

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

# Usage guidelines

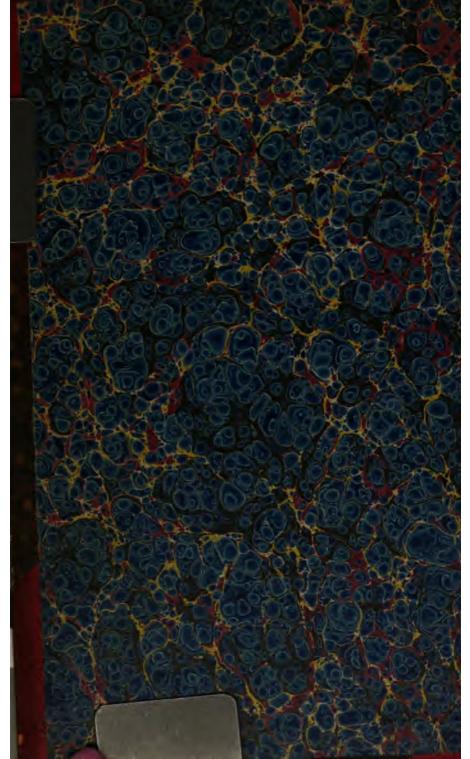
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

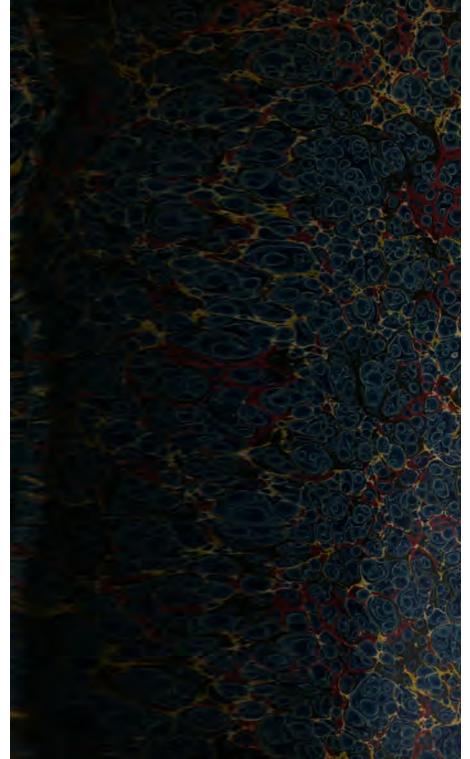
We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + Keep it legal Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

#### **About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/







•

· ·

•

. .

: ·

•

\_\_\_\_

.

ſ • . • · · . 、 、

İ

•

· · · · · · · · · · · • 

# Monatsschrift

für

# **GEBURTSKUNDE**<sup>30</sup>

und

# Frauenkrankheiten.

#### Herausgegeben

von

Dr. D. W. H. Busch,

Ceb. Red. Bath, ord. Professor und Director des kliftischen Institutes für Geburtshülfe in Berlin, Ritter etc.,

# Dr. C. S. F. Credé,

Priv**miscent, int. Director** der Latbindungs - Austalt der Charine und des Hohammen - Lohr-Institutes zu Berlin,

# Dr. F. A. von Ritgen,

Ceb. Bath, ord. Prof. and Director der Enthindungs-Austalt zu Giessen, Command. etc.

und

#### Dr. Ed. C. J. von Siebold,

Befrath, ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt zu Göttingen, Comthur etc.

# Dritter Band.

Mit swei lithographirten Abbildungen.

# Berlin, 1854.

#### Verlag von August Hirschwald,

69 U. d. Linden, Ecke der Schadow-Strasse.



2225

•

,

# lnhalt.

		50110
L		
	Verein zu Buttstedt von Dr. Carl Schwabe, Gr. Herzogl.	
	Sachs. Amts-Physikus in Buttstedt. (Nebst einer Abbil-	
	dung des Praparats, gezeichnet vom Herrn Geh. Medicinal-	
	Rath Dr. Froriep in Weimar.)	1
Π.	Ein Geburtsfall ohne Wehen. Von Dr. Ludwig Blanck-	
	meisler	13
ш	Die Lehre vom Nachgeburtsgeschäft. Von Dr. A. Clemens	
	in Frankfurt am Main	15
IV.	Der vorliegende Mutterkuchen insbesondere, nebst Un-	
	tersuchungen über den Bau des Mutterkuchens im All-	
	gemeinen und dessen Verbindung mit der Gebärmutter.	
•	Von Dr. J. Holst in Dorpat. (Schluss.)	-34
V.		•••
	Bacchetti : Neue Anwendung der Electropunktur gegen	
	Extrauterin-Schwangerschaft	68
	Ueber die Anwendung der Bauchgurte (ceintures hy-	•••
	pogastriques). Nouer Gurt mit 2 Peloten	69
VI.	Literatur:	
•	Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshälfe in Ber-	
	lin. Siebontes Heft.	70
VII.		
V 11.	Kopfe. Von Professor Dr. Piers Uso Waller in Dorpat	81
VIII.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
v sele	dem Ratbinduags-Institute bei der Königi. Sächsischen	
	chirnrgisch-medicinischen Akadomie zu Dresden im Jahre	
	1951 Van Dealesson De Geeneer	136

Seite

# Inhalt.

		34114
IX	Notizen aus der Journal-Literatur:	
	Blass: Fall von Extrauterin-Schwangerschaft Bogren (in Wesenburg): Extrauterinschwangerschaft, wobei die Knochen des Fötus erst nach 25 Jahren	147
	durch den Mastdarm abgingen	148
	Steits (in Hamburg): Ueber die von Dr. Cohen em- pfohlene Methode, die künstliche Frühgeburt ein-	
	zaleiten	149
	Wolff: Fall von Vagitus uterinus mit Deglutitio uterina	150
	Danyau: Zwei Fälle von Knochenbrüchen des Fötus	151
	Gray: Fell von Nabelschnurumschlingung Baur (in Tübingen): Ein Beiwag sur Kenntniss des Grundleidens und zu einer diesem entsprechenden Behendlung der Abweichungen in der Lage (und	151
X.	Form) der Gebärmutter	152
	Klinik der Geburtshülfe und Gynaekologie. Von den DDr. I. Chiari, C. Braun und I. Spaeth. 2. Lief.	153
XI.	Geburtshülfliche Mittheilungen vom Medicinal-Rath Dr. Frans Ludwig Feist in Mainz	464
XII.		161
	Mittheilung aus der Praxis des Hofraths Dr. Spengler zu	
	Bad Ems.	184
XШ.		101
	Docenten an der Universität Zürich	189
XIV.	Die Decrepiditäts-Periode und das Verhalten des Arztes	
	während und nach derselben. Von Dr. Helfft (Schluss folgt)	201
XV.	Achtunddreissigster Jahresbericht über die Ereignisse in dem	
	Entbindungs - Institute bei der Königl. Sächsischen chirur-	
	gisch-medicinischen Akademie zu Dresden im Jahre 1852.	
	Von Prof. Dr. Grenser	209
XVI.	Notizen aus der Journal-Literatur:	
	Legrouz: Bemerkungen über albuminöse Eclampsie,	
	besonders über die bei schwangeren Frauen	<b>2</b> 22
	Depaul: Ueber Eclampsie und ihren Zusammenhang	
	mit Albuminurie.	226
	Scansoni: Beitrag z. Pathol. d. Gebärmutterknickungen	<b>22</b> 6
	Valleis : Behandl. der Deviationen d. öterus nach hinten	230
	F. Pauli: Ueber die Behandl. d. Vorfalls d. Gebärmutter	230
	Blaschko: Abortivbehandlang der Mastitis durch Be-	•••
	pinseln mit Acidum mitricum	231
	Al. Mayer (in Paris): Schröpfapparat für die Port. vagin.	232

# Inhelt.

	Ellis: Uober die galvanische Cauterisation bei Bahand-	
	lung von Gebärmutterkrankheiten	232
	Brandes (in Hansov.): Heilung einer Blasenscheidenfistel	233
	Devilliers : Untersuchangen über die Erkenntniss und	
	den Werth des Nabelschnurgeräusches	234
	Soste: Merkwürdige Verschlingung der Nabelschnüre	
	von Zwillingen	235
	Erebs (in Jüterbog): Fünflings-Geburt	236
	Cohen (in Hamburg): Ueber die durch Einspritzung in	
	den Uterus von Hrn. Prof. Kilian bewirkte künst-	
	liche Frühgeburt	236
XVII.	Literatur :	
A 14.	Brunnenärztliche Mittheilungen über die Thermen zu	
	Ems, von Hofrath Dr. L. Spengler	237
	Die geburtshülfliche Poliklinik zu Leipzig in ihrem Ver-	201
	theidigungskampfe gegen Hofrath Prof. Dr. Jörg	
	von Dr. Heinr. Friedr. Germann, Docent an der	
	Universität und Director der geburtshülflichen Poli-	
	klinik. Nebst 2 Tafeln	239
		200
XVIII.	Geburtshälfliche Mittheilungen vom Medicinal-Rath Dr.	
	Franz Ludwig Feist in Mainz	241
XIX.	Beobachtung eines Falles von Placenta praevia contralis.	
	Mitgetheilt von Hofrath Dr. Spangler zu Bad Ems	268
XX.	Die Decrepiditätsperiode und das Verbalten des Arstes	
	während und nach derselben. Von Dr. Helfft. (Schluss.)	273
XXL	Bericht über die Vorgänge im Königl. Entbindungs-Institut	
	der Universität zu Halle und in der damit in Verbindung	
	stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und	
	Kinderkrankheiten im Jahre 1852. Von Prof. Dr. Hohl	287
***		
XXII.	Notizon aus der Journal-Literatur:	
	Aubinais: Künstliche Frühgebart gegen die 30. Woche	304
	der Schwangerschaft, mittels der Douche bewirkt	304 305
	Leriche : Anwendung des Mutterkorns gegen Nachwehen	303
	Sack: Wen gebührt die Priorität des Vorschlages in- trauterinaler Injectionen aur Erweckung der Früh-	
	geburt?	305
	Th. L. W. Bischoff in Giessen: Beiträge zur Lehre	000
	vot der Menstrustion und Befruchtung	305
	Scholz in Breslau: Caladium Seguinum gegen Pruritus	000
	valvae	310
		010

Inbalt.

