarea 6 Todesfälle (8,1 pCt.) zu verzeichnen, und zwar entfallen auf den erhaltenden Kaiserschnitt (einschliesslich der Fälle von conservativer Vernähung des Uterus mit angeschlossenem Tubenverschluss 34 Fälle) 4 Todesfälle = 11,8 pCt., auf die entfernende Methode mit extra- oder retroperitonealer Versorgung des Stieles (im Ganzen 40 Fälle) 2 Todesfälle = 5 pCt. Diese 2 Todesfälle ereigneten sich bei Fällen mit extraperitonealer Stielversorgung (36 Fälle), so dass sich deren Mortalitätspercent mit 5,55 pCt. bezieht, während das der 4 retroperitoneal behandelte Fälle sich auf 0 stellt.

Ich muss wie Leopold hervorheben, dass die Sectio caesarea ohne jede Rücksicht auf gute Statistik auch in den schwersten Fällen gemacht wurde, vorausgesetzt, dass eine Indication dazu bestand <sup>1)</sup>.

Wenn wir die Fälle in Betracht ziehen, die direkt der Klinik zur Last fallen, so beträgt die reducirte Mortalität 1,45 pCt. So trifft ein schweres Verschulden die Klinik im Falle 21, in dem die Vorbedingungen für das conservative Verfahren vollständig erfüllt waren und die Frau an einer septischen Peritonitis zu Grunde ging. Dieser Todesfall fällt in die Zeit, in welcher viele Leichenversuche wegen der damals in Discussion stehenden Symphyseotomie gemacht wurden, und es lässt sich der Verdacht nicht abweisen, dass auf diese Weise eine direkte Infection des Peritoneums bei der Operation stattgefunden hat. Die übrigen Todesfälle fallen nämlich der Klinik insofern nicht zur Last, als ja der Fall 49 (Eklampsie) a priori auszuschneiden ist, der Fall 52 (conservative Sectio) Status thymicus aufwies, der Fall 51 (ebenfalls Sectio caesarea conservativa) an Ulcus rotundum zu Grunde ging. Die zwei Todesfälle nach Porrooperation fallen ebensowenig der Klinik

1) Zwei Fälle von inoperablen Carcinom wurden wegen der besonderen Indicationsstellung nicht in die Statistik aufgenommen.



## Vergleich der klinischen Statistiken und Berechnung der Gesamtmortalität.

Klinik:	Kaiserschnitt (conserv. u. Porro):						Conservative Methode:						Mit Entfernung des Uterus:					
	Mortalität			reduzierte Mortalität			Mortalität			reduzierte Mortalität			Mortalität			reduzierte Mortalität		
	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten	Anzahl	Todesfälle	in Prozenten
Chrobak (1889—1896) unter 17 129 Geburten . . .	19	3	15,8	17	1	5,88	10	1	10	10	0	0	9	2	22,22	8	1	12,5
Schauta . . . . .	67	8	11,9	63	4	6,30	58	6	10,34	56	4	7,14	9	2	22,22	7	0	0
Leopold unter 22 358 Geburten . . . . .	100	10	10	95	5	5,26	71	7	9,8	68	4	5,8	29	3	10,3	27	1	3,7
Gustav Braun unter 29 746 Geburten . . . . .	74	6	8,1	71	3	4,22	34	4	11,8	33	3	9,09	40	2	5	38	0	0
Direkte Folge der Operation . . . . .	—	—	—	69	1	1,45	—	—	—	31	1	3,23	—	—	—	—	—	—
Olschansen . . . . .	—	—	—	—	—	—	29	2	6,8	29	2	6,8	—	—	—	—	—	—
Zweifel <sup>1)</sup> . . . . .	—	—	—	—	—	—	76	1	1,3	75	0	0	—	—	—	—	—	—
	260	27	10,3	246	13	5,24	278	21	7,5	271	13	4,7	87	9	10,3	80	2	2,5
				244	11	4,5				269	11	4,08						

1) Zweifel: Nach einer freundlichen brieflichen Mitteilung.

zur Last, da in dem einen Falle (No. 44) die Todesursache in der Perforation eines verjauchten Myxosarkoms in die Bauchhöhle mit nachfolgendem Platzen der Bauchwunde gelegen war, in dem anderen Falle (No. 28) ein metastatischer Lungenabscess als dessen Ausgangspunkt nach der Ansicht des Herrn Obducenten Professor Weichselbaum eine Bauchdeckeneiterung im unteren Wundwinkel, wo der Stumpf eingenäht war, aufzufassen wäre, den Tod der Frau herbeiführte; das Peritoneum war vollständig intact. Bei den reinen Fällen von Porrooperation hatten wir somit keinen Todesfall. Wenn wir nach solcher Reinigung das Mortalitätspercent berechnen, so kämen wir eventuell zur Ziffer 4,22 pCt., wenn wir nämlich ausser dem Falle von septischer Peritonitis noch den Tod an Ulcus ventriculi perforans und den Chloroformtod bei Status thymicus der Operation zur Last legen. Es sei bei dieser Gelegenheit bemerkt, dass im Monate April zwei Sectiones caesareae, und zwar eine conservative und eine nach Porro an der Klinik mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt wurden, welche das Mortalitätspercent auf 4,11 pCt. verringern.

In nebenstehender Tabelle habe ich die Statistiken der Klinik: Chrobak, Schauta, Leopold, G. Braun, Olshausen und Zweifel zusammengestellt.

Aus den Statistiken der erststehenden vier Kliniken ergibt sich für den Kaiserschnitt überhaupt ein Mortalitätspercent von **10,3**, reducirt von **5,24—4,5**.

Bei der conservativen Methode finden wir für die 6 verglichenen Kliniken **7,5** pCt. Mortalität und eine reducirt Mortalität **4,7—4,08** pCt., für die 4 erststehenden Kliniken eine Mortalität von **10,4** pCt., eine reducirt Mortalität von **6,58—5,03** pCt.

Bei den Operationen mit Entfernung der Gebärmutter finden wir an den 4 erstgenannten Kliniken **10,3** pCt. Mortalität und eine reducirt Mortalität von **2,5** pCt.

Wir finden demnach das geringste Mortalitätspercent bei den Operationen mit Entfernung der Gebärmutter, was ja von vornherein nicht anders zu erwarten war.

Dies beweist, dass der Porro eine sicherere Methode ist, als der conservative Kaiserschnitt.

Die glänzendste Statistik über Sectio caesarea conservativa ist unter den verglichenen weitaus die Zweifels: Unter 76 Fällen ein Todesfall und dieser ein Todesfall ereignete sich an einer Frau, die trotz bestehender Infection, also entgegen der modernen

Indicationsstellung, operirt wurde. Von 75 aseptischen Fällen hat Zweifel nicht einen Fall verloren.

Unsere Statistik weist für den Kaiserschnitt mit Entfernung des Uterus besonders günstige Zahlen auf: Unter 40 Fällen 5 pCt. Mortalität und eine reducirte Mortalität von 0 pCt. unter 38 Fällen. Diese guten Verhältnisse sind um so bemerkenswerther, als unter diesen Fällen eine Reihe von bei schwerer Infection operirten Fällen sich befinden.

Von 8 bei auch hochgradigem Fieber oder bei zugleich bestehender jauchiger Endometritis sub partu operirten Fällen sind, wie schon erwähnt, nur 2 gestorben. 3 Frauen machten ein afebriles Puerperium durch (19, 40, 53), eine Frau fieberte 3 Tage, 38°, wegen Obstipation (58), in einem Falle bestanden bis zum 8. Tage subfebrile Temperaturen (18), Fall No. 13 erkrankte an einer Bronchopneumonie, am 14. Tage fieberfrei, Bauchwunde per primam verheilt.

Von diesen Fällen war der Kaiserschnitt im Falle 18, 19, 53 durch die Beckenverengerung absolut indicirt, im Falle 13 zwang wohl nicht die Beckenverengerung, dagegen aber der Tetanus uteri nach wiederholtem vergeblichen Extractionsversuch des craniotomirten Schädels zum Kaiserschnitt. Ueber die Indicationsstellung im Falle 58 (Placenta praevia und Endometritis sub partu) habe ich schon früher gesprochen.

Es bleibt somit der Fall 43 übrig, in dem aus relativer Indication bei einem allgemein verengt rhachitisch platten Becken mit einer Conj. v. von  $7\frac{1}{2}$  bei hinterer Scheitelbeineinstellung und hochgradig drohender Uterusruptur die Sectio caesarea ausgeführt wurde. Zu dieser bewog uns einerseits der dringende Wunsch der Frau nach einem lebenden Kinde, andererseits war es nicht ausgeschlossen, dass schon eine Ruptur bestand. Unter diesen Verhältnissen war der Kaiserschnitt mit Entfernung des Uterus nach meiner Ueberzeugung das sicherste Verfahren. Dieses „sicherste Verfahren“ dürfte wohl einer Kritik unterzogen werden.

Ich habe aber die volle Ueberzeugung, dass bei hochgradigem Fieber sub partu unter ähnlichen Verhältnissen, wie die hier beschriebenen, wenn die Gefahr einer Ruptur eminent ist und es nach dem Grade der Beckenenge und der Einstellung des Kopfes den Anschein hat, als würde die Craniotomie oder besser gesagt die Extraction nach dieser sehr schwer werden, der Kaiserschnitt mit Entfernung des Uterus

nach der extraperitonealen Methode ein sichereres Verfahren ist, als die unter grossen Mühen fertig gebrachte Craniotomie. Dabei gewinnen wir ein lebendes Kind und haben, da der Uterus grösstentheils mit entfernt wird, keine Endometritis im Wochenbett noch auch einen Puerperalprocess zu fürchten, der aus den bei der Extraction leicht entstehenden Verletzungen des Durchtrittsschlauches droht.

Ich unterlasse es absichtlich, eine aus der Literatur gewonnene Statistik zu bringen und mit unserer Statistik, sowie mit der aus der Zusammenstellung der sechs Kliniken gewonnenen zu vergleichen, da nach meiner Ansicht eine solche gar keinen Werth hat. Es werden nämlich die unglücklichen Fälle ungern und daher sicher seltener veröffentlicht als die glücklichen und ferner ist auch für den Fall, dass wirklich alle Fälle publicirt wären, eine solche Statistik nicht maassgebend, da so mancher Fall von ungeübter, ja nicht einmal in der Asepsis und Antisepsis bewanderter Hand operirt sein dürfte.

Der Kaiserschnitt soll ja, wie ich schon betont habe, durchaus keine Operation sein, die dem Practicus als ungefährlich angerathen werden könnte. Es sind immerhin auch noch an einer Klinik oder in einem Sanatorium Gefahren damit verbunden, da sich der geringste Fehler in der Asepsis oder Antisepsis bitter rächen kann. Um so grösser müssen demnach die Gefahren in einem Privathause erscheinen. Für die Praxis soll daher bei relativer Indication auch am lebenden Kinde womöglich nur die Craniotomie in Frage kommen.

Von den 74 durch Kaiserschnitt entwickelten Kindern waren 4 vor der Operation abgestorben (in den Fällen 8, 13 und 44 craniotomirt, im Falle 31 in Folge einer Uterusruptur abgestorben). In diesen 4 Fällen wurde der Porro ausgeführt. 46 Kinder wurden ganz frisch extrahirt und schrieten bald. 24 Kinder kamen asphyctisch resp. apnoisch zur Welt, von denen konnten 2 nicht wiederbelebt werden. Und zwar wurde in beiden Fällen wegen Osteomalacie der Porro bei unregelmässigen (Fall 40) oder kaum hörbaren Herztönen (Fall 11) ausgeführt. Der Kaiserschnitt ward hier im Interesse der Mutter ausgeführt. Von den 22 wiederbelebten Kindern waren 6 durch den conservativen Kaiserschnitt erhalten worden. Es kommen also auf diesen 17,6 pCt. Asphyxien, während auf den Porro 40 pCt. kommen, welcher Umstand damit zusammenhängen dürfte, dass im Allgemeinen die conservative Methode nach kür-

zerer Geburtszeit und unter günstigeren Bedingungen für die Frucht gemacht wird.

In sämtlichen 34 Fällen von erhaltendem Kaiserschnitt wurden die Kinder lebend entwickelt. Von diesen starben vor der Entlassung aus der Klinik 2 (in den Fällen No. 38 — Atelectase der Lungen und No. 49 — Eclampsie der Mutter) = 5,88 pCt., doch fallen diese Todesfälle der Operation nicht zur Last.

Von den 40 durch Sectio caesarea mit Entfernung der Gebärmutter entwickelten Kindern waren 4 vor dem Kaiserschnitt abgestorben (No. 13, 18, 31, 44), 2 wurden tief asphyctisch entwickelt und nicht wiederbelebt (No. 11, 40). Von den übrigen 34 Kindern starben noch 4 an der Klinik (No. 4, 47, 58, 63). Auch diese Todesfälle kommen nicht auf das Conto der Operation, da der Kaiserschnitt in diesen Fällen bloss zur Rettung der Mutter vorgenommen wurde, und zwar im Falle No. 4 in der Gravidität wegen unerträglicher Schmerzen ex osteomalacia (Kind 1600 g, Debilitas), im Falle No. 47 wegen Placenta praevia (Debilitas), im Falle No. 58 wegen Placenta praevia und Tympania uteri (Tod an Atelectasis pulm. nach 2 Tagen) und im Falle No. 63, woselbst wegen drohender Uterusruptur bei vorzeitigem Auftreten der Wehentätigkeit ein 2050 g schweres Kind entwickelt wurde, das nach einem Tage an Debilitas starb. Es verbleiben somit 64 Kinder, welche der Findelanstalt übergeben wurden. Von diesen starben in derselben 5: No. 55 nach 3 Monaten an Debilitas vitae, No. 56 nach 3 Wochen an Pneumonia lobularis, No. 65 nach 6 Wochen an Bronchitis, No. 66 nach einem Tage an Debilitas vitae (?), Kind frisch, 3400 g schwer. In diesen 4 Fällen war wegen Osteomalacie der Kaiserschnitt ausgeführt worden. Im Falle 67 (Sectio caes. cons.) starb das Kind an Peritonitis einen Monat p. partum. Die übrigen 59 Kinder wurden gesund vom Findelhause entlassen.

## 6. Symphyseotomie.

Leopold und Haake haben zum Schlusse ihrer Arbeit die Symphyseotomie als Concurrenzoperation kurz berücksichtigt, über die glänzenden Erfolge Morisani's mit dieser Operation, 31 Symphyseotomien ohne mütterlichen Todesfall mit 29 ausgetragenen, lebend entlassenen Kindern, und über die Erfolge Pinard's 82 Symphyseotomien mit 9 mütterlichen Todesfällen und 9 an den Folgen der Operation gestorbenen Kindern, berichtet, ohne genauer die Stellung der Dresdener Klinik gegenüber der Symphyseotomie zu

präcisiren. Zweifel<sup>1)</sup> hat bisher die Symphyseotomie 34 mal ohne mütterlichen Todesfall ausgeführt<sup>2)</sup>.

Leopold möchte in grösseren Tabellen die Erfolge mit dem Kaiserschnitt, die die einzelnen Operateure resp. Kliniken aufzuweisen haben, mit denen der Symphyseotomie vergleichen. Dies ist gewiss der einzig richtige Weg, um sich ein unbefangenes Urtheil zu verschaffen.