Seite

.

•

XXIII. L	land was	Seila
ляш. L	Klinische Vorträge über Geburtshälfe von Carl Sieg- mund Franz Credé, Doctor der Medicin, Privat- docenten an der Friedrich-Wilhelms-Universität, in- terim. Director der Königl. Hebammen-Lehr-Anstalt	
	und dirigirendem Arzte der Gebär-Abtheilung der Charité zu Berlin. Erste Abtheilung	311
XXIV.	Entbindung bei Placenta praevia. Von Dr. A. Clemens, practischem Arzte zu Frankfurt am Main	322
XXV.	Kaiserschnitt nach dem Tode der Mutter. Von Dr. A. Clemens, practischem Arzte in Frankfurt am Main	326
XXVI.	Ueber das Saugen an den Brustwarzen als wehenerre- gendes Mittel. Von Dr. Sickel in Leipzig	329
XXVII.	Ueber die Fälle, in welchen die Aether- und Chloro- form-Einsthmungen bei Geburten angewendet werden dürfen und in welchen sie zu meiden sind. Von Chailly- Honoré in Paris	335
XX VIII.	Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,	
XXIX.	von Dr. Busch	361
	Jacquemier: Ueber die Quelle der Blutung bei theil- weiser Lösung der Placenta	382
	Albuminurie leidenden Schwangeren	<b>3</b> 83
	Thielmann: Fall von Superfötation	385
	durch das Cohen'sche Verfahren	385
	Meckel: Die Eiterung beim Abfallen des Nabelstranges	386
	Scanzoni: Die Uterussonde kritisch beleuchtet Scanzoni: Exstirpation eines grossen Eierstocks-Col-	387
	loids	390
XXX. I	literatur :	
	Klinische Vorträge über Geburtshülfe von Carl Sieg-	
	mund Franz Credé, Doctor der Medicin, Privat- Docenten an der Friedrich-Wilhelms-Universität, in-	
	torim. Director der Königl. Hebammen-Lehr-Anstalt	
	und dirigirendem Arste der Gebär-Abtheilung der	
	Charité zu Berlin, Erste Abtheilung. (Schluss.).	392

٧I

	In	ha	lt.
--	----	----	-----

		Seite
XXXI.	Spontane Amputation des linken Vorderarms bei einem neugebornen Kinde. Von Dr. Hecker, Privatdocent in	
	Berlin	401
XXXIL	Mittheilungen aus der geburtshülflichen Praxis. Von	
	Dr. Sturm in Köstritz	410
XXXIII.	Die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. Ein	
	Vorschlag von R. Seydeler	433
XXXIV.	Die geburtshälfliche Klinik an der Königl. Friedrich-	
	Wilhelm's-Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den	
	Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,	
	von Dr. Busch. (Fortsetzung.)	435
XXXV.	Notizon aus der Journal-Literatur;	
	Matthew Duncan: Menstruation und Seperfotation	465
	J. H. Houghton: Ueber Vorfall der Gebärmutter und	
	Scheide während der Schwangerschaft und Geburt	465
	Chiari: Schwangerschaft bei Auomalien des Uterus	467
	A. Mattei in Bastia: Ueber freiwillige Geburten, die	
	schnell und ohne Schmerzen verlaufen, nebst einigen	
	Beobachtungen zur möglichen Erkenntniss der Ur-	
	machen jener	469
	A. L.: Unbewusstes Gebären	470
	Greenalgh: Ueber Craniotomie und änsserste Becken-	
	deformität	471
	Henry Oldham: Ueber den Nutzen eines Vertebral-	
	hakens in manchen schweren Entbindungsfällen	472
	Charles Dubreuilh: Fall von künstlicher Frühgeburt	
	in der dreissigsten Woche wegen eines organischeu,	
	mit heftigen Zufällen complicirten Herzleidens	472
	Depaul: Ueber die normale Richtung des Uterus im	
	leeren Zustande	474
	Brown: Ueber den Einfluss einiger Gebärmutterkrank-	
	heiten auf die Krankheiten des Rectum	476
	Bouchus: Exulceration und Obliteration der Milchgänge	476
XXXVI.	Literatur :	
	Ueber das durch Entzündung fehlerhafte Frauenbecken.	
	Inaugural - Abhandlung von Joseph Pfeiffer aus	
	Bensheim. Präses: Geh. Rath Prof. Dr. v. Ritgen	478

VII

•

.

· · · · · ·

# I,

### Graviditas tubaria.

En Vortrag, gehalten im ärztlichen Verem zu Buttstedt

#### Pon .

#### Dr. Carl Schwabe,

Grrossherzogi, Sichs, Amts-Physicus zu Batistedt,

(Tehst einer Abhildung des Priparata, geşeichnet, von Herrn Geheimen Medicinal - Rath Dr. Froriep in Weiman.)

In unserer Versammlung am 3. März 1852 legte ich finnen, verehrte Herren, ein Präparat vor, einen vos mit beobachteten Fall von Graviditas extrautering betrefinnd, ein versprach Ihnen, später weitere Mithenlungen über diesen Fall und dessen Bedeutung zu michen. Gestatten Sie, cass ich heute meinem Versprechen Hachkomme.

Zunächst Krankengeschichte und Sections-Protocoll:

Am 8. Februar 1852 wurde ich des Nach aufgefordert, schleunigst nach Gr. Br. zu kommen, um einer jungen Frau, die an Erbrechen leide und dabei immer ohnmächtig werde, ärztliche Hülfe zu leisten.

Dort angelangt, fand ich eine Frau von 26 Jahren im Bette liegend. Ihr Gesicht war verfallen, die Augen waren matt und ohne Glanz, die Stimme war kaum vernehmbar; Henneter I. Gebeutet. 1834. D4. III, ER. 1. 1 die reine Zunge fühlte sich kühl an, die Farbe des Gesichts, sowie der übrigen Haut war wachsbleich. Der Puls war sehr beschleunigt und so klein und leer, dass ich ihn kaum fühlen konnte. Der Unterleib war sehr aufgetrieben und prall anzufühlen, der Percussionston dumpf und matt. Fluctuation war nur undeutlich wahrzunehmen, und selbst tieferer Druck wurde ohne grosse Beschwerde ertragen. Nur über der linken Inguinalgegend war Empfindlichkeit bei starkem Aufdrücken vorhanden. Die Kranke wurde durch fortwährenden Brechreiz geplagt, ohne dass wirklich Entleerungen eintraten. Der Herzschlag war sehr unordentlich, denn während er von Zeit zu Zeit kaum zu fühlen war, traten dann und wann heftige, sehr stürmische Contractionen ein.

nen ein. Beide Brüste waren angeschwollen, die Brustwarzen waren dick und ich bemerkte leichte Risse an der Oberhaut derselben.

Die Exploration durch die Scheide zeigte den Muttermund wulstig und weich, die Spalte desselben war rund, aus dem Muttermund trat eine schleimige Masse blasenförmig hervor, er stand in der Mitte des Beckens und etwas hoch, und neigte sich weder nach der einen, noch mach der andern Seite. Die Vaginalportion war verdiekt und wulstig. Sie fühlte sich weich an. Durch das Scheidengewölbe schien man deutlich den ausgedehnten Körper der Gebärmutter zu fühlen. Die Temperatur der Scheide war niedriger als im gesunden Zustande.

Von Zeit zu Zeit traten allgemeine Krämpfe ein, wohei die Kranke laut aufschrie und Hülfe verlangte.

"Dies waren die hervortretendsten objectiven Erscheinungen, während die subjectiven in Athemnoth, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Druck und Fülle im Unterleih, namentlich in der linken Seite, Uebelkeit und Gefühl von allgemein verbreiteter Kälte bestanden.

Von den Angehörigen der Kranken erfuhr ich, dass dieselbe früher gesund, seit mehreren Jahren verheirathet, jedoch kinderlos geblieben sei. Obschon ihre Katamenien oft 6 bis 8 Wochen weggeblieben wären, seien dieselben doch immer unter heftigen Schmerzen und unter Abgang

1 2 3. 1 4

2

t

#### I. Dr. Schwabe, über Graviditas tubaria;

eines schwarzen, oft coagulirten Blates, welches einige Mal in dicken, runden Stücken unter heftigem Drängen abfloss, stets wieder eingetreten.

In den drei letzten Monaten hebe man wegen gänzliohen Ausbleibens der Regeln. Schwangerschäft vermuthet, und dem Bestehen derselben das oft wiederkehrande. Rebrechen zugeschrieben, zumal die Kranke dabei guten Appetit gehabt und sich durch die Vomitturitionen durcheus nicht angegriffen gefühlt habe. Die Kranke häbe in der letzten Woche die Rässe zu ihren Eltern str. Wagen gemecht, sei wohl angekommen, und hebe vor drei Tagen wegen äftern Erbrechens und Leibweha die Hülfe des Herrn Dr. Machtusister in Anspruch genammen. Nach den von diesem vorordneten Mitteln habe sich das Untwohlsein vermindert.

Die Kranke sei auch heute noch wohl gewesen, und erst gegen Abend, als sie in eine benachbarte Mühle in Gesellschaft habe gehen wollen, sei mit einem Male sehr heftiges Erbrechen eingetreten; die Kranke habe behauptet, es sei ihr im Leibe Etwas geplatzt, sie habe über Schmetzen in der linken Seite des Unterleibs geklagt, sei ohnmächtig zusammengebrochen, habe die heftigsten Beängstigungen bekommen, es wären Krämpfe eingetreten und sie sei todtenbleich geworden. Dabei habe sie über brennenden Durzt und fortwährende Uebelkeit geklagt, habe kalte Füsse und Hände bekommen, und bestimmt versichert, sie mässe starben.

Fassen Sie ebige Erscheinungen zusammen, so werden Sie gewiss mit mit übereinstimmen, wenn ich die Diagunse dahin stellte:

"dass eine Schwangerschaft ausserhalb. der Hähle der Gebärmutter stattgefunden babe, dass der das Ri umschliessende Sack geborsten sei und eine schr bedeutende Bhutergiessung in die Bauebhöhle stattgefunden habe."

Die Progness war die schlechteste, denn der Tod musste in kürzester Frist leintreten, de weder durch innere, noch äussere Mittel die Blutung gestillt, noch das ergossene Blut entfernt werden konnte.

Die Rrau starb nach Dreiviertelstunden, die Hinter-

1\*

bliebenen gestatteten die Section auf mein Ersuchen, und ich lud zu derselben Herrn Rath *Blankmeister* ein. Die Section wurde 12 Stunden nach dem Tode der Frau-durch Herrn Amtschirurg Springer vollzogen.

Die Leiche war wohlgenährt, Wachsfarbe überzog den ganzen Körper, die Gliedmassen waren biegsam, der Unterleib war sehr aufgetrieben und oberhalb der linken Inguinalgegend fühlte man bei starkem Druck eine nur undeuttich hervortretende Geschwulst in der Tiefe.

Gleich beim Durchschneiden der muskuläsen und mit einer starken Fettlage versehenen Bauchdecken ergoss sich bei Enöffnung des Peritonäum eine grosse Menge dunkein, schwarzfüssigen Blutes, das die ganze Bauchbähle füllte. Das Blut:wurde theils durch Auftrocknen mit Schwämmen, theils durch Abfliessenlassen entfernt, und es zeigte sich nun ein 1½ Zoll dickes, schwarzes Blutcoagulum, welches sämmtliche Organe der Bauchbähle überzog.

Nachdem auch dieses bei Seite geschafft war, trat uns der Uterus entgegen, der stärker entwickelt als im jungfräutichen Zustande war und an dessen linker und oberer Seits sich eine bedeutende Geschwulst hervorhob. Die äussere Decke dieser Geschwulst bestand aus der Substanz der Gebärmutter mit ihrem Peritonäalüberzug, so wie aus der erweiterten und verdickten Substanz der linken Fellepischen Röhre. Sie bestand aus zwei verschieden grossen Kugelsegmenten, von denen das obere von der Gebärmutter gebildete das bei weitem grössere, das untere und seitliche aus der erweiterten Tube bestehende das kleinere war. An der Spitze der Geschwulst, die nach oben ind links lag, war dieselbe geborsten. Man sah einen Riss von 5 Linien Länge und 24 Linien Breite, dessen Bänder zackig und eingerissen waren. Derselbe war mit venøsem Blute gefüllt, nach dessen Entfernung in der Wunde Theile der Uterinfläche der Nachgeburt deutlich hervortraten. Offenbar hatte sich aus dieser Wunde das ganze ungeheure Blutextravasat, dessen Masse wir auf 4 bis 5 Pfund schätzten, entleert.

In dem namentlich nach oben hin sehr verdünnten Sack fühlte man deutlich Fruchttheile. Er wurde geöffnet

÷ .

4

#### I. Dr. Sohnabo, über Graviditas tubaria.

und man fand ein unverschrtes Ei, in welchem sich ein Fötus in sitzender Stellung wahrnehmen liess. Der Kopf desselben war im Nacken so stark gekrümant, dass er mit der Stirn auf dem Schambogen lag, die Hände lagen zu beiden Seiten des Kopfs hinter den Ohren, die untern Extremitäten waren stark flectirt und gegen den Unterleih gedrückt, kurz der Fötus war so zu sagen knäuelförmig um sich selbst gewickelt. Die Nachgeburt sass oberhalb des Fötus und war mit diesem durch einen regelmässig geformten Nabelstrang verbunden, welcher sich an der Peripherie der Placenta festsetzte, die vom Peritonäalüberzug der erweiterten Tuba bedeckt wurde.

Der die Frucht umschliessende Sack war weder mit einem Eingeweide der Bauchhöhle, noch mit dem Bauchfelle verwachsen, und es fand sich nirgend eine Spur von Entzündung oder deren Folge vor.

Alle Organe der Bauchhöhle waren gesund, und auffallend war nur sowohl in ihnen, als in sämmtlichen Gefässen der grosse Blutmangel.

Eine Oeffnung der Kopf- und Brusthöhle wurde nicht gestattet.

Sämmtliche innere Geschlechtstheile wurden mit einem Theile der Scheide herauspräparirt, um später einer genauern Untersuchung unterworfen zu werden.

Das Präparat, welches ich Ihnen vorzulegen mir erlaube, besteht aus einem Theil der aufgeschnittenen Scheide, der Gebärmutter mit den Bierleitern, den Eierstöcken, den breiten Mutterbändern und dem Fötus.

Was zunächst den Uterus betrifft, so bemerken Sie, dass die Portio vaginalis (*f* der vorliegenden Zeichnung) wulstig und verkürzt ist; sie fühlt sieh weich und lokker an.

Aus dem runden, durch einen Längenschnitt gespaltenen Muttermunde ist eine röthlich gefärbte, klebrige, amorphe Masse reichlich abgeflossen. Die Erscheinungen, die wir an der Portio vaginalis wahrnehmen, lassen auf eine Schwangerschaft im vierten Monat schliessen, wenn wir das oben angeführte Resultat der noch an der Lebenden angestellten Exploration berücksichtigen, wo der Muttermund ziemlich hoch, weich und wulstig, die Spalte rand gefunden wurde.

Die Gebärmutter (f bis m) ist bedeutend grüsser als im jungfräulichen Zustande, ihre Länge heträgt 3 Zoll 40 Linien, ihre Breite am Fundus 3 Zoll 8 Linien und am Körper 3 Zoll 4 Linien. Ihre Höhle hat 3 Zoll Länge und 2½ Zoll Breite, während die Substanz durchschnittlich eine Dicke von 11 Linien erreicht, und nur auf der linken und obern Seite, wo der Fötalsack sich befindet, auf 4 Linien Dicke von der Höhle nach Aussen hin gemessen, reducirt ist. Die Gebärmutterhöhle war, als wir sie bei der Section öffneten, überall mit der aus dem Muttermunde abgeflossenen röthlichen, amorphen Masse reichlich gefüllt.

Das Gewebe der Gebärmutter ist ganz normal.

Wenden wir uns zu den Fallopischen Röhren (c und d), so finden wir zunächst die rechte im normalen Zustande (c), während die linke (d) 2 Zoll länger ist als die rechte. Bei Katheterisirung der linken Tuba konnte ich eine Sonde nur 2½ Zoll vom Ostium abdominale an gerechnet bis an eine verdickte Stelle der Tuba einführen, von da nach dem Uterus hin bis zu der Erweiterung, welche das in ibr aufgehaltene und sich festsetzende Ei gebildet hat. war sie ganz verwachsen, wie ich mich mittelst eines Durchschnitts überzeugt habe. 24 Zoll vom Ostium abdominale bildet die Tuba einen erweiterten Sack von der Grösse eines halbon Taubeneies mit nach oben, aussen und unten verdickten Wänden (w), die dieselbe muskulöse Strictur zeigen, wie die Gebärmutter selbst. An dem nach der Gebärmutter hin liegenden Ende des Sackes beginnt der Canel der Tuba wieder, denn man kann eine Sonde bis in die Gegend, wo die Tuba die Substans des Uterus durchdringt, einführen. Das Ostium uterinum aber ist verwachsen. Nach der Gebärmutter hin fehlt dem Sacke seine Wand, und an dieser Stelle sieht man deutlich, dass er in einer frühern Periode der Schwangerschaft eingerissen ist, denn die Ränder sind unegel und zackig. Er bildet im Durchschnitt gedacht das Segment eines kleinern, auf einem grössern Kreise, der sich in die Substanz der Gebärmutter selbst (m) hinein erstreckt und einen bedeutenden Theil

6

derselben verdrängt und resorbirt hat. Diese beiden Hählen bilden jetzt nur eine einzige, und sind noch mit den Ethänten, dem Chorion und Amnion ausgektleidet; während von der Desidua Hunteri keine Spuv vorhanden ist. In diesen Eihäuten lag das vollkommen geschlossene Bi; die Hähle des Eies (m) misst von oben nach unten 2 Zoll 8 Linien, in ihrer grössten Breite 2 Zoll 4 Linien.

Hinter den durch die Eihäute geschlossenen, eben beschriebene Sack drängt sich die Nachgeburt (p), die in ihrer Ausdehnung dem vierten Schwangerschaftsmonate entspricht und durch einen normalen Nabelstrang (q) mit dem Fötus (3) verbunden ist, in die Substanz der Gebärmutter hinein. Die Placenta (p) ist mit ihrer Uterinseite mit der Substanz der Gebärmutter verwachsen und sitzt nur oben und links, da wo: sich der Nabelstrang an ihrer Peripherie mit ihr verbindet, auf der innern Auskleidung der erweiterten Tuba. Die Substanz der Gehärmutter, welche den bei weitem grössern Theil der äussern Hülle des Eies, und zwar bis auf die kleinere oben beachriebene höhlenartige Erweiterung der Tuba bildet, ist nach der Höhle der Gebärmutter hin bis auf 4 Linien verdünnt, während die obere. vordere und kintere Seite sich von der Gebärmutterhöhle nach Aussen gerechnet bis zu 14, 1 und 1 Linie verdünnt. An der Stelle aber wo der Riss des Fruchtsackes erfolgte (o) ist die Gebärmuttersubstanz günzlich resorbirt und nur der Peritonäalüberzug des Uterus bildet die Hülle des Eies.