An der Klinik G. Braun wurde seit dem Jahre 1894 inclusive keine Symphyseotomie mehr vorgenommen, da wir sie als eine im Vergleich zum Kaiserschnitt minderwerthige, aber zu mindest ebenso gefährliche Operation ansehen. Bei den schlechten Resultaten, die wir mit der Symphyseotomie hatten, haben wir gewiss ein Recht die Sectio caesarea vorzuziehen.

Ich habe schon an anderem Orte (Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe) betont, dass als Bedingung für die Vornahme einer Symphyseotomie ebenso wie für den conservativen Kaiserschnitt vollkommene Asepsis der Geburt hingestellt werden müsse. Der grosse Vortheil, welcher der Symphyseotomie vor dem Kaiserschnitt nachgerühmt wurde, fällt nach unseren Erfahrungen dadurch weg. Der Vortheil bleibt aber unangefochten, dass man vor der Vornahme der Symphyseotomie versuchen kann, den Schädel mit dem hohen Forceps zu extrahiren, was vor einer Sectio caesarea conservativa unter keiner Bedingung gestattet ist. Ich habe dort auch erwähnt, dass die günstigen Erfolge der italienischen Schule darauf zu beruhen scheinen, dass die Operateure nach Durchtrennung des Symphysengelenkes die Geburt nicht operativ beenden, sondern, soweit eben thunlich, die Ausstossung der Frucht den Naturkräften überlassen. Bei Beobachtung dieser Vorschrift werden die Weichtheile sicher langsam gedehnt, es werden in Folge dessen weniger Verletzungen und daher jedenfalls eine geringere Blutung auftreten, als in den Fällen, in denen man unmittelbar nach der Symphysendurchtrennung den hohen Forceps oder eventuell die Wendung und Extraction ausführt.

Der besprochenen Operationstechnik entsprechend dürfte es auch nicht nothwendig sein, die Weichtheile hinter der Symphyse seitlich weit abzulösen; und gerade dieses starke Ablösen der Weichtheile scheint mir der Grund zu sein für den häufigen un-

1) Zweifel, Medicin. Gesellschaft in Leipzig. Sitzung vom 10. 1. 1899. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. IX. Bd. 3. H. S. 429.

2) Die Arbeit Abel's aus der Klinik Zweifel's konnte nicht mehr berücksichtigt werden. (Anmerkung bei der Correctur.)

günstigen Heilungsverlauf; es wird zu viel Gewebe gequetscht und eine grosse Wundhöhle erzeugt, in der virulente Keime einen guten Nährboden finden und die sich nur schwer drainiren lässt. Wenn man aber, wie die italienische Schule und nach dieser auch Zweifel, die Geburt spontan vor sich gehen lässt, oder wenigstens erst operirt, wenn der Schädel im Becken steht, dürften sich vielleicht die erwähnten Nachtheile vermeiden lassen. Zweifel hat sich in jüngster Zeit (l. c.) in ähnlicher Weise ausgedrückt: „die schlechten Resultate bei der Symphyseotomie treten nur dann ein, wenn die Geburt nachträglich noch künstlich beendet werden muss; daher ist bei schlechten Wehen der Kaiserschnitt vorzuziehen“.

Darüber mangelt uns jede Erfahrung, da wir entsprechend unserer seiner Zeit in der Discussion über die Symphyseotomie geäusserten Ansicht das Zuwarten nach Durchschneidung der Symphyse als zu grausam angesehen haben. Man müsste die Patientin aus der Narkose erwachen lassen, und sie zur Vornahme der Naht von Neuem narkotisiren.

Da wir einerseits das Abwarten nach Durchtrennung der Symphyse ablehnen, andererseits mit dem Anschliessen der operativen Entbindung an die Symphysenspaltung schlechte Erfahrungen gemacht haben, mussten wir die Symphyseotomie von der Liste der geburtshilflichen Operationen an der Klinik streichen. Von diesem Entschlusse konnten uns auch die Dauererfolge der Symphyseotomie nicht abbringen, die in Bezug auf die Geh- und Arbeitsfähigkeit im Verlaufe der Zeiten immer bessere werden. Auch der Fall von unseren Fällen, der längere Zeit wegen starker Beweglichkeit im Symphysengelenk und dadurch bedingter Schmerzhaftigkeit arbeitsunfähig war, hat sich vollständig erholt, so dass trotz Fortbestehens der starken Beweglichkeit die Frau von den Folgen der Symphyseotomie gar nichts zu leiden hat. (Näheres weiter unten.) Wir haben auch einen Fall von spontaner Geburt eines reifen Kindes am Schwangerschaftsende beobachtet, nachdem bei der letzten Geburt an einer anderen Klinik die Symphyseotomie ausgeführt worden war. Bei der Beurtheilung eines solchen Falles spielen aber viele Factoren (z. B. die Härte des Schädels bei annähernd gleicher Grösse der Frucht oder die Einstellung des Kopfes) eine Rolle, so dass man einen derartigen Fall nicht so ohne Weiteres als zu Gunsten der Symphyseotomie sprechend auffassen kann. Wir haben ja doch auch nach bei einer vorangegangenen Geburt erfolgtem Kaiserschnitt eine spontane Geburt von normalem Schwangerschaftsende gesehen.

Trotz dieser letzterwähnten, für die Symphyseotomie relativ günstigen Erfahrungen, haben wir unser Urtheil über diese Operation nicht geändert.

Wir haben dagegen in 3 Fällen, in denen bei einer vorangegangenen Geburt die Symphyse gespalten worden war, den Kaiserschnitt ausgeführt und zwar zweimal mit Entfernung des Uterus und einmal mit conservativer Vernähung desselben und Excision der Tubeninsertion. Den ersten dieser Fälle (42) habe ich schon oben bei der Besprechung der Dauerresultate der Symphyseotomie erwähnt. Es handelte sich um eine Drittgebärende. Bei der ersten Geburt (1891) war an der Klinik Chrobak die Sectio caesarea conservativa ausgeführt worden; das Kind lebt. Bei der 2. Geburt (Ende April 1894) wurde an unserer Klinik die Symphyseotomie ausgeführt; das Kind ist nach einigen Tagen gestorben. Wir amputirten bei der 3. Geburt den Uterus und versorgten den Stiel retroperitoneal.

Im zweiten Falle (No. 70) handelte es sich um ein IX para. Erste Geburt (1887): Craniotomie, Kind enthirnt 4180 g; 2. Geburt (1888): Forceps, lebendes Kind, 4350 g; 3. Geburt (1889); Forceps, lebendes Kind, 4470 g; 4. Geburt (1891): Craniotomie, Kind enthirnt, 4500 g; 5. Geburt (1892): Wendung, Kind todt, 4500 g; 6. Geburt (1893): Symphyseotomie, Kind lebend, 4400 g. Es ist dies der Fall, in dem die Symphyseenden nicht aneinander heilten. Nachdem die Frau das Wochenbett verlassen hatte, bewegten sich die Symphysenenden hin und her, so dass die Frau längere Zeit arbeitsunfähig war, auch nicht im Stande war längere Strecken zu gehen. Diese Beschwerden besserten sich im Laufe der Zeit, so zwar, dass, als sie im Jahre 1895 wieder an die Klinik zur Entbindung kam, sie einen ganz normalen Gang hatte und auch schon während der Schwangerschaft vollständig arbeitsfähig war. Die Symphysenenden bildeten aber fast in derselben Weise, wie einige Zeit nach der Entlassung, ein Schlottergelenk. Die Frau war gebärend an die Klinik gekommen, obzwar ihr bedeutet worden war, dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt dringend nothwendig sei, um ein lebendes Kind zu erhalten. Es wurde nun der hohe Forceps versucht und nach Misslingen desselben die Craniotomie ausgeführt. Es handelte sich um ein Riesenkink, das enthirnt 5000 g wog. Es gelang also trotz des Schlottergelenkes nicht, die allerdings ganz besonders grosse Frucht mit dem Forceps zu entwickeln. Auch nach diesem Wochenbette



waren Gang und Arbeitsfähigkeit vollständig zufriedenstellend. Am Ende der achten Schwangerschaft (1897) kam die Frau gebärend an die Klinik. Sie hatte offenbar geflissentlich die Zeit zu der ihr angerathenen künstlichen Frühgeburt verstreichen lassen. Da sie kein lebendes Kind wünschte, wurde nach hohem Forcepsversuch, der wieder misslang, die Craniotomie ausgeführt. Das Kind wog 3700 g. Trotzdem also das Kind das kleinste von allen war, so liess sich dasselbe dennoch nicht mittelst Forceps entwickeln. Es hat demnach die Symphyseotomie das Becken nicht dauernd erweitert, jedenfalls nicht derart, dass der vielleicht härtere Schädel, als es die anderen waren, durch das Becken hätte unverkleinert durchgezogen werden können. Als nun die Frau am Ende der neunten Schwangerschaft (1898) an die Klinik kam, führten wir ihrem Wunsche nach einem lebenden Kinde entsprechend, die Sectio caesarea nach Porro aus. Das 4700 g schwere, 58 cm lange Kind wurde lebend entwickelt.

Im dritten Falle (No. 72) handelte es sich um eine Viertgebärende, an der beim ersten Partus (1893) die Symphyseotomie an unserer Klinik ausgeführt worden war. Das Kind war am 4. Tage p. p. an Lungenatelectase gestorben. In der zweiten Schwangerschaft (1894) Einleitung der künstlichen Frühgeburt; Kind asphyctisch, stirbt nach 1 Stunde. Bei der dritten Schwangerschaft (1895) wurde abermals die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Das Kind war wieder asphyctisch und konnte nicht wiederbelebt werden. Nach den ungünstigen Resultaten mit der künstlichen Frühgeburt entschlossen wir uns bei der neuerlichen Schwangerschaft (1898) das Ende der Gravidität abzuwarten und die Sectio caesarea conservativa auszuführen. Es wurde dabei ein lebendes Kind von 2800 g entwickelt.

## 7. Vaginaler Kaiserschnitt.

Ich kann die Besprechung der Kaiserschnitte nicht beenden, ohne die Sprache auf den vaginalen Kaiserschnitt zu bringen, um so mehr, als ich in derselben eine sehr werthvolle Errungenschaft der modernen Operationstechnik erblicke. Den ersten vaginalen Kaiserschnitt führte bekanntlich Dührssen<sup>1)</sup> am 24. April 1896 in einem Falle aus, an welchem am 26. November 1894 eine Vaginofixation und Colpoperineorrhaphie ausgeführt worden war.

---

1) Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt. Karger. Berlin 1897.

In seiner Besprechung stellt er folgende Regelwidrigkeiten als Indicationen für die Sectio caesarea vaginalis hin: Cervixcarcinom, Myom des Cervix und des unteren Uterinsegmentes, Rigidität des ganzen Cervix, Stenose des Cervix und der benachbarten Scheidenpartien, die partielle sackförmige Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnittes. Als zweite Gruppe von Indicationen führt er Krankheiten des Respirations- und Circulationsapparates, Krankheiten der Nieren und lebensgefährliche Zustände der Mutter, die voraussichtlich den Tod derselben herbeiführen können, an.

Ich habe im Jahre 1897 einen vaginalen Kaiserschnitt ausgeführt, der sich unter die vierte Indication (Cervixstenosen) subsumiren lässt. Es handelte sich um ausgebreitete Narbenbildung an der Portio und in der Vagina bei einer Primipara nach einem überstandenen Noma infolge eines schweren Typhus (publicirt in „Ueber den Einfluss der modernen Gynäkologie auf die Geburtshilfe. Wiener medicinische Wochenschrift. 1898. No. 28 u. ff.). Ich habe aus dieser Operation den Eindruck gewonnen, „dass die vaginale Sectio caesarea für geeignete Fälle entsprechend der Indicationsstellung Dührssen's als eine werthvolle Bereicherung der operativen Technik zu begrüßen ist.“

Mein damals ausgesprochenes Urtheil kann ich heute nur wiederholen und habe die Ueberzeugung, dass die vaginale Sectio caesarea in den meisten Fällen der Indicationsstellung Dührssen's mit gutem Erfolge anzuwenden ist. Ich würde nur in wenigen Punkten von dieser abweichen.

Fälle von operablen Portio- und Cervixcarcinom sind sowohl in der späteren Zeit der Schwangerschaft, wenn Uterus und Frucht nicht mehr in toto extirpirt werden können als auch intra partum für diese Methode sehr geeignet, da die vaginale Uterusexstirpation gleich angeschlossen wird und auf diese Weise die Infectionsgefahr für das Peritoneum sicher eine geringere ist, als wenn die Frucht per Laparotomie entwickelt wird. Nach Dührssen operirten aus dieser Indication Winter, Hegar, Pfannenstiel, Mittermaier, Seiffart, Schauta, Michelini, Acconci (vergl. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge No. 232) und in letzter Zeit Baumann (letzter Congressbericht), sowie Olshausen (entwickeltes Kind, 2900 g schwer) Sitzungsber. der Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, Sitz. 23. 3. 1899. In einem 2. Falle führte Olshausen den vaginalen Kaiserschnitt mit folgender Totalexstirpation wegen eines grossen Blumenkohlgewächses der Portio im 6. Monate aus (Opitz,

Sitz. der Ges. f. G. u. G. in Berlin, 12. Mai 1899, C. f. G. 1899, S. 816). Von diesen ging der Fall Seiffart's an Herzlähmung, der Fall Acconci's an hochgradiger Anämie zu Grunde, es starb also kein Fall in Folge septischer Peritonitis, was für die Würdigung des Werthes dieser Methode besonders hervorgehoben zu werden verdient. Gleich gute Resultate besonders in Bezug auf septische Infection des Peritoneums dürften weder durch die abdominelle Sectio caesarea, der nach Vernähung des Uterus die vaginale Totalexstirpation folgt, wie es Olshausen (Zeitschrift f. Geburtsh. Bd. XXXVII. H. 1) und Fehling (Münchener medic. Wochenschr. 1897. No. 47) befürworteten, zu erreichen sein. Die schlechtesten Erfolge würde man erzielen, wenn man der abdominalen Sectio caesarea die abdominelle Totalexstirpation folgen liesse.

Die Technik der Operation wurde von Dührssen in seinen beiden Publicationen in der Weise geschildert, dass das Peritoneum vorn und hinten erst durch die Fortsetzung der Spaltung des Uterus eröffnet wird. Ich würde vorziehen, nach gründlicher Verschorfung des mit dem Paquelin erreichbaren carcinomatösen Gewebes die Portio zu umschneiden, die Blase hinaufzuschieben und sogleich den Douglas zu eröffnen und mit Nähten das Peritoneum mit der hinteren Vaginalwunde zu vereinigen, hierauf den unteren Theil der Ligamente abbinden und nun die vordere und hintere Spaltung des Uterus vornehmen, der die Extraction der Frucht folgen wird. Ich habe die Ansicht, dass man mit der frühzeitigen Versorgung des Peritoneums des Douglas noch mehr Blut sparen kann. Wir wissen ja doch von den gynäkologischen Totalexstirpationen her, dass es aus der Stelle des Ueberganges des Peritoneum des Douglas auf das Ligament gerne blutet, vorausgesetzt, dass diese Stelle nicht genügend versorgt wird. Es wäre nur als Nachtheil in Erwägung zu ziehen, dass die Extraction der Frucht bei eröffnetem Peritoneum vor sich geht. Dies hat nach meiner Ueberzeugung für die Prognose der Operation gar nichts zu bedeuten.