Der Nabelstrang (q) inserirt sich an der Circumferent der Nachgeburt, und zwar an über Stelle derselben, die dem Ostium uterinum der Tuba zunächst liegt, so dass also die Placenta oberhålb und hinter dem Fötus nach dem Uterus hin zu liegen kommt.

Der normal gebildete Fötus (r) entspricht is seiner Grösse von 5 $\pm$  Zoll dem vierten Schwangerschaftsmonate; die Haut desselben ist consistent, das Sarotum tritt hervor, der After ist geöffnet. Die Ernährung des Fötus war ganz normal.

Beide Eierstöcke (a und b) sind regelmässig gehildet; und in ihnen finden sich Corpora lutea und Ovula vor. Das linke hreite Mutterband hat durch die Dehnung, die es durch das wachsende Ei erlitt, einen grössern Umfang als das rechte.

Bei der Eröffnung des Eies waren die beiden Schichten des Chorion und Amnion deutlich zu erkennen, es floss nur sehr wenig Fruchtwasser aus der Eiböhle ab, es war hell und dünnflüssig.

Ich halte unsern Fall für eine Graviditas extrauterina und zwar für eine Tubarschwangerschaft, aus der sich erst im spätern Verlaufe eine Interstitialschwangerschaft bildete. Entstehung und Verlauf erkläre ich mir etwa folgendermaassen:

Das Ei fiel bei der Conception in die linke Tuba, wurde durch die dieser eigenthümlichen, dem Motus peristalticus ähnlichen Zusammenziehungen 2½ bis 2½ Zoll weit in der Tuba fortgetrieben, und fand hier ein Hinderniss, weshalb es sich festsetzte. Welches Hinderniss ihm entgegentrat wage ich aus dem Befunde mit Sicherheit nicht zu bestimmen; doch scheint es mir nicht unwahrscheinlich, dass eine sulzige Masse, die sich sowohl an der linken, als rechten Tuba in einzelnen Portionen vorfand, die Fortbewegung des Eies bis in die Gebärmutterhöhle hinderte.

Die Form der kleinern, gleichsam in sich abgeschlossenen Höhle (w), die durch die verdickten Wände der linken Tuba gebildet wird, und die später an ihrer nach der Gebärmutter hin gerichteten Seite einriss, entspricht in ihrer Ausdehnung der eines Eies aus der vierten Woche der Schwangerschaft. Ich vermuthe deshalb, dass auch so lange die Tubarschwangerschaft bestand. Das wachsende Ei zerstörte nun durch den fortwährenden Druck die innere nach der Gebärmutter hin liegende Wand des aus der Tuba allein gebildeten Fruchtsackes, das Ei kam nun mit der weichern und dehnbarern Substanz der Gebärmutter in unmittelbare Berührung, und fand so Gelegenheit, nach dieser Richtung hin sich leichter auszudehnen, sich in die Substanz der Gebärmutter einzusenken und auf diese Weise sich ein Nest zu bilden. Es entstand also, meiner Ansicht nach, im vorliegenden Falle aus einer Tubarschwangerschaft durch Resorption des Tubarkanals an seiner nach dem Uterus hin liegenden Wand erst secundär eine Graviditas interstitialis.

Meine Ansicht wird gewissermassen durch die perigherische Insertion des Nabelstranges bestätigt, weil sich die Insertionsstelle an dem Rande der Nachgeburt befindet, welcher sich an die innere Auskleidung der erweiterten Tuba befestigt. Die ersten Rudimente der Placenta mussten sich offenbar an der innern Auskleidung der Tuba bilden, und die Nachgeburt breitete sich erst nach Sprengung des Eileiters nach der Gebärmutter hin aus.

Viele Beobachter von Interstitialschwengerschaften läugnen eine Communication zwischen der Tuba und der Höhle, die das Ei enthält, geradezu ab. Unser Fall zeigt aber, dass beide in unmittelbarer Verbindung stehen. Ich möchte behaupten, dass dies immer der Fall ist, dass eine Interstitialschwangerschaft, ohne dass die Tuba in Mitleidenschaft gezogen oder vielmehr geborsten ist, sich gar nicht bilden kann, dass demnach jede interstitielle Schwangerschaft im Entstehen eine Graviditas tubaria gewesen ist. Es versteht sich von selbst, dass interstitielle Schwangerschaft sich nur dann ausbilden kann, wenn das Ei tief in die Tuba eingedrungen ist und sich an einem Punkte derselben festgesetzt hat, der mit der Gebärmutter in Verbindung steht.

Wie anders wollte man denn sonst den Eintritt des Eies in die Substanz der Gebärmutter erklären, wenn man nicht ein Einreissen der Tuba annehmen will? Muss Letzteres nicht selbst bei Interstitialschwangerschaften der Falt sein, wo sich das Ei da festsetzt, wo die Tuba die Substanz der Gebärmutter perforirt? Ist die innere Auskleidung der Tuba nicht die unmittelbare Fortsetzung der die Gebärmutterhöhle auskleidenden Schleimhaut? Ist nicht das Gewebe, das die Tuba bildet, dieselbe eigenthümliche Muskelsubstanz aus der auch der Uterus besteht? Die Tuben sind den Hörnern der thierischen Gebärmutter analog, sie repräsentiren dieselben nur im verjüngten Massetabe. Die interstitielle Schwangerschaft entwickelt sich immer aus Tubarschwangerschaft.

Carus und Brechet suchten das Eindringen in die Substanz dadurch zu erklären, dass das Ei sich in die offen stehende Mündung eines venösen Ganals und so nach und nach in die Substanz der Gebärmutter einsenke. Neuere Untersuchungen haben aber nachgewiesen, dass dergleichet Mündungen gar nicht vorhanden sind. Wären sie aber den noch werhanden, so würde das Ei doch gewiss nie nach der Seite hin wachsen, wo es den meisten Widerstand findet, sondern zuverlässig nach der Oeffnung hin durch die es eintrat und wo seiner Entwicklung kein Hinderniss fürs Erste entgegensteht.

Die Lehre der Extra-Uterinalschwangerschaft bedarf einer kritischen Sichtung. Meiner Ansicht nach kann ausserhalb der Gebärmutter nur

a) Schwangerschaft in der Peritonäalhöhle oder

**b**) in den Tuben

stattfinden. Die Interstitialschwangerschaft entwickelt sich stets aus der Tubarschwangerschaft und ist eine Form derselben, während die Ovarialschwangerschaft wohl immer Peritonäalschwangerschaft ist. Denn mag man nun annehmen die Befruchtung komme durch eine Aura seminalis, ein Samenthier oder was sonst für einen Process zu Stande. so ist es doch unumgänglich nöthig, dass die Keine beider Geschlechter in Contact kommen, und dieser Contact kenn. nur dann stattfinden, wenn die Hülle des Eierstocks und die des Ei umgebende Capsel einreisst, ein befruchtetes Ei kann demnach nie im Eierstocke selbst liegen, es muss herausfallen, und dann kann es nur in die Tuba oder in die Peritonkalhöhle gleiten. Ich verwerfe deshalb die Eierstocksschwangerschaft a priori, und glaube, dass aur die oberflächlichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen älterer Beobachter es möglich gemacht haben, sie überhaupt anzunehmen.

Ebenso unwahrscheinlich ist es, dass eine Gravid, tubouterina, wo ein Theil des Eies in der Tuba, ein anderer in der Gebärmutterhöhle stecken soll, existire.

Die Decidua Hunteri ist, wie ich oben bemerkte, in unserem Eie nicht vorhanden, und doch het es sich regelt mässig ausgebildet, ja es würde wohl seine Reife erlangt haben, wenn die es umgebenden Hillen einer grösseren Ausdehnbarkeit fähig gewesen wären. Dies veranlasst mich einige Worte über den Zweck und die Bestimmung der Decidua anzufügen.

#### 1. Dr. Schoabe, über Graviditas tubaria.

Meiner Ansicht nach ist die Decidua zunlichst dazu bestimmt, die im Verhältniss zum eintretenden Bie zu grosse Gebärmutterhöhle inwendig zu überziehen, und dem kleinen Bie, wenn es durch die Uterinöffnung der Taba tritt, einen festen, aber doch nachgebenden Stütspunkt zu geben, es mit den Wänden der Gebärmutter in innige Bertikrung zu bringen; um es den zarten Fasern des Cherion möglich zu machén, sich mit der innern Fläche des Uterus zu verbinden, in ihnen Wurzel zu schlagen, wie die Wurzein der Pflanze in der Erde es thun, und so die Bildung der Nachgeburt zu ermöglichen. Wendet man dagegen ein, dass bei Extrauterinalschwangerschaften die Decidua fehle und das Ei doch eine Placenta bilde, so entgegne ich, dass hier das Ei von den dasselbe umgebenden Theilen fest umschlossen wird, dass sie sich an das Ei anschmiegen, folglich eine Fixirung nicht nöthig ist. Bei den Quadrupeden, die keine Decidua bilden; entspricht der Durchmesser des Eies dem der Hörner, in welchen letzteres sich festsetzt.

Trotzdem floss aus dem Mutternunde eine amorphe, röthlich gefärbte, klebrige Masse aus, und die Gebärmutterhöhle war damit angefüllt. Ich halte diese Masse für das Rudiment der Decidua, die sich bei sich ganz anormal entwickelnder Thätigkeit der Geschlechtsorgane zur Ausbildung des Bies an einem so ungewähnlichen Orte nicht regelmässig formiren konsite.