Nach der Entwicklung der Frucht ist die sofortige manuelle Entfernung der Placenta angezeigt, da sich der Uterus dadurch bedeutend verkleinert und so leichter ins Becken hereingezogen werden kann. Dieses starke Hereinziehen stillt sicher besser die Blutung, als ein Sitzenlassen der Placenta, in welcher Ansicht ich mit Fritsch und Dührssen übereinstimme.

Bei der Totalexstirpation des entleerten Uterus werden nicht immer starke Verlängerungen der Schnitte bis ins Corpus noth-

wendig sein. In dem einen Fall, in dem ich wegen unstillbarer Blutung bei einer Placenta praevia accreta die Totalexstirpation unmittelbar post partum vornahm, war die Exstirpation eine so leichte, der Uterus zog sich so sehr in die Länge, dass Incisionen in die Uteruswand durchaus nicht nothwendig erschienen.

Für tiefsitzende, den Douglas stark herabdrängende Cervix-myome möchte ich den vaginalen Kaiserschnitt nicht so ohne weiteres allgemein befürworten. Wiewohl er für manche Fälle von kleineren Myomen wegen der durch die Schwangerschaft bedingten Auflockerung sicher leicht durchführbar sein wird, so würde ich bei grossen Tumoren, auch bei solchen, wie sie Dührssen in seiner ersten Arbeit S. 70 abgebildet hat, die schwere Blutung fürchten, die auftritt, wenn das Myom zu wenig rasch entwickelt werden kann, und daher den abdominalen Kaiserschnitt vorziehen. Bei grossen, über den Beckeneingang hinaufreichenden Tumoren ist bei weit vorgeschrittener Schwangerschaft die Diagnose über deren Grösse eben enorm schwer zu stellen.

Bei gefahrdrohenden Zuständen der Mutter halte ich den vaginalen Kaiserschnitt angezeigt, wenn man dadurch Mutter und Kind zu retten hoffen kann. So sind Fälle von schwerer Eclampsie in der Gravidität, vorausgesetzt, dass die Frucht nicht zu gross ist, für die vaginale Sectio caesarea geeignet, wenn man sich nicht zu einer mechanischen und blutigen Dilatation des Cervicallmundes entschliesst. An der Sterbenden würde ich, entgegen der Indicationsstellung Runge's, keinen Kaiserschnitt zur Rettung des Kindes ausführen, demzufolge würde ich auch den für diesen Fall von Dührssen befürworteten vaginalen Kaiserschnitt unterlassen.

Es bleibt noch zu erwägen, ob die vaginale Sectio caesarea nicht in gewissen schweren Fällen von Placenta praevia eine geeignete Operationsmethode ist, um die Patientin vor auch nur geringen Einrissen in der Gegend des Orificium internum zu bewahren und dadurch die Gefahr von schweren Blutungen oder gar Verblutungen aus diesen Rissen sicher zu vermeiden. In Fällen von Placenta praevia mit einer rigiden Cervix, die wohl seltener zur Beobachtung kommen, ist, wie schon hervorgehoben, die intrauterine Colpeuryse nicht ungefährlich. Da nach meinen Erfahrungen durch dieselbe gewöhnlich seitliche Einrisse entstehen, die bei normalem Sitz der Placenta wenig Bedeutung haben, die aber bei dem Blutreichthum des Gewebes bei Placenta praevia höchst gefährlich sind, so ist die intrauterine Colpeuryse bei Placenta

praevia mit der grössten Vorsicht und nur mit einer sehr geringen Zugwirkung anzuwenden. Bei Anwendung eines stärkeren Zuges, wie es ja bei einem rigiden Cervix nothwendig werden kann, ist sie daher nicht ungefährlich.

Es gehen nämlich nach meinen Erfahrungen die meisten Fälle von Verblutung bei Placenta praevia nach Entwicklung der Frucht in Folge solcher Einrisse, nur wenige Fälle in Folge von reiner Atonie zu Grunde.

Dem gegenüber kann hervorgehoben werden, dass die Blutung beim vaginalen Kaiserschnitt eine sehr schwere sein wird. Während der Incision und Entwicklung der Frucht dürfte die Blutung keine sehr hochgradige sein, wenn man successive den Uterusschnitt resp. die Uterusschnitte nach prophylactischer Umstechung weiterführt. Es wäre dann nur die Blutung aus der Wunde nach angelegter Naht zu fürchten.

Sollte eine unstillbare Blutung auftreten, dann hätten wir durch die sofort angeschlossene Totalexstirpation ein sicheres Mittel, die Frau zu retten.

Bei der Vornahme des vaginalen Kaiserschnittes hat man aber

Laufd. No.	Name, Alter. Protocol-No. Jahr.	Wievielt. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
33	Antonia R., 34 J. alt, No. 1429 ex 1892.	4.	Die 5 vorausgegan- gen Geburten ver- liefen normal; letzte Geburt vor 1½ J. Pat. wurde ausser- halb der Anstalt untersucht und ge- bärend in die Kli- nik gebracht.	Die Beckenverengerg. wird durch einen harten Tumor gege- ben, der zwischen der hinter. Vaginal- wand u. dem Rectum spitz beginnend, sich verbreiternd längs der Linea innominata nach rechts aufsteigt, dem rechten Scham- beinaste aufsitzt und den Beckeneingang von rechts her stark verengt. Der Tumor erstreckt sich bis zur Symphyse, die obere Grenze ist nicht ab- zutasten.	Wehenbeginn am 4. 6., 10 Uhr Vorm., Bla- sensprung am 7. 6., 7 Uhr Vorm. Mutter- mund verstrichen. Frucht in Querlage I. Position, Vorfall des rechten Armes u. der Nabelschnur. Temp. 37,2, Puls 104.	Beckentumor.

die Stelle, woher es blutet, klar vor Augen, man kann daher die blutstillenden Umstechungen rasch, in geeigneter Weise und in genügender Anzahl anlegen. Sind diese vergebens, so kann man sich direct davon überzeugen. Es ist gewiss ein grosser Unterschied zwischen den medianen Schnitten und den seitlichen Rissen, über deren Lage und Ausdehnung man sich stets schwer orientiren kann.

Es ist auch nicht erwiesen, ob wirklich aus der vernähten Schnittstelle die gefürchtete schwere Blutung auftritt. Die Erfahrungen mit der medianen Spaltung des Uterus bei der Totalexstirpation post partum, sowie bei gynäkologischen Operationen scheinen gegen das Auftreten einer schweren Blutung zu sprechen. Es könnte die Operation vielleicht auch mit temporärer Blutstillung in der Weise ausgeführt werden, dass man durch einen vorderen und hinteren Schnitt das Scheidengewölbe durchtrennt, das Peritoneum des Douglas und die Blase hinaufschiebt und nun temporär je eine lange Klemme anlegt.

Ueber die Stärke der Blutung müsste erst ein, wie mir scheint berechtigter, Versuch entscheiden.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
7. 6. 4 Uhr Vorm. Sectio caesarea conservativa. Uterusnaht in zwei Etagen, ebensolche Naht der Bauchdeckenwunde. Der Tumor imponirt als ein anscheinend vom Schambeinaste ausgehendes Osteosarcom, das nach aufwärts auf den rechten Darmbeinteller übergegriffen hat. Wie sich später herausstellte, handelte es sich um ein parametranes Exsudat.	Mädchen, lebend, 2500 g schwer, 47cm lang.	Am 4. u. 7. Tage Nachmittagstemperatur 38°, sonst afebriler Verlauf. Am 29. 4. wird die Frau geheilt entlassen.	Nach 6 Wochen aus den Findelhausaes entlassen.	Die Frau hat in den Jahren 1896, 1897 und 1898 je einmal spontan geboren; Kinder lebend. 4. 2. 1896: Spontane Geburt eines lebenden, 3000 g schweren, 50 cm langen Kindes; post part. erscheint die Uterusnarbe eingezogen. — 12. 12. 1897: Spontane Geburt eines lebenden, 3400 g schweren, 51 cm langen Kindes. — Dec. 1898: Spontane Geburt eines lebenden, 3100 g schweren, 50 cm langen Kindes.	Parametranes Exsudat als Geburtshinderniss.

Laufd. No.	Name, Alter, Protocoll-No. Jahr.	Wievielt. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Reschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
34	Barbara M., 26 Jahre, No. 2619 ex 1894.	2.	In der Kindheit Rhachitis. Bei der ersten Geburt (12. 9. 1892) wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet; wegen Nabelschnurvorfalles und Absterben d. Kindes nach 2 tägigem Stillstande der Geburt Craniotomie. Gewicht der enthirnten Frucht 2256 g. — Letzte Menses am 30. Decbr. 1893.	71, 24, 26, 30, 16 $\frac{1}{2}$ , 9, 7. Allgemein verengt, rhachitisch-plattes Becken.	Wehenbeginn am 18. Octbr., 5 Uhr früh, Verstreichen d. Muttermundes um 7 $\frac{1}{2}$ Uhr früh. Blase steht. Frucht in Schädellage. I. Position, Kopf nach links abgewichen. Die Frucht wird auf 3000 g geschätzt. Temp. 36, Puls 80.	Relative Indication; Wunsch der Mutter nach einem lebend. Kinde.
35	Christine C., 38 Jahre, No. 2861 ex 1894.	7.	Von den 6 vorausgegangenen Geburten waren 2 normal (die Kinder starben später), eine Todtgeburt, ein Forceps, zwei Craniotomien. Pat. wurde ausserhalb der Anstalt mehrfach untersucht.	Allgemein verengtes plattes Becken. 21 $\frac{1}{2}$ , 24 $\frac{1}{2}$ , 28, 17, 72, 140, 9 $\frac{1}{2}$ , 7 $\frac{1}{2}$ . Starke Lordose der Lendenwirbelsäule, grosse Beckenneigung.	Wehenbeginn am 10. Novbr., $\frac{1}{2}$ 11 Uhr Nachts, Blasenspr. 5 Uhr früh. Kind (auf über 3000 g geschätzt) in Schädellage II. Position. Kopf oberhalb des Beckeneinganges beweglich am I. Darmbeinteller. Dehnung des unteren Uterinsegmentes. Muttermund verstrichen. Blase seit 5 Stunden gesprungen. Temp. 37,4.	Relative Indication; Wunsch der Eltern nach einem lebend. Kinde.
36	Marie St., 21 Jahre, No. 1921 ex 1894.	1.	Stets gesund gewesen. Letzte Menses 5. Januar 1895.	Allgemein verengtes plattes Becken. 21, 25, 28, 17, 74, 144, 10, 8 $\frac{1}{2}$ . Transversa des Beckeneingangs auch stark verengt. Doppeltes Promontorium.	Wehenbeginn am 19. Nov., 3 Uhr Nachm. Künstlicher Blasensprung am 21. Nov., $\frac{1}{2}$ 12 Uhr Vorm. wegen träger Wehenthätigkeit bei über dem Beckeneingang beweglich. Schädel. Wehenthätigkeit danach nicht stärker. 22. Nov., 10 U. Vorm. Mutterm. 5 cm weit, hintere Scheitelbeineinstellung I. Grades, ziemlich starke Kopfgeschw. Temp. 37,2. Herztöne gut.	Relative Indication; Wunsch der Mutter nach einem lebend. Kinde.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
18. 10., 10 $\frac{3}{4}$ U. Vorm. Sectio caesarea conservativa. Die Placenta sitzt r. hinten. Uterusnaht in 1 Etage. Exstirpation eines subserösen, l. vornesitzenden, haselnussgross. Myoms. Bauchnaht in 2 Etagen.	Mädchen, lebend, 3000 g schwer, 50 cm lang. Trotz stehender BlaseKopfgeschwulst am Tuber parietale.	Afebriler Verlauf. Am 12. 11. wird die Frau geheilt entlassen.	Nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren lebte das Kind (Mittheilung der Findelanstalt).	Vide Fall No. 71.	Entlassungsbefund vom 12. Nov.: Der Fundus des vollkommen frei bewegl. Uterus 3 Querfinger über der Symphyse.
11. 11., $\frac{1}{2}$ 11 U. Vorm. Wegen zweifelhafter Asepsis Sect. caesarea secundum Porro. Der Sagittalschnitt trifft die Placenta. Massiver Schlauch. Beiderseitige Ligatur d. Arteriae uterinae.	Knabe, leicht asphyctisch, wiederbelebt, 3330 g, 51 cm.	Puerper. afebril. Am 12. Tage wird der Stumpf abgetragen. Am 11. 12. verlässt Pat. geheilt die Klinik.	15. 4. 1899. Kind gedeiht.	Vollkommenes Wohlbefinden durch 4 J. 2 stünd. Wallungen zur menstruell. Zeit. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr keine Beschwerden.	Mandarinengr. Bauchhernie i. unteren Wundwinkel. Binde wurde nach einem Jahre abgel. Keine Beschwerden von Seite der Hernie. (Persönlich vorgestellt im April 1899.)
22. 11., 11 Uhr Vorm. Sectio caesarea conservat. Der Sagittalschnitt trifft d. Placenta. Manuelle Compression der Ligamente. geringer Blutverlust, 2fache Etagennaht des Uterus, Netz vor den Uterus gelegt, 2fache Etagennaht der Bauchdecken.	Knabe, lebend, 2720 g, 47 cm.	Puerper. afebril. Am 8. Tage Entfernung d. Nähte, Heilung p. prim. Am 20. Tage (10. Decbr.) wird die Frau geheilt entlassen.	Nach 2 J. lebte das Kind (Mittheilung der Findelanstalt).	10. 2. 1898 Geburt eines lebend., 3250 g schweren, 53 cm langen Kindes durch Wendung u. Extraction.	—