Die vergleichende Anatomie lässt es mir auseerdem wahrscheinlich werden, dass die Decidua dazu diene, die secretorischen Venen- und Arterienenden, aus denen im ungeschwängerten Zustande sich das Menstrualblut aus den Gefässen der Gebärmutter ergiesst, mechanisch zu schliessen, um so den periodischen Blutfluss zu hemmen und es zu ermöglichen, dass das in den Gefässen der Gebärmutter enthaltene Blut der Stelle zugeführt wird, an welcher sich die Nachgeburt bildet und die bekanntlich nicht mit der Decidua bekleidet ist. Die Thiere menstruiren nicht, haben aber auch, sowiel mir bekannt ist, keine Decidua. Die Placenta der Thiere hat auch eine von der des Menschen total verschiedene Form und Structur. Bald ist sie sackförmig, wie bei der Stute, wo sie überall durch das Chorion mit dem Fruchthalter zusammenhängt, und bildet einen Mutterkuchen, der zumal in der zweiten Hälfte der Trüchtigkeit mit zahlreichen, starken Verästlungen der Nabelschnuradern durchzogen ist und auf der Uterinseite mit zahlreichen, schwammigen Zapfen besetzt mit der Gebärmutter zusammen hängt, bald wird sie wie bei den Bisulcie durch zahlreiche Cotyledonen vertreten, die durch die Glandulae uterinae mit den Carunculis des Ghorion communiciren, bald ist sie gurtförmig wie bei den Hunden. Kurz es entwickeln sich, weil die begrenzende Decidua fehlt, auf der ganzen Fläche des Chorion, wo letzteres die Gebärmutter berührt, Verbindungen, die als Uebergänge des mütterlichen Blutes zu dem Fötus dienen.

Die Decidua scheint mir dem Weibe auch deshalb unumgänglich nöthig zu sein, weil die Natur den Menschen aufrecht zu gehen bestimmte. Bei den Thieren liegt die Gebärmutter horizontal, bei dem Menschen vertical, die Decidua verhindert das Herabgleiten des Eies zum Muttermunde, welches, wenn sie nicht vorhanden wäre, dem Gesetz der Schwere nach immer erfolgen müsste.

In diagnostischer Hinsicht bietet unser Fall ein zwar negatives, aber deshalb nicht uninteressantes Resultat. Die Verstorbene klagte im ganzen Verlaufe ihrer Schwangerschaft über keine Beschwerde, und war bis wenige Stunden vor ihrem Tode gesund. Die Katamenien blieben drei Mal aus und die junge Frau glaubte ihren Wunsch, Mutter zu werden, erfüllt. Weder kolikähnliche Schmerzen; noch das eigenthümliche Geschrei, noch der Abgang schwärzlichen Blutes aus der Vagina oder ein eigenthümlich leidender Ausdruck des Gesichts liessen die Gefahr vermuthen, in welcher ihr Leben schwebte.

Die von Carus erwähnten entzündlichen Erscheinungen an oder in der Nähe des Fötalsackes fehlten ganz.

#### Erklärung der Abbildung.

a) Rechter Eierstock, b) linker Eierstock, c) rechter Eierleiter, d) linker Eierleiter, e) Mutterscheide, f) Scheidentheil, g) Gebärmuttergrund, h) hintere Wand der Gebärmutter,  $\phi$ ) zurückgeschla-

# II. Dr. Bianokmeister, ein Geburtstall ohne. Wehen. 18

gene vordere Wand der Gebärmutter, k) innere Mündung des rechten Eierleiters, i) Gebärmutteraubstans, durchschnitten, m) Eihülle in der Substans der Gebärmutter, n) innere Höhle der Eihüllen, o) Einriss in den Eihüllen, p) Fruchtkuchen, q) Nabelschur, r) Fötus, s) erweiterte Stelle des Eierleiters.

• •

1 (l

II.

# Ein Geburtsfall ohne Wehen.

Von

#### Dr. Ludwig Blanckmeister.

in the

Der Fall betraf eine 22 jährige Erstgebärende, die, obwohl früher stets gesund und kräftig, jedoch 2 Monete vor ihrer Niederkunft den Kummer erfahren hatte, ihren Mann nach nur einjähriger 'Ehe durch den Tod zu verkieren: Schwer hatte dieses Unglück das Gemüth der Hochschwangern darnieder gedrückt, und es ist jedenfalls diesem Kummer, bei der Erklärung des späteren eigenthümlichen Verhaltens der Gebärmutter, bei ihrer Entbindung viel Kinfluss beizumessen.

Eine gewisse Geburtsthätigkeit hatte bei meiner Ankunft schon gegen 12 Stunden bestanden, und nach Aussage der gewissenhaften Hebamme nur darin sich gezeigt, dass ein schüttelfrestähnliches Zittern zeitweilig der Gebärenden sich bemächtigte, und debei die Erweiterung des Muttermundes vor sich ging. Jedoch hatte die Hebamme niemals bei diesem Schütteln irgend ein Haltwerden der Gebärmutter bemerten können, und wartete zu der Zeit, wo die 4te Geburtsperiode mit ihrer energischen Contractionsthätigkeit eintreten sollte, vergeblich darauf.

Nachdem ich bei meiner Ankunft am Geburtsbette die nüheren Umstände in Betracht gezogen, den Muttermund fast ganz erweitert und den vorliegenden Kindskopf noch

# 14 If. Br. Blanchmeister, ein Geburtsfall ohne Wahen:

als sehr beweglich gefunden hatte, griff ich, 4m eine geregelte Wehenthätigkeit zu erzielen, zuerst zum Borax, dann zum Secale, doch beides blieb erfolglos. Nachdem so wieder 6 Stunden vergangen waren, und jede ungefähr alle 10 Minuten wiederkehrende Wehe sich nur als ein Zittern der Kinnlade und der obern Gliedmassen kund gegeben, ohne nur irgend ein Hartwerden der Gebärmutter oder eine Feststellung des Kindskopfes bewirken zu können, griff ich nothgedrungen zur Zange und entwickelte das lebende Kind ohne sonderliche Anstrengung.

Noch war jedoch der Hauptnachtheil, der die gänzlich mangelnde Energie des Uterus für Durchführung des Geburtsgeschäfts herbeigeführt, nicht auf seine Höhe gekommen, denn auch jetzt nach Ausziehung des Kindes blieb der Muttergrund hoch über dem Nabel stehen, die Gebärmutter selbst zeigte keine Contractionsthätigkeit, der Muttermund hing wie ein offenstehender Beutel schlaff herab. Die eintretende Blutung forderte jetzt zu schleuniger Entfernung der Nachgeburt auf, dieselbe war nicht verwächsen, und liess sich leicht entfernen, jedoch auch nun folgten noch keine Contractionen der Gehärmutter. Eine sogleich veranstaltete kühle Essigeinspritzung schien den gewünschten Erfolg jedoch nur auf Minuten zu bringen, der Muttergrund stieg immer von neuem, der Blutverlust wurde erschöpfend, so dass trotz fortwährend angestrennter. Thätigkeit von Geburtshelfer und Hebamme Kälte, Pulslosigkeit und Ohnmacht der Entbundenen die höchste Gefahr, anzeigten. Unausgesetzt wurde Schwefeläther auf den Unterleib aufgetröpfelt, immer neue kalte Binspritzungen auch von reinem Essig gemacht, selbst, bei immer wiederkehrendem Steigen des Muttergrundes ein in Tücher eingeschlagenes schweres Gewicht auf den Unterleib aufgelegt, 

So gelang es endlich, dass mit Zuziehung knäftiger Araneien 3 Stunden nach Entfernung der Nachgeburt allmälig die Gebärmutter zu dauernden Zusammenziehungen vermocht, und wieder einige Wärme, Lebensthätigkeit und Energie des Pulses in der Entbundenen hervorgerufen wurde, deren Leben wahrscheinlich nur dem Umstande zu verdanken was, dass der Geburtshelfer, der sehr frühzeitig

#### III. Dr. Clemens, zur Lehre vom Nachgeburtsgeschäft. 15

die bei Nachtneit eintreffende charakteristische Geburt beobachten, und sogleich, wo es Noth that, eingreifen konnte, nicht erst. bei eintretender Gefahr gerulen zu werden brauchte.

Die Felgezeit verlief für Mutter und Kind ohne wesentliche Störung, nur trat hinreichende Milchsocretion in Folge der verherigen Enschöpfung erst sehr spät ein.

. . . .

.....

11

Zur Lehre vom Nachgeburtsgeschäft.

1 .

1.1

1.

1:

1

Von 🗠 ..

Dr. A. Clemens, in Frankfurt am Nain.

Es herrscht über das Verfahren, welches der Geburtehelfer in der Nachgeburtsperiode zu befolgen hat, im Grunde dieselbe Meinungsverschiedenheit, der wir in der Geschichte der ganzen Geburtshülfe begegnen, nämlich der Streit zwischen der activen und passiven Methode. Die erste will die Austreibung der Placenta der Natur nicht überlassen, und beginnt, hald etwas früher, bald etwas später nach erfolgter Geburt, ihre Operation. Die zweite warnt vor allzuschnellem Einschreiten, ja vor manualer Hülfe überhaupt, will dieselbe nur bei Gefahr eines Blutflusses gelten lassen, und rathet die endliche Austreibung der Secundinen lediglich der Natur zu überlassen. Auf beiden Seiten stehen ehrenwerthe Namen, die ihre Meinung durch Beobach, tungen und Erfahrungen, jeder auf seine Weise, unterstützen. Diese Streitfrage ist in den Verhandlungen der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe, zweiter Jahrgang, Berlin 1847, aufs Neue zur Sprache gekommen, hat zu lebhaften Erörterungen geführt, ohne auch hier entschieden worden zu sein. Seit den Schriften von Ulammer und Blumhardt ist, meines Wissens nach, in den letzten Decennien die Frage über Nachgeburtszögerungen wenig mehr speciell erörtert worden. Es sei mir daher erlaubt, ehe ich meine Ansicht und Verfahrungsart mittheile, noch einen Rückblick auf die verschiedenen Meinungen zu werfen, wie sie mir meine Studien über diesen Gegenstand an die Hand gaben.

So erklärt Dr. Pittschaft in Rust's Magazin, Band 21, Heft 2, die Ausstossung der Nachgeburt solle stets der Natur überlassen bleiben und nie dabei künstlich eingeschritten werden, und in Hufeland's Journal, IX. September 1833, die zurückgebliebene Placenta werde wahrscheinlich nicht durch Aufsaugung, sondern durch allmälige Auflösung und Ausfluss aus der Scheide entfernt. Der sweite Ausgang, füge ich hinzu, ist der gewöhnlichere, obgleich man auch Fälle will beobachtet haben, wo die zurückgebliebene Placenta entweder resorbirt wurde oder mit dem Uterus in eine organische Masse zusammenschmolz. Einen Fall von zurückgehaltener Placenta ohne üble Folgen von F. Y. Parcher in Charlestown (Südcarolina) beobachtet, theilt uns Dr. Kalisch, Medicinische Zeitung des Auslandes, Nr. 9, 1888, mit. Eine grosse, schwächliche, übrigens gesunde Frau von 33 Jahren war zwei Mal schwanger gewesen und hatte jedesmal im dritten Monat abortirt. Als Purcher sie in ihrer dritten Schwangerschaft besuchte, fand er, dass em geringer Ausfluss von Wasser stattgefunden hatte. Am Abend stellten sich Schmerzen ein, welche sich den Tag darauf vermehrten. Bald war der Muttermund so erweitert, dass man den vorliegenden Steiss fühlte. Nachmittags wurde ein vollkommen ausgetragenes Kind geboren. Der Uterus zog sich sogleich in Form eines Stundenglases zu sammen. (Diesen Fall von Placenta incarcerata nennen bekanntlich die Engländer hour glass contraction, weil der Uterus hier beinahe die Figur einer Sanduhr hat, indem er; in der Mitte verengt, gleichsam zwei Höhlen bildete). Näch Ueberwältigung des Krampfes konnte man nur mit Mühe mittelst der Finger den Boden der Gebärmutter erreichen. mit dem die Placenta so innig verwachsen war, dass man ihren Stand nicht unterscheiden, und sie selbst nach wie-

16

derholten Versuchen nicht lösen konnte. Die Kranke wah ehne Sohmerzen, 'Mutterkorn in voller Dose gegeben bewirkte schnelle Zasammenziehung des Uterus und fast ununterbrochene Schmerzen. Den dritten Tag ging der Nabeistrang mit einem Theile der Häute in fauligem Zustande ab. Des übeln Geruchs wegen wurden Injectionen von Chlorkalk gemacht. Eine allgemeine Aufregung dauerte beinahe drei Wochen, wobei Geruch, Aussiluss und Schmerz aufhörten. Einen Monat darauf wurde die Kranke von bettigen Schwerzen und einem Gefühl von Schwerzen in der Gebärmuttergegend befallen. Der Uterus befand sich tief in der Scheide. Man konnte durch seine Oeffnung die Placenta fühlen, jedoch wegen Zusammenziehung des Uterus nicht lösen. (Versuche, den Muttermund durch Prössschwamm allmälig zu erweitern, wie Kluge anfäth, wurden nicht gemacht, wie denn die Beschreibung und die Behandlang überhaupt Manches zu wünschen übrig lassen.) Die Schmerzen hörten auf. Die Kranke' befand sich besser, bis sie eine Woche später abermals Schmerzen bekam, wobei das Os uteri geschlossen blieb." Die Kranke verreiste und befand sich ein Jahr nachher ganz wohl. Nie hat sie seitdem an Gebärmutterschmerzen gelitten and hat zwei Mal ihre Regeln bekommon. (Schade, dass keine Notiz vorhanden, ob sie jemals wieder schwahger geworden.) Von der Placenta wurde nichts mehr ausgestossen. Sie schien durch ihre innige Verbindung mit dem Uterus in einen organischen Körper zusammengeschmelzen zu sein. (Bekanntlich wollen auch Aerzte die Entstehung mancher Gebärmutterpolypon aus solchen fest adhärirenden Nachgeburtsresten herleiten). • •

Ganz gegen Pittschaft's Meinung erklärt sich Dr. O. Seiler (e. Siebold's Journal etc. Bd. 7, S. 9, 1828). Bei schwierigen Nachgeburtsfällen kann ein solches Verfahren nur verderblich sein, bei Einsackungen der Placenta tödtlich werden. Binen Mutterkuchen wegfaulen lassen ist wohl eine misslichere, ja viel gefährlichere Sache, als ihn, selbst mit einiger: Gewalt zu entfernen. Selbst in den schwierigsten Fällen kommt, nach meiner Meinung, hier der Geburtshelfer mit seiner Hand zum Ziele. Wenigstens glaube ich, kein Mentsecht, L Geburtsh, 1844, Bd. III, Bh. 1. 2 deutscher Geburtshelfer hat wohl Jacque-Asdré Millat's Verfahren nachgeahmt, der in seinem Supplément à tous les traités tant étrangers que nationaux sur l'art des accouchémens. Paris 1804, den Rath giebt, die Reste der dom Uterus adhärirenden Placenta mit einer Spatule fonestrée abzuschaben!!

Sogar der marktschreierische Sacombe, der bekanntlich Alles der Natur überlassen wollte, sagt doch in seinen, ehemals von dem Pariser Publicum in den Himmel erhobenen, nun gätzlich verschollenen Observations medico-chirurgicales sur la grossesse; le travail et la couche. Paris 1793---94, mich seiner Erfahrung sei das Aussishen, der Nachgeburt besser, als sie dem Austneihen der Natur zu überlassen.

... Dr. Wittoke, über das künstliche Lösen der Nachgeburt (v. Siehold's Jaurnal für Geburtshülfe, Bd. 16; St. 2. Leipsig 1887), meint, die künstliche Lösung der Placenta habe immer einen günstigen Erfolg für sich. Das Unterlassen der indicirten Operation, dagegen fast immer einen /tödtlichen Ausgang zur Folge. Nur wo nach einer rasch verlaufenen Geburt der Uterus erschöpft ist, findet er es nicht selten rathsam, die Placenta gleichsam als Tampon sitzen zu lassen, bis durch das wiedengekehrte Vermögen des Uterus, sich zu contrahiren, die Gefahr der sonst unausbleiblichen Blutung abgewendet ist. Mit dem Ersten vollkommen eint verstanden, bin ich es nicht mit dem Zweiten. Bine sitzengebliebene Nachgeburt ist kein Tampon, und reizt vielmehr zu neuer Blutung. Je schneller die Placenta entfernt wird, desto cher erholt sich die Entbundene, und deste mehr ist die Gefahr einer Hämorrhagie entfernt. Selbst die Sohwäche begünstigt zuweilen das Nachgeburtsgeschäft, weil der Muttermund dabei sehr weich und hinlänglich geöffnet ist. loh mache hier: auf den ersten der unten von mir angege-1. benen Fälle aufmerksam.

A. F. Dehn, Nonnulla de secundinis in utero retentis. Dorpati Livon. 1828. J. Frings; de dignitate artificialis placentae solutionis. Bonnae 1830 sind beide entschiedene Lobredner, der künstlichen Lösung der Nachgeburt. So halte ich mich auch überzeugt, die unglücklich abgelaufene Nachenthindungsgeschichte, welche uns in Stark's Neuem Archiv für die Geburtshülfe Band 1, St. 1, Nr. 1, Juni 1799 mitgetheilt wird, möchte wohl ein anderes Resultat gehabt haben, wäre der Geburtshelfer nicht ein Anhänger der Methode gewesen die Ausstossung des Mutterkuchens ganz allein der Natur zu überlassen.

William Hunter wollte auch die Austreibung der Nachgeburt allein der Natur anheimstellen, aber ein trauriger Fall, wo ein angeschener Londoner Arzt seine Frau auf diese Hunter'sche Manier verlor, machte dem Anschen dieser Mer thode ein schnelles Ende. Dr. C. E. Fischer, Bemerkungen über die englische Geburtshulfe. Göttingen 1797.

John Burns, the Anatomy of the gravid Uterus with practical Inferences relative the pregnancy and labour. Glasgow and London 1799, empfiehlt schon bei den gewähnlichen Blutungen, die den Abgang der Placenta begleiten, ja allen Ernst anzuwenden und keinen blossen müssigen Zuschauer abzugeben.

P. E. Kock, Dissertation sur le danger qui peut résulter du séjour trop long temps prolongé du délivre dans la cavité utérine. Bruxelles et Paris 1796; hatte im Jahre 1786 das Unglück, eine Kindbetterin an einem Faulfieber zu verlieren, bei welcher er die Nachgeburt nicht gleich nach der Entbindung, wie er es sonst zu thun gewohnt war, geholt hatte. Er nimmt daher Veranlassung, auf die beldige Wegnahme derselben zu dringen.

Obgleich G. H. Richter, der bekannte Moskauische Geburtshelfer, Synopsis praxis medico-obstatnicite, quam per hos viginti annos Mosquae exercuit. Mosquae 1810, in einigen Fällen, wo eben kein Blutfluss war, die Nachgeburt 12, ja 39 Stunden lang der Natur überliese, so sagt er doch selbst, dass man daraus nicht folgern dürfe; in allen Fällen so lange warten zu können, und erzählt Beispiele, wo das lange Warten den Tod zur Folge hatte, bald durch Blutfluss, bald durch Faulfieber.

Dr. D. E. Meyer, Geburtshülfliche Beobachtungen und Ergebnisse, gesammelt in der obstetnicischen Klinik zu Halle. Bremen 1838, kässt die Placenta 8 bis 19 Stunden sitzen, wo kein Blutfluss eder sonst bedenklicher Umstand obwaltet; dann erst trennt er sie künstlich, um das Binwirken einer so leicht in Fäulniss übergehenden Masse zu vermeiden. 1

:

3

£

1

1

2

٢

3

i

1

ŧ

ļ

١

t

t

ţ

ł.