Laufd. No.	Name, Alter: Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
37	Therese K., 34 Jahre, No. 3134 ex 1894.	6.	In der Jugend Rhachitis. I. Partus: Craniot. II. Partus: Künstl. Frühgeburt. III. Partus: Forceps. IV. Partus: Künstl. Frühgeburt. V. Part: Craniotomie. Pat. wurde ausserh. d. Anstalt untersucht.	Asymmetrisch hochgradig verengt, rhachitisch-platt. 23, 26, 29, 17, 76, 131, 9 $\frac{1}{4}$ , 7 $\frac{1}{2}$ . Rhachitische Lendenlordose; 1 Genu valgum, 1 Genu varum.	Wehenbeginn am 11. Dec., $\frac{1}{2}$ 10 U. Vorm., Blasenspr. 5 Stunden später. Frucht in Schädellage I. Position. Herztöne unregelm. Exquisite Bandl'sche Furche nahe dem Nabel, währ. d. Wehe wird die Gestalt d. Uterus ganz unregelm. 2 cg Morphin subc., protrahirte Narc.	Relative Indication; Wunsch nach einem lebend. Kinde.
38	Cäcilie R., 43 Jahre, No. 100 ex 1895. (s. Monatschr. für Geb. u. Gyn. Bd. IX. Heft 4.)	8.	5 regelmässige Geburten, 2 Zangen- geburten. Letzte Menses Ende Mai 1894.	Knöchernes Becken normal. Beckenverengerung durch eine im Douglas eingekeilte Cyste.	Nicht gebärend. Starker irreponibler Prolaps der ödematösen, gänseeigrossen Portio.	Eingekeilte Cyste.
39	Marie St., 29 Jahre, No. 183 ex 1895.	8.	1. Partus: Abortus im 5. Lunarmonate, dann 3 Steiss- und 3 Zangen- geburten. Alle Kinder todt.	Knöchernes Becken normal, Verengerung durch eine im Becken eingekeilte Geschwulst, wodurch das hintere Scheidengewölbe stark herabgedrückt wird.	Seit 3 Tagen Wehen. Der 3 cm weite Muttermund ganz nach links, hoch üb. dem Symphysenrand stehend, kaum mit der Fingerspitze erreichbar, Schädellage I. Pos. Dehnung des unt. Uterinsegments. Contouren des abgewichenen Schädels sehr deutlich zu tasten und zu sehen. Kind auf 3200 g geschätzt. Blase angeblich nicht gesprungen.	Eingekeilte Cyste diagnosticirt, die sich als retroreflectirtes Horn aus Uterus bicorn. herausstellt. Schädel gegen den Beckeneingang gepresst.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
11. 12. 10 Stunden nach dem Wiederbeginn bei verstr. Muttermund. Sect. caesarea secund. Porro. Der Sagittalschnitt trifft die Placenta.	Knabe, tief asphyctisch, wiederbelebt, 3400 g, 52 cm.	Puerperium vollkommen afebril. Am 13. Tage post part. Abtragung d. Stumpfes. Am 25. post partum wird die Frau geheilt entlassen.	Am 5. 1. 1895 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	—
21. 1. 1895: Sectio caesarea conservativa (in d. Gravidität), da sich die Cyste n. entwickeln lässt. Der Sagittalschnitt trifft mitten in d. Plac. 10 tiefe Nähte, mehr. Zwischenn. Der Uterus contrahiert sich gut. Entwickl. der sanduhrförm. Cyste. Ligatur des Stieles in 3 Partien. Separatlig. d. Gefässe, Netz wird vor den Uterus gelegt, Bauchnaht in 2 Etagen.	Knabe, frisch geboren, schreit sofort, 2020 g, 43 cm.	Puerper. afebril. Heilung p: prim. Am 22. Tage post partum wird die Frau entlassen. Entlassungsbef.: Portio plump, 2 cm lang, laceirt, Uterus gut involvirt, Fundus leicht verwachs. mit der vorderen Bauchwand.	Kind stirbt am Tage post part. Sectionsbefund: Lebensschwäche, vollständ. Atelectase der rech., partielle d. l. Lunge.	—	Cyste als Geburtshindern. Sect. caesarea in der Gravidität.
22. 1. 1895. Sectio caesarea conservativa. Uterus von unregelmässiger Gestalt, nach rechts ausgebaucht; nur auf d. rech. Seite Tube u. Ovarium, links d. glatte Uteruswand. Compression d. Uterina daher nur rechts mögl. Uterusschnitt schief von rechts ob. nach links unten. Uterusnaht i. 1 Etage mit Zwischennähten. 2 Ergotininject. Mäss. Blut. b. d. Entwickl. d. Frucht, dann gute Contraction. — Nach Hervorwälzen des Uterus erweist sich die suppon. Cyste als das zweite Horn eines Uterus bicornis unicollis. Die unblädrige Placenta zungenförmig (26 cm, 14 cm) hat 2 handtellergrösse Nebenlappen.	Knabe, leicht asphyctisch, wiederbelebt 3100g, 50 cm. Starke Verschiebung der Schädelknochen. Linkes Scheitelb. durch das Promont. zurückgepresst. Ganzes Gesicht schief.	Puerperium febril. Abds. post oper. Temper. normal, Puls 116. Bis z. 5. Tage normale Temp. Am Nachmitt. Temp. 39°. Linkseit. Phlegmasie. Nach 8 Tagen Entfieberung. — Am 9. Tage Entfernung der Nähte, Heilung per primam. Am 18. Tage Phlegmasie rechts, subfebrile Temperaturen, Puls zwischen 96—110. Am 23. Tage Nachm. Schüttelfrost, Temp. 39, dann remittirendes Fieber bis zum 26. Tage, hierauf normale Temperaturen. Am 43. Tage erstes Aufstehen. Am 48. Tage wird Pat. entlassen. Entlassungsbefund: Portio hochstehend, in der Höhe des oberen Symphysenrandes, Uterus noch etwas vergrössert, circa 10 cm über dem oberen Symphysenrande, aus den Bauchdecken fixirt. Beide Parametrien frei, auf Druck nicht schmerzhaft. Das kleine linke Uterushorn liegt dem rechten in normaler Lage an und lässt sich gegen dasselbe hin und her bewegen. Cervicalkanal bis zur Scheidenwand 2 cm lang, für den Zeigefinger durchgängig, die Oeffnung in den Cervicalkanal des rechten Hornes und für den kleinen Finger durchgängig, links enger.	Am 15. 3. von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	Uterus bicornis.

Laufd. No.	Name, Alter, Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
40.	Katharina S., 42 Jahre, No. 622 ex 1895.	8.	Alle 7 vorausgegangenen Geburten verliefen normal. In d. letzten 2 Monaten d. 8. Gravidität war d. Frau bettlägerig. Sie wurde ausserhalb d. Anstalt von Arzt u. Hebamme untersucht.	Osteomalacisch. 23, 27, 28, 18, Symphyse schnabelförmig zugespitzt, Beckeneingang kartenherzförmig.	Wehenbeginn 11. 3. 12 Uhr Nachts. Abgang missfarbigen Fruchtwass. Frucht in Schräglage. I. Position. Kindl. Herztöne laut, langsam, unregelmässig.	Osteomalacie.
41.	Anna F., 25 Jahre, No. 829 ex 1895.	2.	1. Partus Forceps (Kind am Tage post partum gestorben).  steht eine von d. Operat. ein. vor 2 Jahren bei der ersten Geburt acquirirten Vesico-Vaginalfistel herrührende Narbe, die in das vordere Scheidengewölbe übergeht und eine Cervixstenose bewirkt.	Allgemein verengt platt. 23, 25, 28 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> , 16 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> , 9 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> , 8. Links vorne am Cervix besteht eine von d. Operat. ein. vor 2 Jahren bei der ersten Geburt acquirirten Vesico-Vaginalfistel herrührende Narbe, die in das vordere Scheidengewölbe übergeht und eine Cervixstenose bewirkt.	Wehenbeginn am 8. 4. 12 Uhr Nachts. Blasenprung 24 Stund. später, vorzeitig. Ansteigen der Temperatur auf 38,5, nach einigen Bäd. Abfallen derselb. auf 37,5, ohne dass d. Geburt fortschr. oder d. Schädel d. in Schädel I. Stellung befindlichen Frucht einträte.	Relative Indication, Wunsch d. Mutter nach einem lebend. Kinde.
42.	Anna T., 22 Jahre, No. 1042 ex 1895.	3.	In der Jugend Rachitis. I. Partus: Sectio caesarea conservat. (Klinik Chrobak) im Aug. 1891. Kind lebt. II. Partus: Symphyseotomie (Klinik G. Braun) April 1893. Kind nach einigen Tagen gestorben.	Allgemein verengt, rachitisch, platt. 24,5, 25, 29, 15, 71, 8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> , 7. Dreifaches Promontorium.	Die Frau befindet sich a. Schwangerschaftsende. Keine Wehen. Cervicalkanal 3 cm lang, innerer Muttermund für 2 Finger durchgängig. Frucht in Schräglage II. Position. Temperatur normal.	Relative Indication. Wunsch d. Mutter nach einem lebend. Kinde und Sterilität.
43.	Theresia H., 24 Jahr., No. 1582 ex 1895.	1.	Angeblichstes gesund gewesen. Pat. wurde ausserhalb der Anstalt untersucht, kam fiebernd (38°) auf die Klinik.	Allgemein verengt, rachitisch, platt. 24, 26, 29, 16 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> , 9, 7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> , (vom 2. Promontor. aus gemessen). Beck. schräg verengt, Symphyse etwas nach rechts verschoben. Kyphoscoliose des Brustantheiles nach rechts, starke Lordose der Lendenwirbelsäule, Innenfläche des Kreuzbeins convex, doppeltes Promontorium. Beckenausgang vergrössert. Hymen septus.	Vorzeitiger Blasenprung am 23. 6. 7 Uhr Abds., Wehenbeginn 24. 6. 7 Uhr Mittags. Befund ante operationem am 25. 6. 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr Abends: hochgradig drohende Uterusruptur, tiefe Einziehung über d. Schädel. Vagina sehr enge, Scheidengew. wenig herabgedrängt, Portio verstrich., Muttermund 3 cm weit, scharfisaumig. Hinterscheitelbeineinstellung. Gr. Kopfgeschwulst, Schädel gegen den Beckeneingang gepresst, noch etwas beweglich, rechte Schädelhälfte unter der Symphyse hervorragend. Unteres Uterinsegment papierdünn. Hochgradig drohende Uterusruptur. Temperatur 8,2, Puls 96.	Relative Indication. Wunsch der Frau nach einem lebendem Kinde.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
12. 3., $\frac{1}{2}$ 12 Uhr Mit- tags, Sectio cae- sarea secundum Porro. 1 Schlauch angelegt.	Knabe, tief as- phytisch, nicht wiederbelebt, 3100 g, 51 cm.	Puerperium afebr. Am Tage post op. Nachblut., obwohl währ. d. Oper. jederseits d. Uterina, wie in jed. Falle, oberhalb d. angelegten Schlauches umstochen worden waren. Verbandwechsel, An- legen einer zweiten elastischen Ligatur, trotzdem blutet es parenchymatös schwach weiter. Am 8. Tage Entfernung der Nähte, Heilung per pri- mam. Am 19. Tage Abtragung des Stumpfes. Am 32. Tage post op. (13. 4.) wird d. Frau geheilt entl.	—	—	Die Knochen- schmerzen liessen sofort nach der Ope- ration nach.
12. 4., 2 Uhr früh, (50 Stund. nach dem Blasensprunge): Sectio caesarea conservativa. Sa- gittaler Längsschnitt trifft d. vorne sitzen- de Placent. Uterus u. Bauchnaht je 2 Etage. 2 Ergotinjectionen.	Mädchen, lebend, 2500 g, 45 cm.	Puerperium afe- bril. Mässige Bronchitis. Hei- lung per primam. Am 2. 5. (21. Tage post ope- rationem) wird die Frau ent- lassen.	30. 5. 1895 an Bron- chitis ge- storben.	—	—
5. 7. Sectio caesa- rea mit Entfern. des Uterus u. re- tropéritonealer Stielversorgung. Handtellergr. Adhäsion d. Uterus an d. vord. Bauchwand, die um- schnitten wird. Vor Beginn d. Operat. 2 Ergotin inject. — Uter. contrah. sich vorzügl., keine Blut. — 2fache Etagennaht der Bauchdecken.	Mädchen, lebend, 2750 g, 49 cm.	Puerperium afe- bril. Heilung per primam. Am 4. Tage Entfernung des Jodoform- streifens. Am 20. Tage post partum wird die Frau geheilt entlassen.	25. 7. von der Findel- anstalt ge- sund ent- lassen.	—	Sectio caesar. vor Wehenbe- ginn.
25. 6., 7 Uhr Abds.: Sectio caesarea secundum Porro. Asphyxie zu Beginn der Narcose. Vor- zeitige Abklemmung der Nabelschnur. Schwierige Entwick- lung des Schädels aus d. straff an ihn angelegten unteren Uterinsegment. Tem- peratur post partum 37,6, Puls 84.	Mädchen, tief as- phytisch, wiederbe- lebt, 3000 g 50 cm, oberhalb d. rechten Ohrmusch. eine kreuz- zergrosse Druck- usur.	Puerperium voll- kommen afebril. Heilung per pri- mam. Am 28. 7. wird die Frau geheilt entlassen.	Am 18. 7. 1895 von der Findel- anstalt ge- sund ent- lassen.	—	Drohende Uterusruptur.

Laufd. No.	Name, Alter, Protocoll-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
44.	Marie H., 38 Jahre, No. 2308 ex 1895.	8.	Bis vor 4 Jahren stets gesund. Damals Entsteh. ein. Geschwulst am linken Tuber ischii. Die 3 vorausgegang. Geburten verliefen normal. Letzte Menses 16. 12. 1894. Die Frau wurde wegen der das Geburtshinderniss abgebend. Neubildung zweimal auf der Klinik Albert (7. 5. 1893 und 4. 2. 1895) operirt.	Beckenverengerung durch einen Tumor gegeben, der als mannskopfigrosse Geschwulst vom äuss. hinteren Drittel des Oberschenkels bis an die Rima ani reicht. Der Tumor ragt von linkerher in d. Scheide hinein, von bläulich., theilweise ulcerirter Vaginalschleimhaut bedeckt. An der Aussenfläche d. Tumors Narben von d. Operationen her.	Tympania uteri. Kind in Schädellage I. Stellung. Ausserhalb der Anstalt Forcepsversuch, dann Craniotomie, Excerebration. Misslung. Anlegung des Cranioclasten.	Absolute Indication.
45.	Franziska V., 35 Jahre, No. 2925 ex 1895.	5.	Bis zum 16. Lebensjahre war Pat. angeblich stets gesund, Entwickl. d. Spondylolisthesis seit dem 16. Lebensjahre. — 4 Geburten: I. Wendung und Extraction (Kind todt) 1886. II. Künstliche Frühgeburt (Kind todt) 1891. III. Frühgeburt (durch starken Husten infolge Bronchitis) einer macerirten Frucht. (Febr. 1894). IV. Abortus im Dec. 1894. — Letzte Menses am 9. März 1895. Gravidität normal.	Hochgradige Spondylolisthesis (vide Arch. f. Gynäkol. Bd. 32. Heft 1). 26, 30, 28 $\frac{1}{2}$ , 18 $\frac{1}{4}$ , 77, Conj. pseudovera 6 $\frac{1}{2}$ .	Wehenbeginn am 3. Dec., 3 Uhr Morgens, vorzeitig. Blasenspr. Infolge colossalen Hängebauches Uter. zwischen den Oberschenkeln. Frucht in Schräglage II. Posit., Schädel auf den r. Darmbeinteller abgewichen. Muttermund hoch hinaufgezogen, 4 cm weit, Cervicalcanal 3 cm lang. Temp. normal.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde.
46.	Anna M., 27 Jahre, No. 3000 ex 1895.	1.	In der Jugend krank gewesen, spät gehen gelernt. Ausserhalb der Anstalt von Arzt u. Hebamme unters.	Allgemein verengt, rhachitisch platt. 24, 26, 27 $\frac{1}{2}$ , 15 $\frac{1}{2}$ , 76, 127, 8. 6 $\frac{1}{2}$ . Lumballordose. Doppelt. Promontorium.	Wehenbeginn am 11. Dec. früh, seitlicher Blasensprung am 12. Dec. früh. Frucht in Schädellage I. Pos. Kopf auf dem rech. Darmbein. Orificium 7 cm weit. Convolut pulsirender Nabelschnur vorliegend. Temp. 37,1. Morphinum 0,02 subcut.	Absolute Indication.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
20.9., 1/2 11 Uhr Vorm., Sectio caesarea secundum Porro. Sagittalschnitt.	Mädchen, todt, 3900 g, 55 cm.	Puerperium in den ersten 7 Tagen normal, Puls um 100. Am 8. Tage Entfernung der Nähte. Nachm.- Temp. 38,2, Puls 116, Euphorie. Nachmitt.-Temp. 37,6, Puls 108. Melcorismus. Am 10. Tage platzt plötzlich bei ein. Hustenstosse die Bauchwunde. Se- cundärnaht. Die Frau verfällt u. stirbt am 12. Tage post partum.	—	—	Obductions- befund: My- xosarcoma re- gionis glutealis sin. in vaginam tendens et in pelvin miner., partim icho- rosa partim suppurata De- generatio adipo- sa viscerum. Das Sarcom wari. d. Bauch- höhle durchgebrochen u. die Perfor. d. Ursache für d. Peritonitis, somit auch für d. Meteorismus, der offenbar auch das Platzen der Bauchwunde her- vorrief.
3. Dec., 10 Uhr Vorm. Sectio caesarea conserv. Sagit- talschnitt trifft die Placenta. Ma- nuelle Compression d. Uterinae. Uterus- und Bauchnaht in je 2 Etagen. Leichte Atonia uteri. 3 Er- gotininjectionen.	Leicht asphyet., wieder- belebt, 3550 g, 52 cm.	Puerper. afebril. Am 8. Tage Ent- fernung d. Nähte, Heilung p. prim. Am 17. Tage ver- lässt sie das Bett u. wird am 30. 1. 1886 gesund ent- lassen.	Am 14. 12. 1896 von der Findel- anstalt gesund entlassen.	Vide Fall No. 63 dieser Statistik.	Spondylo- lithesis.
12. 12., 11 Uhr Vorm. Sectio caesarea conservat. Haut- schnitt, Vorwälzen d. Uterus, prov. Schluss der Bauchwunde mit Bozemann. Uterus- längsschn. trifft die Plac. Rasche Entw. d. Frucht, der die Plac. vor d. Ab- nabel. folgt. Chloro- formasphyxie, künst- liche Athm., Uterus- naht in einer, Bauch- naht in zwei Etagen.	Knabe, apnoisch, wieder- belebt, 2550 g, 45 cm.	Bis z. 8. Tag. afebr. Lapistouchirung von zweier klein. klaf- fenden Stellen im oberen u. unteren Wundwinkel. Am Abend des 8. u. 9. Tages infolge Stillens d. Kind. 38,5. Die Temp. fällt nach dem Absetzen d. Kind. auf 38,3 und 37,9 in den folgenden 2 Tagen, um dauernd normal zu bleiben. Geringe Secretion aus der Nahtfistel. Pat. wird vollkommen geheilt am 12. Januar 1896 entlassen.	Am 12. 1. 1896 von d. Findel- anstalt gesund entlassen. Lebt im J. 1899 (Mitthei- lung der Mutter).	Vide Fall No. 74 dieser Statistik.	—