James Hamilton, Professor der Geburtshülfe an der Universität zu Edinburg, Praktische Bemerkungen über verschiedene geburtshülfliche Gegenstände; Ergebnisse einer 50 jährigen Erfahrung. Deutsch bearbeitet von einem praktischen Arzte. Berlin 1838, entfernt die Nachgeburt wenn eine Blutung, ja selbst nur ein Blutträufeln eintritt, sogleich, zeigt sich kein unangenehmer Zufall, wenigstens in einer Stunde.

Und so finde ich, um mit einem fernen Welttheil zu schliessen, in Capitain *Philipp P. King's* Narrative of a survey of the intertropical and western coasts of Australia etc. London 1827, die Notiz, dass die Hebammen auf Ceylon, die selbst in der kunstlichen Entbindung bewandert sind, die Nachgeburt augenblicklich nach der Entbindung holen.

Für mich, der ich seit vierzig Jahren die Geburtshülfe in einer volkreichen Stadt und in der benachbarten Gegend austibe, und so Vieles gelesen, beobachtet und erfahren habe, ist dieser Streit ein durchaus subjektiver, mehr in der charakteristischen Individualität der Geburtshelfer, als in wissenschaftlicher Ueberzeugung begründet. Jeder sucht die Sätze der Wissenschaft auf und eignet sich solche mit Vorliebe an, die seiner Individualität am meisten zusagen, und dies geschieht hier wie dort, in bald grösserem, bald geringeren Masse, in beinahe instinctmässiger, fast unbewusster Richtung. Schon die ersten Jahre meiner praktischen Laufbahn gaben mir unter andern ein frappantes Beispiel davon, das ich um so eher erzählen kann, als die Hauptpersonen der Handlung nicht mehr am Leben sind. - Am 21. Juli 1819 wurde ich zu einer Entbindung entboten. Im Vorzimmer des bezeichneten Hauses kam mir die Hebamme mit der Erklärung entgegen, die Geburt sei bereits schon seit einer Stunde ganz glücklich und naturgemäss vorüber, doch sei die Nachgeburt noch zurück, die Kindbetterin verliere viel Blut, der Geburtshelfer weigere sich aber hartnäckig, die Placenta zu holen, er sei gewohnt dies Geschäft allein der Natur zu überlassen. Sie habe in ihrer Herzensangst den Gatten vermocht, noch einen Geburtshelfer um Rath zu fragen. Nachdem ich mich mit meinem Collegen besprochen, von ihm dieselbe Versicherung erhalten, und ihn um Erlaubniss' gebeten, den Fall genauer zu untersuohen, begab ich mich zu der Kindbetterin. Joh fand eine iunge Primipara von 22 Jahren in einem gereizten und erschöpften Zustande. Der Uterus fühlte sich äusserlich weich an, der Blutabgang war beträchtlich, viel Coagulum sanguinis lag auf der Unterlage und in der Vagina, die Placenta, an ihrem unteren Rande beinahe schon gelöst, hing aber nach oben noch fest mit dem Fundus uteri zusammen. Nach diesem Befunde begab ich mich wieder in das Vorzimmer: hörte die Gründe des eigentlichen Geburtshelfers ruhig an. Er hielt den Blutabgang nicht für so bedeutend, um manuelle Hülfe eintreten zu lassen, und wollte den Borax angewendet wissen, um die Wehen zu befördern, auf den Unterleib aber Rumüberschläge, um dem, nach seiner Meinung unbeträchtlichen Blutabgang zu begegnen. Statt aller dieser Mittel bat ich ihn, das Nächste zu ergreifen und die Nachgeburt zu lösen, da sie nun als ganz überflüssiger fremder Körper die alleinige Ursache des Blutflusses, und ihre Ablösung nicht die mindeste Gefahr brächte. Statt aller Antwort erhielt ich die Versicherung, dass er in ein so eingreifendes Verfahren nicht willigen könne, und darauf bestände, blos die Natur zu unterstützen und die Selbstbülle des Uterus durch die geeigneten Mittel anzuregen. Auf meine Entgegnung, ob er denn nicht die Schwäche berücksichtige, die eine durch die Placenta unterhaktene Blutang für die Gebärende herbeiführen könne, ward mir die Antwort, sein Gewissen, wie seine geburtshülfliche Ueberzeugung schrieben ihm hier vor, sich bei Anwendung der von ihm angegebenen Mittel expectando zu verhalten, im Verlaufe von höchstens einer oder ein Paar Stunden würde die Nachgeburt von selbst abgegangen sein, und wäre sie das nicht, so hätte man nur die Kräfte der Kindbetterin aufrecht zu erhalten, gegen den Blutfluss die Tinctura Cinnamomi obgedachter Boraxsolution zuzusetzen, und -- abzuwarten. Nach vielem Hin- und Herreden, während dessen der Blutfluss zu-, die Kräfte der Frau abnahmen, erhielt

ich die Erlaubniss, nach meiner Weise zu verfahren, trennte mit den Fingern langsam und vorsichtig die nicht bedeutenden Adhäsionen des Mutterkuchens, und brachte dieselben glücklich und ohne alle Zufälle zu Tege. Viel Ceagulum Sanguinis folgte meiner Hand. Die Blutung stand, die Gebärmutter schloss sich und das Wochenbett verlief nach Wunsch.

Der Verfasser dieser Ansichten ist; wie man schon errathen haben wird, ein Anhänger der activen Methode, und ist in seiner ganzen obstetricischen Laufbahn dem Motto seines unvergesslichen Lehrers Osiander, "Entschlossen und vorsichtig," treu geblieben. Die Beweggründe, die ihn zu seinem Verfahren bestimmten, reduciren sich wesentlich auf folgende:

1) Die Placenta ist nach erfolgter Geburt des Kindes ein in der Gebärmutter zurückbleibender Körper, dessen Functionen aufgehört haben, der die Zusammenziehung des Uterus erschwert und dadurch Gelegenheit zu Hämorrhagien giebt.

2) Die Theorie hat gut sagen, durch die voreilige Herausnahme der Nachgeburt mittelst ungeschickter Hände sei unendlich mehr Schaden angerichtet, als wenn man die Beendigung der Natur allein überlassen hätte. Dasselbe sagt man von Anwendung der Geburtszange. Die Erfahrung widerspricht diesem zu allgemein gehaltenen Satze. Zudem, was heissen hier "ungeschickte Hände?" Die eines erfahrenen Geburtshelfers kann man doch nicht damit bezeichnen? Und was die Hebammen, zumal die unserer Stadt und Gegend betrifft, so sind diese gehalten, bei Nachgeburtszögerungen sich der Hülfe eines Geburtshelfers zu versiehern.

3) Gleich nach der Entbindung ist der Muttermund geöffnet, weich, nachgiebig und jeder Manualhülfe sich wiltig darbietend. Schon nach einigen Stunden hat sich der Muttermund beträchtlich zusammengezogen. Seine Wiedereröffnung verursacht von Neuem Reizung und Schmerzen und wirkt dann gerade der Bestrebung des Uterus entgegen, der sich von dem ersten bis zu dem letzten Akte des Gebärens in einer beständigen Tendenz zur Gontraction befindet. Diese Tendenz zur Contraction durch äussetliche Manipulation des Gebärmuttergrundes zu unterstützen, um die Nachgeburt zu entfernen, bildet einen Haupttheil meiner Verfahrungsart, die ich weiter unten angebe.

4) Nicht allein, dass das längere, ganz unnütze Verweilen der Nachgeburt und das oft erfolgiose Ansträngen des Uterus sich ihrer durch eigene Kraft zu entledigen, bei der zarten Constitution unserer jetzigen Frauen, die oft ein einziges normales Wochenbett schon unwirft, zu Gebärmutterflüssen Veranlassung giebt, eine schlimmere Folge droht mit der intarceration der Placenta in eine besondere Höhle der Gebärmutter, welche: der endlichen Abläsung derselben oft bedeutende Schwierigkeiten entgegenstellt und zu Nachkrankheiten Veranlassung giebt.

5) Wenn ich gleich nicht behaupten möchte, schon in den ersten Stunden nach der Geburt werde durch den Reiz dieses todten und schweren Körpers Entzündung der Gebärmutter erzeugt, so ist dieses doch bei längerem Verweilen desselben eher der Fall. Aber noch weit schlimmere Folgen bringt seine Putrescenz; die allerdings den Uterus ergreifen und durch Resorption ein Fieber veranlassen kann, das viele ähnliche Symptome mit jener Bebris intermittens darbietet; die ex irritatione systematis uropoetioi entspringt, von aufgetriebenem Leibe, starizen Schmerzen im Unterleibe, heftigem Frostschauder, Ausfluss stinkender Jauche aus den Genitalien begleitet, in ein währes Faulfieber durch eingesogene eiterartige Materie, chemals sogenannter Pytimie, abergeht, and trotz der angestrengtesten und gewissenhaftesten Behandlung nicht selten die Kranken dem Tode entgegenführt.

Dieses sind die Béweggründe, die mich bestimmen, im Allgemeinen und natürlich mutatis mutandis meine Behandlungsweise eintreten zu lassen.

Sobald der Geburtsact vorüber, er sei nam natürlich oder künstlich beendet, und die Gebärende sich einige Mänuten erholt hat; beginne ich sogleich den Fundus uteri ganz sanft und leise mit der rechten Hand zu streichen und leicht zusammenzudrücken; und setze diese Manspulation um so eifriger fort, je weicher sich der Uterus anfühlt und

۱

je höher sein! Stand: tiber der 'Symphysis ossium publs ist. Alles Ziehen an der Nabelschnur vermeide ich dabei sorgfältig. Ich wirke nur von Aussen nach Innen und suche durch mein Verfahren die Contractionen des Uterus zu erwecken, zu befördern. Zieht sich der Uterus unter diesem Verfahren zusammen und entsteht Blutabgang schussweise, nicht tröpfelnd, so ist dies ein günstiges Zeichen, dass die Placenta bald folgen werde. Ich fahre in meiner Manipuletion fort, bis sie von selbst aus der Vagina quillt, und lasse auch dann nicht eher nach, bis der Uterus sich hart wie eine Faust anfühlen lässt und tief im Becken staht, ein Zeichen, 'dass keine Blutung: mehr zu befürchten ist.