Laufd. No.	Name, Alter, Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
47.	Franziska L., 37 Jahre, No. 115 ex 1896.	1.	Letzte Menses 14. Juni 1895. Im 3. Lunarmonat leichte Blutungen von 2 tägiger Dauer. Erste Kindesbewegung in der zweiten Hälfte Octbr. Seit 3 Wochen starke Blutungen.	Normal.  12. Abends Durchblutung des Tampons; erneute Tamponade. Am 15. Jan. Einführung einer Bougie zur Einleitung d. Frühgeburt, da die Tamponaden stets bald durchgeblutet sind. Nach 3 Stdn. sickert Fruchtwasser ab. Nachmitt. Entfernung der Tamponade, inn. Mutterm. für 1 Finger durchgängig, sehr derb, starke Blutung. Colpeurynter. Starke Schmerzen, keine Wehen. Temp. 37,7.	In der Nacht vom 9. zum 10. Januar Colpeuryse, am 11. bei für 1 Finger durchgängigem Mutterm., 3 cm langem Halscanal Tamponade m. Jodoformgaze. Am	Placenta praevia, rigider Muttermund, Torpidität des von Myomknoten durchsetzten Uterus.
48.	Marie R., 20 Jahre, No. 350 ex 1896.	1.	In der Jugend Rhachitis, mit 4 Jahren gehengelernt. Letzte Menses 15. Mai 1895.	Allgemein verengt, rhachitisch platt. 23 $\frac{1}{2}$ , 25, 29, 15 $\frac{3}{4}$ , 73, 8 $\frac{3}{4}$ , 6 $\frac{3}{4}$ .	Wehenbeginn am 1. Febr. Pat. kommt am 2. Febr. um 8 $\frac{3}{4}$ Abends an d. Klinik. Untersuchg. ergibt: Schädellage I. Pos., Mm. 2 cm weit, Blase nicht gesprungen. Grosse Frucht, grosse Fruchtwassermenge.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde.
49.	Anna Sl., 20 Jahre, No. 419, ex 1896.	1.	Stets gesund gewesen. Ausserhalb der Anstalt untersucht.	Normal.	1 schwerer eclamptischer Anfall ausser der Anstalt, 3 weitere mit hochgrad. Cyanose und Athmungsstillst. Keine Wehen, Muttermund 3 cm weit, Cervix derb. Schädel geg. d. Beckenr. gedrängt. Frucht in Schädel. I. Pos., auf 4000 g geschätzt. 2 g Morphium, 2 g Chloralhydr., heiss. Bad, zu Beg. j. Anf. Narcose.	Eclampsie.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
15. Jan., 8 Uhr Abds. Sectio caesarea secundum Porro, dabei keine Blutung. Placenta 600 g schwer, 22—15 cm im Durchmesser. Bauchschnitt in zwei Etagen.	Knabe, lebend, 1540 g, 35 cm.	Vom 5. zum 11. Tage Nachmitt. subfebrile Temperaturen. Nach Entfernung des Stumpfes afebriles Wochenbett. Am 22. Tage leichte Bronchitis. Am 18. Febr. geheilt entlassen.	Kind am 18. 1. gestorben an Debilitas vitae.	—	Placenta praevia, Uterus myomatosus.
Am 2. Febr., $\frac{3}{4}$ 11 Uhr Nachtstypische Sectio caesarea conservativ. Vorderer Längsschnitt. Der Schnitt trifft die Placenta. Uterusnaht in 1 Etage. Mässige Atonie, 3 Ergotinjectionen.	Lebend, 3350 g, 52 cm.	Febril. Am 3. Tage Temp. 38,6 bis 38,9, Vaginalirrigation, Einlauf, darnach 3 Stühle. Früh um 5 Uhr Schüttelfrost, Temp. 40,0 bis 40,2. 6. 2. Temperat. 38,8, Puls 140, absolut keine Zeichen von Peritonitis. Uterinirrigation, Abgang von Deciduaefetzen. Nachm. Temperaturabf., Euphorie. In d. nächst. 3 Tag. noch Temp. v. 37,5—39,6, übelriech. Lochien, Endometritis. Vaginale u. am 8. 2. eine intrauterine Irrigat. Am 8. Tage (10. 2.) Entfernung d. Hautnähte, Wunde p.p. geheilt, Uterus an d. Bauchd. fixirt, Fundus 2 Querfing. üb d. Nabel. Von da ab norm. Temp. und Puls. Euphorie. Entlassung am 21. Tage post partum.	Am 15. 6. 1896 an Darmentzündung gestorben.	1897.	—
11. Febr., 3 U. Nachm. Sect. caes. cons. Während d. Operat. ecl. Anf. Der 30 cm lange Schn. trifft die Plac. 2 Ergotininject., anfangs manuelle Compression der Ligamente. Plac. sehr gross, succulent. Einf. Naht d. Uterus, zweif. d. dicken ödematösen Bauchdeck. Leichte Atonie. 3. Ergotininject, Eisbeutel auf d. Bauch.	Mädchen, asphyet., wiederbelebt, 3700 g, 55 cm.	$\frac{1}{2}$ Stunde p. part. und 1 Stde. post part. je ein Anfall. Andauernd hohes Fieber, Exitus letalis 4 Tage post part. im Coma, das seit d. Aufnahme bestand.	Am 15. 2. gestorben.	—	Sectionsbefund: Oedema cerebri acutum. Degen. adip. cordis et hepatis et renum ex eclampsia. Punktförmige Hämorrhagien an der convexen Fläche des rechten Leberlappens. Bronchitis cat. capillaris et Pneumonia lobul. incipiens ex aspiratione. Die Verhältnisse der in 2, stellenweise 3 angelegten Laparotomiewunde normal.



Laufd. No.	Name, Alter. Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
50.	Sophie L., 34 Jahre, No. 914 ex 1896.	6.	Vor circa 14 Jahren rheumatische (?) Af- fection, hauptsäch- lich des Beckens u. der oberen Extremi- täten (ohne Fieber), die die Pat. fast drei Monate ans Bett fesselte. Heilung d. 6 wöchentl. Bäder- cur. Die Schmerzen concentrirten sich b. Stehen a. d. Sacrum, beim Sitzen auf die Sitzknochen (wahr- scheinlich e. osteo- malacische Af- fection). I. Partus	23, 26, 26, 17, 74, 10, 8 $\frac{1}{2}$ . Ausgangs- transversa 6. Osteo- malacisches kle- blattförm. Becken. 2-Form des Scham- bogens. — D. Rippen sind druckschmerz- haft, aber nicht ein- drückbar. — Die Abductionsfähigkeit der Oberschenkel ist bedeutend verrin- gert, so dass dieses Symptom auf Osteo- malacie aufmerksam macht.	Wehenbeginn 31. 3., 3 Uhr Nachm. 40 Std. nach dem Be- ginn der Wehen ist der Schädel m. einer starken Kopfgeschw. fixirt. Schädellage I. Pos. Der Mutterm. ist verstrichen, die Blase wird um 9 U. Vormitt. gesprengt, Abgang von dick- missfarbig. Frucht- wasser.	Absolute Indi- cation wegen der hochgrad. osteomalaci- schen Becken- verengerung.
			vor 14 Jahren, II. Part. vor 13 Jahren, III. Partus (Abortus im 4. Lunarmonat) vor 12 Jahren, IV. Part. vor 9 Jahren, V. Part. vor 7 Jahren. Alle Graviditäten und Geburten verliefen normal, ohne irgendwelche Beschwerden. In den ersten 3 Monaten der jetzigen Gravidität Salivation. — Patientin wurde ausserhalb der Anstalt von einem Arzte und einer Hebamme untersucht.			
51.	Franziska D., 21 Jahre, No. 2582 ex 1896.	1.	Pat. will stets gesund gewesen sein, lernte mit 3 Jahren gehen, ist angeblich seit dem 15. Lebensjahre einseitig; klagt öft. über Bauchschmer- zen und Kollern in den Därmen. Letzte Menses 28. 2. 1896.	Rhachitisch platt, schräg verengt. 26, 28, 31 $\frac{1}{2}$ , 16 $\frac{1}{2}$ , 78, 9 $\frac{1}{4}$ , 7 $\frac{3}{4}$ . Die linke Beckenhälfte ist ge- räumiger als d. recht. Pat. ist 135 cm lang, sehr anämisch, zeigt rhachitischen Rosen- kranz, Säbelbeine, rhachitische Zähne. Kyphoscoliosis dors. dextra cum compens. scoliosis lumbali si- nistra.	Befund am 22. 10. Scheide mittelweit, äusserer Muttermund für 2 Finger durch- gäng., scharf saumig, Kopf d. in Schädel- lage, I. Position, be- findlich. Frucht be- wegl. üb. d. Becken- eingang. Temp. 36,9. Keine Wehen. (Gra- vidität im Beginne des 10. Lunarmon- ats.)	Relative Indi- cation, Wunsch der Mutter nach einem lebend. Kind.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
44 Stunden nach dem Wehenbeginn, 2. 4. 1886, 11 U. Vorm., Sect. caes. secundum Porro. Extraperitoneale Stielversorgung.	Knabe, lebend, 3150 g, 50 cm.	Afrebriler Verlauf. Am 14. Tage Abtragung des Stumpfes. Am 30. 4. wird die Frau geheilt entlassen.	Am 30. 4. 1896 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	Entlassungsbefund am 30. April: Keine Druckschmerzhaftigkeit d. Rippen, keine Schmerzen b. Gehen. Maximaldistanz der inneren Condylen der stark flectirten Kniegelenke 45 cm. Bei Druck und Compression beide Cristae leicht federnd. Line terminalis in der
22. 10. 10 $\frac{1}{4}$ Uhr Vormittags. Sectio caesarea conservativa. D. Längsschnitt trifft die vorn sitzende Placenta. Entwicklung der Frucht, rasche Entfernung der Eihäute und Placenta. Der Uterus contrahirt sich gut. Uterusnaht nach Fritsch. 2fache Naht d. Bauchdeck, 2 Ergotinjectionen. Bei Eröffnung des Bauches entleerte sich eine geringe Menge rothgelblicher seröser Flüssigkeit.	Mädchen, lebend, 2800 g, 48 cm.	Am 5. Tage der Operation grosse Schmerzen, Morphiuminjct. 0.02. Temp. und Puls normal. Am Tage post operat. starke Bauchschmerzen. Darmrohr, Abgang von Flatus. Puls u. Temperat. normal. Zunge feucht. Am 2. Tage post op. 7 Uhr Abends Temp. 37.8, Puls 140. Thee, Cognac, Wein; Abends Erbrechen, Eispillen. Auf Glycerinklysma, das Mittags gegeb. wurde, Entleerung von Flatus und wenig Koth, Meteorismus. Geringer Singultus in d. Naht. Tags darauf Besserung der Symptome, Nachts Erbrechen, Schmerzen im Abdomen, Puls klein. Darmirrigation erfolglos, Puls 160, Respiration 33, Temp. 37.4. 26. 10. (3. Tag post op.) Puls 140, Temp. 37.8, andauernde, nicht zu behebende Obstipation, häufiges Erbrechen grüner, etwas fäcal riechender Massen, erschwerte Athmung. Anhalten dieses Zustandes unter geringer Temperatursteigerung (38.2) bis zum Exitus letalis, der am 6. Tage post op. erfolgt.	Gegend des Tuberculum ileo-pubicum sin. scharf geknickt, rechts weniger, daher linke Mikrochorde 4 $\frac{1}{2}$ cm, rechte 5 cm. Das Kind lebt am 31. 1. 1899 (schriftliche Mittheilung d. Findelanstalt).	—	Sectionsbefund: Ulcera rotunda ventrum perforat. ulceris parietis posterior. subsequente peritonitide diffusa fibrinosa purulenta. Degeneratio adiposa myocardii, hep. renumque. Anaemia universalis. Sectio caesarea facta ante dies XII. Rachitis. Muttermund für 1 Fing. durchgängig.

Laufd. No.	Name, Alter. Protocoll-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
52.	Christine M., No. 2621 ex 1886.	1.	Ausserordentlich in- telligente Person. Angeblich stets ge- sund gewesen. — Letzte Menses an- geblich im März 1896.	Chondrodystrophia congenita. 23, 26, 29, 17, $7\frac{1}{4}$ , $5\frac{1}{2}$ , 112. Transversa d. Beckeneingangs 11.	Gravidität im 10. Lu- narmonat. Keine Wehen. Frucht (auf 2800 g geschätzt) in Schädellage I. Stel- lung.	Absolute Indi- cation.
53.	Julie K., 24 Jahre, No. 2690 ex 1896.	1.	In der Kindheit Rha- chitis; mit 4 Jahren gehen gelernt. Im 9. Lebensjahre Va- riola, seither ange- blich immer gesund. Menses seit dem 19. Jahre normal. Letzte Menses am 25. I. 1896, Kindes- bewegungen seit 26. 4. verspürt.	Allgemein verengtes, rhachitisch plattes Becken. 23, 25, $29\frac{1}{2}$ , 15, 72, 7, $5\frac{1}{2}$ ,	Wehenbeginn 5 Uhr Nachm. am 31. 10. Die Untersuch. bei d. Aufn. (1. 11. $11\frac{1}{2}$ Uhr Vormitt. ergibt eine bereits besteh. namhafte Dehn. des unt. Uterinsegment. (Bandl'sche Furche 2 Querfing. unterhalb des Na- bels, Muttermund verstrichen, Blase stehend, Schädel beweglich über dem Beckeneingang. Frucht in Schädellage II. Position. Temp. 38, Puls 80.	Absolute Indi- cation.
54.	Franziska K., 33 Jahre, No. 2762 ex 1896.	2.	Patient. will niemals krank gewesen sein. Erster Partus spon- tan (Kind starb nach 4 Monaten).	Rhachitisch platt. 26, 28, 31, 16, 82, 9, $7\frac{1}{2}$ .	Wehenbeginn am 8. 11. Nachm., Blasen- sprung am 9. 11. 9 Uhr Vorm. Befund von 9 Uhr Vormitt. Frucht in Schräglage I. Position, Mutter- mund verstrichen, Schädel beweglich über dem Becken- eingang. Temp. 36,6.	Relative Indi- cat. Wunsch der Mutter nach einem le- benden Kind.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
In Erwägung, dass die Frau dringend wünscht, steril zu werden, andererseits aber, um sie vor d. Klimacterium praecox zu schützen, wird (19. 12. 10 Uhr Vormitt.) die Sectio caesarea conservativa mit beiderseitiger Durchtrennung und Unterbindung der Tuben ausgeführt. Die uterinalen Tubenstümpfe werden mit Peritoneum übernäht, die lateralen münden in d. Bauchhöhle. Der Uterus contrahirt sich prompt, nachdem ante operationem 2½ Spritzen Ergotin gegeben u. in die Uterushöhle 2 Tupfer gestopft word. waren. Blutverlust höchst. 200 g. Einf. Uterusnaht, Bauchnaht in 2 Etage. Narkose ohne Zwischenfall in ¾ Stunden.	Mädchen, lebend, 2850 g, 48 cm.	Gleich post oper. wird die Frau cyanotisch, frequenter Puls u. Athmung. 2Kampherinjectionen bessern den Zustand. Die Frau ist nicht bläss. 4 Stunden post operation. plötzlicher Exitus letalis unter den Symptomen von Herzlähmung.	Am 28. 12. 1896 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	Sectionsbefund: Status thymicus. Sectio caesar. conservativa am Schwangerschaftsende mit Unterbind. u. Resection d. Tuben wegen absoluter Beckenge. Atonie des unter. Uterinsegmentes mit Haemorrhagie in die Uterushöhle u. durch d. Nähte in die Bauchhöhle. Persistenz d. Thymus, starke Entwickl. des adenoiden Gewebes der Zunge, des Pharynx, des Magens. Hypoplasie der Aorta. Chron. Hydrocephalus intern. u. chron. Oedem der inneren Hirnhäute. Obsolete Tbc. der rechten Lungen spitze. Trübe Schwellung d. Herzens, der Leber und der Nieren nach Chloroformnarkose. Zwergwuchs. Hydroceph. Schädelform.
1. 11. 1¼ Uhr Nachmitt. Sectio caesarea secundum Porro. D. Schnitt trifft d. Placent.	Mädchen, 2550 g schwer, 48 cm lang. D. Kind kam schwer asphyet. zur Welt. Auf Schultze'sche Schwing. hin Athmung. 3 Stund. später kurzer asphyet. Anfall, d. auf Hautreize schwand und noch 2 mal sich wiederholte. Seither ist das Kind vollkommen wohl.	Puerper. afebril. Darmfunct. mangelhaft (Afterrohr Klysmen). Heilg. per primam. Am 21. Tage Abtrag. d. Stumpfes. Am 8. 11. wird die Frau geheilt entlassen.	Kind lebt am 28. 2. 1899 (schriftliche Mittheilung der Findelanstalt).	—	—
9. 11. 11¾ Uhr Vormitt. Sectio caesarea conservat. Der Schnitt trifft die Placenta. Uterusnaht in 1 Etage, wobei die Fäden d. ödematösen Uterus mehrfach durchreiss., daher mehrfache Serosanähte. Atonische Blutung steht auf 2 Ergotininjectionen nach Versenkung des Uterus. Temp. 37. Puls 64.	Mädchen, lebend, 3400 g, 54 cm.	Am Abend p. p. Temp. 37,8. Morphiuminjet. 0,02. Katheterisation. Am nächst. Tage 10 Uhr Vorm. Temp. 38°, wieder Morphiuminjet. 0,02. Vom 2. Tage p. p. ab norm. Temp. u. Pulse, v. 5. Tage ab spont. Miction. Am 8. Tage Entfernen d. Nähte, Heilung p. prim. Am 20. Tage p. p. steht Pat. auf, leichte Blutung, die auf Secale steht. Am 5. 12. (26. Tage pp.) verlässt die Frau geheilt die Klinik.	Am 5. 12. 1896 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	—

Lauid. No.	Name, Alter, Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
55.	Anna Z., 40 Jahre, No. 3022 ex 1896.	12.	Stets gesund gewesen. Alle 11 Geburten (darunter 1 Abortus) normal abgelaufen, Seit 3 Jahr. Knochenschmerzen. Ausserhalb der Anstalt wurde die Gravidä untersucht u. ein Zangenversuch vorgenommen.	Osteomalacisch. 23, 28, 27, 19, 81, 140. Ausgangstransversa 6 cm. Beckeneing. dreieckig, mässiger Schnabel, leichte Asymmetrie. Sternum und Rippen druckschmerzhaft.	Wehenbeginn u. Blausprung 7. 12. 3 Uhr früh, Abgang von missfarbigem Fruchtwasser. Schädellage II. Position. Kopfgeschwulst. Temperatur 36,3.	Osteomalacie.
56.	Anna J., 38 Jahre, No. 3072 ex 1896.	6.	Pat. war angeblich sonst stets gesund. Erste Menses i. 15. Lebensj., monatl. unregelmäss., bald etwas verfrüht, bald etw. verspätet. Seit d. 2. Partus Kreuzschmerzen, seit dem 3. Partus Schmerz i. Kreuz u. d. Beinen, die sich nach jed. folgend. Entbind. steigerten, auch soll Pat. seit der 3. Entbind. klein geworden sein. 1. Part. (im 28. Lebensjahre) normal, Kind lebend, 2. Part. normal, vor 7 Jahren. 3. Partus Steissgeb., Kind todt, Fieber antepartum. 4. Part. Abortus i. 4. L.-M., 5. Partus schwere Craniotomie (Kind 2100 g) am 14. 6. 1895. Puerperim afebril. Pat. 135 cm lang, anämisch, Trommelschlägelfing. Genua valga. Letzte Mens. 10. 3. 1896. Tägl. Erbrechen bis zum Eintritt der Kindesbewegungen (Juli). Von da ab kein Erbrechen, aber Uebelkeit zur Zeit, wo die Menses auftreten sollten.	Osteomalacisch. 23, 28, 29 1/2, 17, 78, 10, 8 1/2. Wirbelsäule im Lendensegmente beim Gehen stark lordotisch. Druck auf das Sternum u. die Beckenknochen beim Messen sehr schmerzhaft. Extremitäten kurz, aber nicht rhachitisch verkrümmt. Promontorium stark vorspringend, starke Kreuzbeinhöhlung. Symphyse wenig schnabelartig prominierend. Rechte Mikrochorde kürzer als die 6 1/2 cm grosse linke. Transversa d. Beckenausgangs 10 cm. Becken herzförmig.	Steisslage I. Position Uterus 4 Querfinger unter dem Proc. xyph. entsprechend einer Gravidität des 9. Lunarmonates.	Osteomalacie. Weg. d. gross. Schmerzen d. Gravidä u. mit Rücksicht darauf, dass sie 2 lebende Kinder besitzt, Vornahme der Sectio caesar. secund. Porro in der Gravidität.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen
			Kind.	Mutter.	
7. 12., 12 Uhr Mitt., Sectio caesarea secundum Porro Muttermd. verstrich. Bauchschnitt rechts vom Nabel. Peritoneum am unteren Uterinsegment ödematös. Leicht. Ascites. Die Placenta tritt gleichzeitig mit der Frucht aus.	Mädchen, asphyct. wiederbelebt, 2800 g, 48 cm.	Puerperium in d. ersten 9 Tagen ganz normal. Am 10. Tage nach 2 tägiger Obstipation Temper. 39, die noch am selben Tage auf 36,3 abfällt; am 13. 14. 15. Tage Abendtemperatur 38,4, 37,6, 37,8, Puls 138, 132, 128. Am 25. Tage Abendtemperatur von 38,0, Puls 96. Sonst stets normale Temperatur. Die Nähte werden am 8. Tage entfernt. Wundheilung per primam. Am 12. 1. (36. Tage post operationem) wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 24. 2. 1897 an Debilitas vitae gestorben.	Am 4. 2. 1897 stellt sich die Frau in d. Ambulanz vor. Keine Knochen-schmerzen.	—
17. 12. Vorm. Sect. caesarea mit Amputat. d. Uterus nach Chrobak. Ante op. 2 Ergotin-inject. Der Längs-schnitt durch d. Fundus trifft die Placenta. Tampnade des Uterus und Zusammenklemmen mit Bozeman. Uterus contrahirt sich bald sehr gut, sodass die geringe parenchym. Blutung gleich steht. Abpräpariren eines vorderen Peritoneallappens u. typische retroperitoneale Versorgung des Uterusstumpfes. 2fache Naht der Bauchdecken.	Mädchen, lebend, 2200 g, 42 cm.	Am Tage d. Operation 36,8, Puls kräftig. In den ersten 4 Tagen p. operat. Temperatursteig. und zwar 37,8—38,2, 37,7—38,2, 38,0—37,7, 38,8—38,0. Pulse 94, 114, 94, 100. Geringe Schmerzen, Darmfunct. etwas träge, Miction spont. Analeptie, Afterrohr, Klysmen, Morph. Am 4. Tage Verbandwechsel, Wund. reactionslos. Vaginale Lysolirrigat. Glycerinklysmen. Weit. Verlauf afebril. Heilung p. prim. Am 6. 1. 1897 steht Pat. auf. 8. 1. Stumpf 3 cm lang, vollkommen frei beweglich. 14. 1. Patientin wird geheilt entlassen.	Am 7. 1. 1899 an Pneumonia lobul. gestorben.	—	Sectio caesar. in der Gravidität.

Lauf. No.	Name, Alter. Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
57.	Magd. N., 27 Jahre, No. 410 ex 1897.	1.	Stets gesund gewesen. Verlauf der Gravidi- tät normal. Letzte Menses 15. 5. 1896.	Allgem. verengt, platt. 23, 26, 28, 16, $7\frac{1}{2}$ , 9, $7\frac{1}{2}$ . Pat. 135 cm hoch.	Wehenbeginn u. Blasen- sprung am 17. 2. 8 Uhr Morgens. Um 11 Uhr kommt Pat. auf d. Kreisszimmer. Befund: Blase ste- hend (seitlicher Blasen- sprung), Mutter- mund für 2 Quer- finger durchgängig, Halscanal und Scheidentheil ver- strichen. Frucht in Schädellage I. Stel- lung. Schon bei d. Besichtigung be- deutende Dehnung des unteren Uterin- segment. auffallend. Es tritt d. Contour des Kopfes deutlich über den Beckenein- gang hervor und oberhalb desselben 2 Querfinger unter dem Nabel eine deut- liche Einziehung.	Relative Indi- cation, dro- hende Uterus- ruptur.
58.	Anna R., 38 Jahre, No. 583 ex 1897.	4.	3 normale Geburten. Letzte Menses 15. 7. 1896, Kindesbewe- gungen seit Anfang December. Am 28. 2. 1897 Auftreten von Blutungen. Die Frau wurde ausser- halb der Anstalt von einer Hebamme un- tersucht.	Normal.	Wehenbeginn am 1. 3. 5 Uhr Abends. Blasen- sprung am 1. 3. 10 Uhr Abends. Be- fund am 2. 3. 6 U. Abds.: Scheide weit, Scheidentheil 1 cm lang, Mutterm. knapp für 2 Finger durch- gängig, Cervix 2 cm lang, sehr rigid. Pla- centa praevia. Temp. 37,7, Puls 96. Frucht in Schädellage II. Position. Am 3. 3. 8 Uhr früh: Geringe Blutg., keine Wehen, Temp. 38,2, die all- mählig auf 38,8 und um $\frac{3}{4}$ 5 Uhr Nachm. auf 41° (Schüttelfrost) ansteigt. Puls 132. Wickelung. Da die Entbindung wegen des hohen Fiebers nothwendig erscheint, die Geburtswege aber keine Erweiterung er- fahren haben, wird zur Sectio caesarea Porro geschritten.	Relative Indi- cation.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen
			Kind.	Mutter.	
17. 2. 1 Uhr 20 Min. Sectio caesarea conservat. Placenta sitzt vorne. Unteres Uterinsegm. bedeutend gedehnt, der ganze Uterus hypoplastisch, Dicke d. unter. Uterinsegm. nach Entleerung des Uterus einige Millimeter, des Uterusfundus 1 cm, des Corpus uteri 1½. Das Gewebe ist so zerreisslich, dass bei der Entwicklung des Kindes der Schnitt nach oben hineinreißt. Uterusnaht in 1 Etage, Bauchdeckennaht in zwei Etagen. Skultet'sche Binde. Leichte Blutung intra operationem, 2 Ergotinjectionen.	Knabe, lebend, 2750 g, 48 cm.	Afebriler Verlauf. Am 1. Tage p. p. leichte Atonia uteri. Am 17. Tg. steht Pat. auf u. verlässt am 18. Tage p. p. geheilt die Klinik.	Kind am 13. 4. 1899 an Bronchitis gestorben.	—	Drohende Uterusruptur.
3. 3. ½8 Uhr Abds. Sectio caesarea secundum Porro. Herauswälzen des Uterus, Schutz der Bauchwunde, Entwicklung d. Frucht, Entfernung d. übelriechenden Placenta, Schliessen des Uterus mit Kugelzangen, gründliche Desinfection d. Hände, Schluss d. Bauchwunde nach Fixation d. Stumpfes. Temper. 38,1, Puls 132.	Mädchen, lebend, 2550 g, 45 cm lang.	Bis auf geringes Fieber (38,3) am 2., 3. u. 4. Tage wegen Obstipation afebriler Verlauf. Wundheilung normal. Am 2. 4. wird die Frau bis auf den noch granulirenden Wundtrichters geheilt entlassen.	Am 5. 3. an Atelec-tasis pulmonum gestorben.	—	Placenta praevia, Tympania uteri.



Laufd. No.	Name, Alter, Protocol-No. Jahr.	Wievielt. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
59.	Ant. M., 30 Jahre, No. 1344 ex 1897.	1.	In der Jugend angeblich stets gesund, soll Pat. in der Pubertätszeit in einer Fabrik schwer gearbeitet haben, wobei sich allmählig die Difformität herausbildete. Erste Menses seit dem 19. Lebensjahre, etwas anticipirt, schmerzhaft, reichlich. Pat. ist 118 cm lang, schlecht genährt, etwas mente capta.	Allgemein verengt. Kyphoskoliotisch. 22, 24, 29 $\frac{1}{2}$ , 16 $\frac{1}{2}$ . 70, 9 $\frac{1}{4}$ , 7 $\frac{3}{4}$ . — Starke Kyphoskoliose mit typischer Krümmung im Brustsegmente n. rechts, im Lendensegmente compensator. Krümmung nach links. Thorax nach rechts hinten stark vorgewölbt, so dass die grösste Convexität etwa 3 Querfinger von d. grössten Deviation	Am 12. 7. 3 Uhr früh Wehenbeginn, bald darauf bei 1 cm weitem, scharfsaumigen Muttermund vorzeitiger Blasenprung. Schädellage II. Position. Kopf etwas nach rechts abgewichen.	Relative Indication, Wunsch der Mutter nach einem lebend. Kinde.
			der Wirbelsäule nach rechts entfernt ist. Dafür ist der Thorax links vorne eingesunken, so dass er gänzlich asymmetrisch ist. Rechts ist der untere Rippenrand dem Darmbeinkamm so genähert, dass man mit dem Finger nicht eindringen kann, indem die Rippen rückwärts das Darmbein überragen. Links ist ein schmaler Spalt zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm. 39 cm der Körperhöhe oberhalb, 79 cm unterhalb der Taille. Die Hüftbeinkämme stehen bei aufrechter Stellung ungefähr gleich hoch. — Starker Hängebauch. — Bei der inneren Untersuchung erweist sich das Becken als auffallende Pelvis obtecta. Die Wirbelsäule springt stark gegen den Beckeneingang vor, Beckenbuchten sehr tief, links tiefer als rechts. Linea innominata links etwas mehr geschweift, rechts mehr gestreckt. Der 5. Lendenwirbel und der 1. und 2. Kreuzwirbel in die compensirende Lordose einbezogen, so dass das Promont. obstetrit. von der Bandscheibe zwischen 4. und 5. Lendenwirbel gebildet wird und die Linea innominata sich auf eine Bandscheibe verfolgen lässt, die unterhalb des geburtshilflichen Promontorium liegt, also dem anatomischen Promontorium entspricht. Das Sacrum etwas convex bis zum 3. Sacralwirbel, dann biegt es hakenförmig nach vorne um, Schambogen steil, Spinae ischii auf schätzungsweise 8 cm genähert, Ausgangstranversa 7 $\frac{1}{2}$ cm.			
60.	Adolf. M., 27 Jahre, No. 1434 ex 1897.	1.	Letzte Menses der stets gesund gewesen Gravida am 22. 8. 1896. Während der Gravidität Erbrechen. Ausserhalb der Anstalt von 2 Aerzten u. 1 Hebamme untersucht.	Allgemein verengt, rhachitisch - platt. 24, 26, 27 $\frac{3}{4}$ , 15 $\frac{3}{4}$ , 79, 8 $\frac{1}{4}$ , 6 $\frac{3}{4}$ .	Wehenbeginn am 22. 5. 97 Vormitt. Portio verstrichen. Blase steht. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Schädel auf den rechten Darmbeinteller abgewichen. Schräglage II. Pos. Temp. und Puls normal.	Relative Indication.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
12. 7. Morg. 10 Uhr nach dem Wehenbeginn Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus, retropar. Stielversorg. n. Chrobak. * Sagittaler Schnitt im Fundus trifft d. Placenta. Entwicklung der Frucht, die die Schnur um den Hals geschlungen hatte. Verschluss d. Uterus mit Bozeman, Unterbindung der Ligamente, Abpräpariren eines vorderen Peritoneallappens vom Uterus, Umstechung d. Uterinae, Amputation d. Uterus, Umstechg. d. Stumpfes, Naht eines kleinen Peritonealrisses im linken Ligamentstumpf mit dünnen Seidenfäden. Jodoformdrain zur Vagina, Uebernähen des Stumpfes mit d. Peritoneallappen, einfache Etagennaht d. Bauchdecken. Puls klein, Kampherinjection.	Lebend, 2850 g, 48 cm.	Afebril. Wundheilung im Allgemeinen p. p. Nahtfistel am 22. Tage mit Lapis touchirt, d. Naht wird am 31. Tg. entdeckt u. entfernt. Am 16. 8. (35. Tag p. op.) wird d. Patientin geheilt entlassen.	Kind lebte am 28. 2. 1899 (schriftl. Mittheilung der Findelanstalt).	—	—
24. 5. 9 Uhr Abends Sectio caesarea conserv. Querer Fundalschnitt ca. 10 cm. Uterusnaht in 2 Etagen. Bauchnaht. Atonia uteri. 2 Ergotinip., 1 Ergotinjection, Blutg. steht.	Mädchen, lebend, 2750 g, 47 cm.	Afebril. Am 8. Tg. Entfernung der Nähte. Heilung per primam in linearer Narbe. Am 25. Tage Blutung per vagin., die nach 4 Tg. steht. 23. 6. wird Pat. gesund entlassen.	Kind am 23. 6. 1897 von d. Findelanstalt gesund entlassen.	—	Querer Fundalschnitt.

Lauf. No.	Name, Alter. -Protocol-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
61.	Liebe Sch., 21 Jahre, No. 2364 ex 1897.	3.	Bis zur ersten Geburt gesund gewesen. 1. Partus vor 4 Jahren leicht, 2. Partus im Juli 1896 normal. Während der Säugung des ersten Kindes Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, die beim Gehen und nach langem Sitzen stärker wurden. Während der zweiten Gravidität wurde die Frau kleiner und bekam einen krummen Rücken. (In ihrem Wohnorte Turka in Galizien kennt sie 6 Frauen, die dasselbe Leiden haben.) Phosphor linderte ein wenig den Schmerz während dieser Gravidität. Pat. war vom 26. 8. bis zum 10. 9. auf der Abth. Redtenbacher in Behandlung.	Osteomalacisch. 23, 26, 25, 20 $\frac{1}{2}$ , Ausgangstranversa 5.	Wehenbeginn und Blasensprung 20. 10. $\frac{1}{2}$ 1 Uhr früh; Frucht in Schädellage, II. Pos. Temp. 36,8.	Absolute Indication. Osteomalacie.
62.	Johannna K., 33 Jahre, No. 1782 ex 1807.	1.	Mit $\frac{5}{4}$ Jahren gehen gelernt. Im 8. Jahre infolge Erkrankung der unteren Extremität Unfähigkeit zu gehen. Erste Menses mit 14 Jahren. Letzte Menstruation am 15. 12. 1896. Ausserhalb der Anstalt mehrfach untersucht.	Allgemein verengt, rhachitisch-platt. 26 $\frac{1}{2}$ , 29 $\frac{1}{2}$ , 30, 16, 82, 9, 7 $\frac{1}{2}$ . Sehr stark vorspringendes Promontorinn.	Wehenbeginn am 25. October $\frac{1}{2}$ 6 Uhr früh, Blasensprung 4 Std. später. Frucht (auf 3400 g geschätzt) in Schädellage I. Stellung. Temp. 36,8.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde.
63.	Franziska K., 38 Jahre, No. 3414 ex 1897.	7.	Bis zum 16. Lebensjahre war Pat. stets gesund. Entwicklung der Spondylolisthesis seit dem 16. Lebensjahre. I. Partus: Wendung und Extraction (Kind todt) 1886. II. Partus: Künstl. Frühgeburt (Kind todt) 1891. III. Partus: Frühgeburt (durch starken Husten infolge Bronchitis) einer macerirten Frucht. Febr. 1894. IV. Partus: Abortus im December 1894. V. Partus: Sectio caesarea conservativa Dec. 1895. Kind lebt. VI. Partus: Künstlicher Abortus im August 1896. Letzte Menses am 9. Mai 1897. Starker, durch die Diastase der Recti nach der ersten Sectio caesarea vermehrter Hängebauch.	Hochgradig spondylolisthetisches Becken. (Vide Arch. f. Gyn. Bd. 52 Heft 1 und Centralblatt f. Gyn. 1898, No. 19). 26, 30, 28 $\frac{1}{2}$ , 18 $\frac{1}{4}$ , 77, Conj. pseudovera 6 $\frac{1}{2}$ .	Wehenbeginn am 6. Jan. Nachts. Wehen sehr kräftig. Am 7. Jan. Vormittags Portio weit oben hinten, äusserer Mm. für 2, innerer für 1 Finger durchgängig. Cervix 3 cm lang. Vord. Uteruswand auffallend verdünnt, Schädel deutlich durch dieselbe tastbar (während der Wehen). Frucht in Schädellage I. Pos. Temp. 36,8.	Relative Indication. Drohende Uterusruptur infolge Aus-sackung der vorderen Uteruswand bei erhaltenem Cervicalcanal.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
20. 10. 1/43 Uhr früh bei 5 cm weitem Muttermund. Sectio caesarea secundum Porro. Die Placenta sitzt links hinten im Corpus uteri, tritt gleich nach der Geburt aus. Extraperitoneale Stielbehandlung. Bauchnaht in 2 Etagen.	Mädchen, lebend, 3300 g, 52 cm.	Vollkommen afebriles Puerperium. Am 8. Tag Entfernung der Nähte, Wundheilung per primam, am 13. Tage Entfernung des Stumpfes. Am 12. 12. wird Pat. geheilt entlassen,	Kind am 28. 11. 1897 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	—
25. 10. 11 Uhr Nachts bei verstrichenem Muttermunde typische Sectio caesarea conservativa. Die Placenta sitzt rechts hinten. Die Placenta folgt dem Kinde.	Mädchen, lebend, 3400 g 52 cm,	Am 1. Tage post partum Abendtemp. 37,8, Puls 90, am 5. Tage Abendtemp. 38,6, Puls 120, Stechen in der Brust; am 8. Tage Morgentemp. 38,2, Puls 126, Abendtemp. 38,6, Puls 120. Verbandwechsel u. Entfernung d. Nähte, Heilung per prim. Schmerzen in der Brust noch anhaltend. Weiterer Verlauf afebril. Die Frau wird am 28. 11. (34. Tage post part.) geheilt entlassen.	Kind am 28. 11. 1897 von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	—
7. 1. 1898 1 Uhr Morgens Sectio caesarea mit Entfernung des Uterus. Incision neben der Narbe von der ersten Sectio caesarea. Ergotinjection. Querer Fundalschnitt trifft die Placenta im linken Antheil des Fundus. Geringe Blutung. Extraction der Frucht an dem im Schnitte erscheinenden Schädel. Retroperitoneale Stielversorgung nach Chorbak. Drainage des retrovesiculären Raumes mit Jodoformgaze, 2fache Etagennaht der Bauchdecken.	asphyctisch, wiederbelebt. 2050 g 42 cm.	Puerperium afebril. Am 5. Tage p. p. Entfernung des Jodoformstreifens, am 9. Tage der Nähte, Heilung per primam. Am 16. verlässt die Frau das Bett. Entlassung am 22. Tage post part,	Das Kind stirbt am Tage post partum an Lebensschwäche.	—	Wiederholte Sectio caesarea. Vide Fall No. 45. Querer Fundalschnitt. Drohende Uterusruptur.

Laufd. No.	Name, Alter, Protocol-No. Jahr.	Wievielt. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
64.	Franziska C., 39 Jahre. No. 581 ex 1898.	6.	4 normale Geburten, bei der fünften Nabelschnurvorfall (Kind todt). Nachher häusliche Pflege unter ärztlicher Behandlung. Seit 5 Jahren gichtische Schmerzen, Kleinerwerden, Behinderung im Gehen. Knochenschmerzen an den Rippen. Pat. wurde ausserhalb der Anstalt mehrfach untersucht, kommt gebärend am 23. Februar Morgens auf die Klinik.	Osteomalacisch. 29, 31, 31, 18 (?), 9 $\frac{1}{2}$ , 8. Das Becken federt mässig. Mässig vermind. Abductionsfähigkeit. Mikrochorden auf ca. 5 cm geschätzt. Symphysenschnabel fehlt. Beckeneingang dreieckig. Sacrum winklig geknickt.	Wehenbeginn am 22. Febr. 12 Uhr Nachts. Kind (sehr gross geschätzt) in Schädel-lage I. Stellung, Schädel auf dem rechten Darmbeinteller abgewichen. Pulsirende Nabelschnur vorgefallen. Muttermund 5 cm weit. Morprium 0,02. Temp. 36,4.	Osteomalacie.
65.	Marie W., 86 Jahre, No. 649 ex 1898.	6.	Von den 5 vorangegangenen Geburten war eine durch Forceps, eine durch Wendung beendet worden, eine war eine Steisslage, zwei verliefen normal. Seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren osteom. Beschwerden. Pat. wurde ausserhalb der Klinik mehrfach untersucht und kommt gebärend am 2. März Morgens auf die Klinik.	Osteomalacisch. 21 $\frac{1}{2}$ , 26, 26 $\frac{1}{2}$ , 17, 77, 130. Absolute Beckenge. Symphysenschnabel, Omega-förmiger Beckeneingang, Mikrochorden 3 cm. Transversa 6 cm. Verminderung der Abductionsfähigkeit.	Wehenbeginn am 1. März 10 Uhr Nachts, Blasensprung 2 Std. später. Kind in Schräglage I. Pos. Temp. 37.	Osteomalacie.
66.	Constanzia R., 40 Jahre, No. 1080 ex 1898.	6.	Die ersten 3 Geburten verliefen spontan, die 2 letzten waren „schwer“. — Seit 6 Monaten bestehen Schmerzen in den Knoch. — Die Pat. wurde ausserhalb der Anstalt von einer Hebamme mehrmals unters., kommt 48 Stunden nach d. Wehenbeginn, 24 Stunden nach d. Blasensprung gebärend auf die Klinik.	Osteomalacisch. 25, 28, 29 $\frac{1}{2}$ , 21, 83, 136, Symphysenschnabel; spitzherzförmiger Beckeneingang. Rechte Mikrochorde auf 4 cm, linke auf 5 cm geschätzt. — Ausgangstransversa 5 $\frac{1}{2}$ cm. Knochenschmerzhaftigkeit, verminderte Abductionsfähigkeit.	Wehenbeginn am 14. April, 10 U. Vorm., Blasensprung am 15. April, 10 U. Vorm. (Aufnahme der Frau am 16. Apr. Abends). Kind in Schädel-lage I. Pos. Temp. 37,3.	Osteomalacie.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
23. 2. 10 Uhr Vorm. Sectio caesarea secundum Porro mit extraperitonealer Stielversorgung. Querer Fundal- schnitt, dabei starke Blutung, be- sonders in den Schnittecken. Ex- traction der Frucht an dem gleich in der Wunde erschie- nenen Steiss.	Mädchen, lebend, 4400 g, 55 cm.	Puerperium voll- ständig afebril. Am 10. Tag Ent- fernung d. Nähte, Heilung per pri- mam. Am 16. Tg. fällt der Stumpf spontan ab. Am 23. 3. (1 Monat post part.) wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 27. III. 1898 von der Findelan- stalt gesund ent- lassen.	—	Querer Fundal- schnitt.
2. 3. 12 Uhr Mittags Sectio caesarea secundum Porro. Querer Fundal- schnitt, trifft die Placenta, die nach hinten weit hinabreicht. Ent- wicklung der Frucht dadurch und durch die Lage der Beine etwas verzögert. Fun- dus bei der Incision etwa $\frac{1}{2}$ cm dick. Minimale Blu- tung. 2 Schläuche, nachdem einer gerissen war. Aeusserst stinkender Uterusinhalt. Temp. p. p. 37,2.	Mädchen, asphy- tisch, wieder- belebt, 2700 g, 48 cm.	Am 3. Tage Temp. 38,3, Puls 68. Etwas übelriech. Ausfl. Am 6 Tg. Anschwellung d. Mammae, Temp. 38,3, Puls 84. Sonst vollkomm. afebriles Puerpe- rium. Am 12. Tg. fällt der Stumpf spontan ab. Hei- lung per prim. Am 2. 3. (1 Mon. post. part.) wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 17. 4. 1898 an Bronchitis capill. gestorben.	—	Querer Fundal- schnitt.
16. April, 11 U. Nachts Sectio caesarea secundum Porro, nicht retroperiton., weil die Frau als ausser der Anstalt inficirt angesehen wird, oft untersucht wurde und 2 Tage gebärend ist. Que- rer Fundalschn. trifft d. Placenta Geringe Blutung. — Doppelte Umschnü- rung des Stumpfes.	Knabe, lebend, 3400 g, 53 cm.	Am 2. Tage post part. Temperatur 37,7, Puls 104. Oedema pedum. Katheterismus; Harn eiweisshaltig Bronchitis. Tags darauf Tem- peratur 37,9, Puls 120, Abends 38,6, Puls 120. Katheter entleert 700 cm <sup>3</sup> trüben concentrirten Urins. Langsames Ab- fallen der Symptome bis zum 14. Tage post partum. Die Tem- peratur hält sich zwischen 37,6—37,8 mit Intervallen normaler Temperatur. — Am 9. Tage Entfernung der Nähte, glatte Hei- lung; am 13. Tage fällt der Stumpf spontan ab. — Am 16. Tage verlässt Patientin das Bett, Abends steigt die Temperatur auf 37,5, der Puls auf 128. Von da ab normale Temperatur und Puls. — Am 17. Mai (31 Tage post partum) wird die Frau ins Recon- valescentenheim entlassen.	Kind am 17. 4. 1898 an Debilitas ge- storben.	—	Querer Fundal- schnitt.

Lauf. No.	Name, Alter: Protocol-No. Jahr.	Wievielt. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
67.	Johanna L., 35 Jahre, No. 1358 ex 1898.	4.	Pat. war bis zum 7. Lebensj. kränklich (Rhachitis). Die drei ersten Geburten wa- ren Frühaborte.	Allg. verengt rhachi- tisch-platt. 24, 25, 31, 16 $\frac{3}{4}$ , 80, 9. 7. Mikrochorden circa 6 $\frac{1}{2}$ cm.	Wehenbeginn am 26. Mai, 4 Uhr früh. Kind in Schädellage II. Pos. Leichter Ascites! Temp. 37,2.	Relative Indication, Wunsch der Mutter nach einem leben- den Kinde.
68.	Marie St., 21 Jahre, No. 1931 ex 1898.	2.	Stets gesund gewesen. Erste Geburt nor- mal.	Allg. verengt rhachi- tisch-platt. 24, 26, 29, 16, 76, 8, 6. Doppeltes Promon- torium.	Wehenbeginn am 24. Juli, 8 Uhr früh. Kind in Schädellage I. Pos. Temp. und Puls normal.	Absolute Indication.
69.	Therese Z., 23 Jahre, No. 2214 ex 1898.	2.	In der Jugend Rha- chitis. I. Partus am 5. März 1897: Cra- niotomie (Puerperal- fieber).	Allgemein verengtes, rhachitisch plattes Becken. 25, 27, 29 $\frac{3}{4}$ , 17, 79, 136, 9, 7.	Wehenbeginn 29. 8. $\frac{1}{2}$ 11 Uhr Nachts. Blase steht. Kind in Schädellage, I. Pos.	Relative Indi- cation. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kind und Sterilisa- tion.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
26. Mai, 7 Uhr Abends bei 5 cm weitem Muttermunde und stehender Blase Sectio caesarea conserv. mit quere Fundalschnitt. Multiple kl. Myome d. Uterus, von denen 2 enucleirt werden. Keine Vortheile vom Fundalschn. Uterusnaht in 1 Etage, Bauchnaht in 2 Etage. Temp. post partum 37,2.	Mädchen, lebend, 2600 g, 46 cm.	Am Abend nach d. Geburt Temp. 38, Puls 100, am 11. Tage 37,8, Puls 13. Tage Temp. 37,7, Puls 108. Sonst ist die Temp. stets normal. — Am 24. Juni (29. Tage post part.) wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 24. 6. 1889 an Peritonitis gestorben.	—	Querer Fundalschnitt. Uterus myomatosus.
24. Juli, 10 Uhr Nachts bei 1 cm weitem Muttermunde in der Eröffnungsperiode: Sectio caesarea conservat. Der quere Fundalschnitt trifft die Placenta. Atonie des Uterus. Ergotin, Massage. Uterusnaht in 1 Etage mit Zwischennähten, Bauchnaht in 2 Etagen. Die Placenta tritt gleich nach Entwicklung der Frucht aus.	Knabe, lebend, 3250 g, 50 cm.	Puerperium vollkommen afebril. Entfernung der Nähte am 10. Tage, Heilung per primam. Am 12. August (19 Tage post operationem) wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 26. 10. 1898 an Bronchitis gestorben.	—	Querer Fundalschnitt.
30. 8., 1/2 Uhr früh: Sectio caesarea conservativa mit Excision der Tubeninsertion. Querer Fundalschnitt, starke Blutung. Extraction der Frucht sehr leicht. Nach Naht d. Schnittes und 3 Ergotin-injectionen steht die Blutung. Excision d. Tubeninsertionen, dabei starke Blutung rechts. Bauchnaht in zwei Etagen.	Knabe, lebend, 2700 g, 47 cm.	Am 4. Tage Temperatur 38,1, Puls 100. (Galactostase und Obstipation) sonst normale Temperaturen. — Am 26. Tage post partum wird die Frau geheilt entlassen.	Kind am 25. 9. von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	Querer Fundalschnitt.



Laufd. No.	Name, Alter, Protocoll-No. Jahr.	Wiev. Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
70.	Juliana K., 39 Jahre, No. 2276 ex 1898.	9.	Stets gesund gewesen. Alle 8 Geburten wurden arteficiell beendet. I. (1887) Craniotomie, Kind ent- hirnt, 4180 g. II. (1888) Forceps, Kind lebend, 4350 g. III. (1889) Forceps, Kind lebend, 4470 g. IV. (1891) Craniotomie. Kind enthirnt 4500g, V. (1892) Wendung, Kind todt, 4500 g. VI. (1893) Symphyseotomie, Kind le- bend, 4400 g. VII. (1895) Craniotomie, Kind enthirnt 5000 g. VIII. (1897) Craniotomie, Kind enthirnt,	Einfach platt. Becken. 24, 28, 32, 21, 96, 160, 11, 9 $\frac{1}{2}$ .	Wehenbeginn 1 Uhr Früh. Künstlicher Blasensprung 9 Uhr früh. Frucht (gross geschätzt) in Schädel- lage I. Position. Temperat. und Puls normal.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde.
71.	Barbara F., geb. M., 30 Jahre, No. 2755 ex 1898.	3.	Anamnese vide No. 34 dieser Statistik.	Allgemein ungleich verengt, rhachitisch- platt. 24, 26, 30, 16 $\frac{1}{2}$ , 77, 9, 7.	Wehenbeginn am 18. 10., 5 Uhr Nachm. Frucht in Schädellage II. Posit. Tem- peratur 36,6.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kinde.
72.	Anna K., 31 Jahre, No. 190 ex 1899.	4.	Ind. Jugend Rhachitis. I. Part. (1893) Sym- physeotom., Kind am 4 Tage post partum an Lungenatelectase gestorben. II. Part. (1894): Einleitung d. künstl. Frühgeburt. Kind asphyetisch, 1 Stunde post partum gestorben. III. Part. (1895): Künstliche Frühgeburt. Kind tief asphyet., nicht wiederbelebt. Letzte Menses am 14. April 1898.	Allgemein verengt, rhachitisch - platt. 3 Promontorien. 22, 24, 27, 15 $\frac{1}{2}$ , 9 $\frac{1}{2}$ , 7 $\frac{3}{4}$ —8.	Die Frau kommt mit bereits verstrichenem Muttermunde auf d. Klinik. Während d. Vorbereit. zur Sectio caesarea springt die Blase. Kind auf 2800 g geschätzt. Temperatur normal.	Relative Indication. Wunsch der Mutter nach einem lebd. Kinde.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
25. 8., 2 Uhr Nachm. Sectio caesarea secundum Porro (Asepsis nicht mehr vollständig sicher). Querer Fundalschnitt trifft mitten durch die Placenta; sehr geringe Blutung. 2 Schläuche um den Uterus. Bauchnaht in 2 Etagen.	Knabe, leicht asphyetisch, rasch wiederbelebt, 4700 g, 58 cm:	Puerperium afebr. Wundheilung bis auf eine kleine Stelle per prim. Am 15. Tage wird der Stumpf entfernt. Am 20. Tage steht Pat. zum ersten Male auf. Am 18. 9. (24. Tage post operationem) wird die Frau mit einer kleinen granulierenden Fläche am Grunded. Wundtrichters entl.	Kind am 18. 9. 1899 von der Findelanst. gesund entlassen.	—	Querer Fundalschnitt.
18. 10., 12 Uhr Nachts: Sectio caesarea conservativa mit Resection der Tuben. Querer Fundalschnitt. Adhäsionen d. vord. Uteruswand werd. z. Theile abgebunden. Resection ein. gross. Theil. d. Bauchhaut wegen Ekzem und Hernienbildung.	Mädchen, lebend, 3200 g, 51 cm.	Puerperium afebr. Heilung per primam. Am 10. Tage Entfernung der Nähte. Am 23. Tage post partum wird die Frau geheilt entlassen.	Am 20. 9. von der Findelanstalt gesund entlassen.	—	Wiederholt. Sectio caesarea. Vide Fall No. 34. Querer Fundalschnitt.
26. 2. Sectio caesarea conservat. Querer Fundalschnitt, der die Placenta trifft. Anfänglich reichliche Blutung, die nach Lösung der Placenta steht. Uterusnaht in 1 Etage. Keilförmige Excision der Tubeninsertionen, dabei links mässige arterielle Blutung. Naht d. Bauchdecken in 2 Etagen.	Lebend, 2800 g, 48 cm.	Am 5. u. 6. Tage nachmittägige Temperatursteigerung auf 38°, Puls 88—94. Am 19. 2. wird die Frau geheilt entlassen.	Derzeit noch in Pflege des Findelhauses.	—	Querer Fundalschnitt.

Laufd. No.	Name, Alter. Protocoll-No. Jahr.	Wieviele Geb.	Anamnese.	Beckenmaasse. Art u. Beschaffenheit des Beckens.	Verlauf der Geburt bis zur Operation.	Indication zur Operation.
73.	Anna B., 27 Jahre, No. 401, ex 1899.	1.	In der Jugend Rha- chitis, mit 5 Jahren gehen gelernt. — Letzte Menses am 11. 5. 1898. Ver- lauf der Gravidität normal.	Allgemein verengt, rhachitisch-plattes Becken. $24\frac{1}{2}$ , 28, $29\frac{1}{2}$ , 76, $15\frac{1}{2}$ , $9\frac{3}{4}$ , 8. — Kopf der 131 cm langen Frau quadra- tisch, rhachitischer Rosenkranz; Clavi- culae, Oberarme u. Oberschenkel ge- krümmt, Auftrei- bungen an den Dia- physenenden d. Ex- tremitätenknochen. Starke Convexität d. Kreuzbeins, doppel- tes Promontorium, Symphyse dick, auf- getrieben, schnabel- förmig zugespitzt.	Befund am 11. 2. $\frac{1}{2}$ 9 Uhr Abends: Mutterm. für 1 Fin- ger durchgängig, un- teres Uterinsegment zusammengefaltet, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Blase gesprungen. Frucht in Schädel- lage I. Posit. Status nach 12 Stunden un- verändert, nur hat sich eine 3 cm hohe Kopfgeschwulst ge- bildet. Temp. und Puls normal.	Relative Indi- cation. Drin- gend. Wunsch der verheira- theten Frau nach einem lebd. Kinde.
74.	Anna M., 51 Jahre, No. 63 ex 1899.	2.	I. Partus vide No. 46. Letzte Menses un- bekannt. Starkes Er- brechen und Ohn- machtsanfälle von September bis De- cember 1898. — Das 1. Kind lebt.	Allgemein verengt, rhachitisch-plattes Becken. 24, 26, $27\frac{1}{2}$ , $15\frac{1}{2}$ , 76, 8, $6\frac{1}{2}$ , 127. Lumballordose. Dop- pelt Promontorium.	Cervicalcan. verkehrt, trichterförmig. Keine Wehen. Temperatur normal.	Absolute Indi- cation. Wunsch der Mutter nach einem leben- den Kinde u. Sterilisation.

Operation.	Kind.	Puerperium.	Spätere Nachrichten über		Anmerkungen.
			Kind.	Mutter.	
12. 2. 10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr Vormittags: 46 Stunden nach dem Wehenbeginn, 14 Stunden nach dem Blasenprung Sectio caesarea conservativa. Vorderer Sagittalschnitt, ein wenig schräg nach links unten. Placenta v. Schnitte getroffen. Fast fehlende Blutg. Entwickl. d. Frucht und Placenta leicht. Typische Uterusnaht, Bauchnaht in 2 Etagen. Sehr geringe Blutung aus dem Genitale. Befinden gut. Puls langsam, kräftig.	Mädchen, lebend, 2700 g, 49 cm.	Puerperium afebril. Am 9. Tg. Entfernung der Nähte. Heilung per primam. Am 14. Tage verlässt Pat. das Bett, am 24. Tage post partum wird sie geheilt entlassen.	Kind am 12. 3. 1899 von d. Findelanstalt gesund entlassen.	—	—
Am 22. 2. 1899 Sectio caesarea conservativa mit Resection d. Tuben intendirt, typischer Porro angeschlossen. — Schnitt links von d. alten Narbe; d. Netz in grosser Ausdehnung mit der vorderen Bauchwd. adhärent, theilweise stumpfe Ablösung, theilweise Ligaturen. Ueber dem unteren Theile der vorderen Corpuswand eine leichte Adhäsion einer geblähten Dünndarmschlinge, Lösung derselben. An der rechten Seite ist der Uterus noch durch eine handbreite Adhäsion mit der vorderen Bauchwand in Verbindung. Eröffnung des Uterus in situ durch vorderen Längsschnitt. Frucht und Secundine werden entfernt. Schluss der Uteruswunde nach Fritsch. Ausschneidung des isthmischen Theiles der Tube rechterseits und Naht mit 3 Nähten. Starke Blutung aus den Stichcanälen — Umstechungen und peritoneale Ueberkleidung des Tubenstumpfes. Hierauf dasselbe links. Blutung ebenso wie rechts. Uterus, anfangs gut contrahirt, wird dann atonisch, trotz 4 Ergotinjectionen und Massage, daher supravaginale Amputation nach Unterbindung der Adhäsionen und Freilegung des Uterus. Extra-peritoneale Stielbehandlung. Bauchnaht in 2 Etagen. Verband.	Mädchen, lebend, 2850 g, 48 cm.	Puerperium afebril. Am 9. Tg. Entfernung der Nähte. Heilung per primam. Am 21. Tage fällt d. Stumpf ab. Am 25. März wird die Mutter geheilt entlassen.	Kind von der Mutter am 25. 3. gesund übernommen.	—	Wiederholte Sectio caesarea. Vide Fall No. 46.