Bleibt aber die Gebärmutter weich, wechselt sie in ihren Contractionen mit nachfolgender Expansion, ist die Manipulation der Frau schmerzhaft, und eine Stelle bei der Berührung von Aussen besonders empfindlich --- gewöhnlich wurde an dieser Stelle sohon in der Schwangerschaft wo/nicht Schmerz, doch ein unangenehmes Gefühl empfunden --- geht das Blut bald schneller, bald nur tropfenweise ab, ohne dass sich der Uterus merklich verkleinert, so sind dies sichere Zeichen, dass eine faserige Adhäsion der Placenta an den Uterus --- Placenta adnata --- oder eine sonstige Abnormität stattändet. Damit nun die Placenta adnata nicht zu einer retenta werde, ist mein Verfahren folgendes: Ich gehe mit der konisch geformten, wohl eingeölten rechten Hand die Nabelschnur entlang, an der ich jedes Ziehen vermeide und die mir nur als Wegweiser dient, durch Vagina und Muttermund zur Placenta, und untersuche, ob sich an derselben ein freier Band entdecken lasse, von diesem freien Rande gehe ich entweder mit der Rechten an den hintern Theil der Placenta, oder mit der Linken an den vordern Theil derselben bis zu der Stelle, wo die Adhäsion stattfindet, und beginne mit den Fingern langsam und vorsichtig die Abtrennung, während die andere Hand oder die Hebamme von aussen den Uterus sanft streicht und leicht zusammendrückt. Schlimmer ist es, wonn die Placente an ihrem ganzen Umfange adhärirt, was indessen selten der Fall ist. Hier pflege ich die äussere Manipulation unermüdet und so lange fortzusetzen, bis sich ein Stückehen des Placentarandes von der Wandung des Uterus gelöst hat, von wo aus men die völlige Trennung unternehmen kann. Die Gebärende, die hier natürlich Schmerzen leidet, muss man durch die Versicherung beruhigen, dass die Nachgeburt angeschlagen und dies Verfahren nothwendig sei, um sie vor gefährlichen Mutterblutfinssen zu schützen. Gern lasse ich während der Operation dann und wann einen Esslöffel von folgender Mischung reichen: Rec. Aquae Florum Aurantiorum 3 jv, Tinciwae Cinnamomi 3jj, Syrupi opiati 3j. Ist die Schwäche sehr gross. so setze ich noch Aether sulphur. 3j zu, und lasse auch nach beendigtem Nachgeburtsgeschäft stündlich oder zweiständlich damit fortfahren. Wenn ich auch während der Lostrennung der Placenta die Hand dann und wann ruhen lasse, um der Enthundenen einige Ruhe zu gönnen, so höre ich doch gewöhnlich nicht eher auf, als bis die Nachgeburt mit Bihäuten ganz in meinen Händen ist und eine sorgfültige Untersuchung mich die Höhle des Uterus frei fühlen lässt. Drei schwere Bettlacken auf den Leib gelegt, dienen denn, den Uterus: in seiner zusammengezogenen Stellung zu erhalten. Unter zwei bis drei Stunden darf aber der Geburtshelfer sich von einer solchen Kindbetterin nicht entfernen. Dass man sich aber selbst durch ungünstige Nebenumstände nicht abhalten lassen soll, die Entfernung der fest adhärirenden Placenta zu bewerkstelligen, dafür möge der erste der folgenden Fälle sprechen:

Am 1. Januar 1826 entband ich eine untersetzte, blesse, an Jahren sohen etwas vorgerückte Frau von scrophulöser Constitution Nachts 1 Uhr von einem gesunden Mädchen. Die Entbindung war natürlich, doch folgten Schwäche und Ohnmachten. Die Frau erhielt jede halbe Stunde einen Esslöffel der oben angeführten Arznei, wurde mit warmem Essig angestrichen, über den Unterleib wurden warme Weinüberschläge gematsht. Doch erquickte sie nichts mehr, als der Geruch von frisch gerösteten Kaffeebohnen, die sie herbeizubringen befahl und an denen sie mit wahrer Wollust roch. So verging eine kleine Stunde. Die Nachgeburt machte Keine Miene zu folgen. Es stellte sich Blutabgang ein. Der Leib blieb hoch. Der Fundus uteri fühlte sich ungleich, höckerig an. Die äussere Manipulation blieb frächtles. Die innere Untersuchung zeigte die Placenta der vordern Wand des Uterus fest adhärmend. Die Wöchmerin, die schon zwei Mal geboren, aber einen andern Geburtshelfer gehabt hatte, war wegen des langen Ausbleidens der Nachgeburt ängstlich. Unter solchen Umständen und weilder Blutabgang nicht aufhörte, ja mit den zurückkehrenden Kräften sich zu vermehren schlen, beschloss ich trutz der Schwäche an die künstliche Trennung zu gehen, die viel Zeit, viel Mühe erforderte und Stückchen für Stünkchen bewerkstelligt werden musste. Endlich gelang sie vollkomemen. Das Wochenbett verlief normal. Die Entbuddeney hoch in den Dreissigen, hat keine Kinder mehr bekommen:

Am 4. Juli 1827 wurde von einem Collegen meine Hulfe verlängt. Das Kind war schon seit zwei Stunden durch die Zange zur Welt befördert, die Nachgeburt aber noch zurück. Ein Theil derselben hing durch den geschlossenen Muttermund heraus. Ich widerrieth alle Versuche, diesen zu erweitern, und begann durch Manipulationen am Fundus uteri die Gebärmutter zu grösserer Thätiglieit anzuregen. Nach Verlauf von einer halben Stunde war der Muttermund so erweitert, dass die Hand eingebracht und die Pläcenta stückweise gelöst werden konnte. Das Wochenbett verlief normal.

Am 1. April 1830 wurde ich nach dem in der Nähe von Frankfurt liegenden Bornheim geholt. Das Kind war schon geboren, aber die Nachgeburt wollte nicht folgen. Die mir bekannte Hebamme hatte schon meine gewöhnliche Mampulation an dem Gebärmuttergrunde versucht, aber ohne Erfolg. Auch war schon viel Blut abgegangelt, ohne dass sich eine Lösung der Placenta zeigte. Es mochten seit der Entbindung zwei Stunden verflossen sein, doch fund ich die Mutteröffnung so weit, dass ich mit der rechten Hand eingehen konnte, während die Hebamme den Fundus uteri leise strich und drückte. Der untere Rand der Placenta hatte sich etwas gelöst. Auch kam ich ohne viele Mühe bis an eine Stelle, die oben sehnig fest mit dem Gebärmuttergründe verwachsen war, und deren Abschälung mir viel Mühe verursachte. Nach einer halbständigen Arbeit hatte ich die Placenta, aber nicht so vollkommen, afs ich wünschte. Es schienen mir Fragmente zurückgeblieben zu sein. Als ich wieder mit der Hand eingehen wolke, fand ich den Muttermund geschlossen, den Uterus aber noch weich und hoch. Ich liess nun Aether sulphur. auf den Leib tröpfeln und den Gebärmuttergrund dabei manipuliren. Endlich zog sich der Uterus zusammen, und da kein Blut abging, konnte ich die Frau verlassen. Doch instruirte ich die Hebamme, dass bei dem Abstossen sitzen gebliebener Nachgeburtsreste vielleicht noch eine späters Blutung zu besorgen sei, und liess ihr mehrore Ipecacuanhapulver, jedes zu 39 Gran zurück. Bald nachdem ich weggefahren verfiel die Wöchnerin in einen ruhigen Schlummer. Am Morgen des folgenden Tags stellten sich Schmerzen und ein starker Blutabuang ein, welcher die Hebamme bewog, eines der obigen Pulver zu geben, worauf ein starkes Erbrechen erfolgte und die Blutung stand. Am Mittag des 2. April fand ich die Kranke schwach. Es war wieder mehr Blut abgegangen. Ich entdeckte bei der Untersuchung einen Rest der Nachgeburt im Orificio uteri stecken. Nach dessen sofortiger Entfernung ging die Wochenreinigung ihren gewöhnlichen Gang, und die Wöchnerin erholte sich schnell.

Den Erfahrungen achtungswerther Geburtshelfer, die aus dem Zurückbleiben der Nachgeburt, selbst nach Woohen, keine Gefahr für die Wöchnerin entstehen sahen, kann ich nicht beistimmen. Bei mir ist Gesetz, keine Entbundene zu verlassen bis die Nachgeburtsperiode vorüber ist. Dabei habe ich mich immer wohl befunden; um so mehr hat sich folgender Fall in meinem Gedächtnisse eingeprägt.

Im December 1827 wurde ich nach dem churhessischen Dorfe S. zu einer Frau gehelt, bei der die Nachgeburt über acht Tage nach der Geburt zurückgeblieben war. Die Hebamme, ernstlich darüber zur Rede gestellt, entschuldigte sich, sie hätte schon längst auf einen Geburtshelfer gedrungen, der Mann habe aber die Kosten gescheut, und so habe man von Tag zu Teg gewartet, auch einen benachbarten Dorfchirurg zu Rethe gezogen. In der engen, dumpfen; tüchtig geheizten Stube herrschte ein Gestank zum Ohn-

2000 \_\_\_\_\_\_\_ 187 AR - AR 11\_188 - SK 2: 48 34 S. ----------

ANNALL & SUMMARY CANADA TANK TANK TANK

viel Coagulum sanguinis aus der Vagina. Der Muttermund erlaubte das Einstehen der Hand, aber ich fand keine Nachgeburt und gelangte aus der Höhle des Uterus durch einen fleischigen Ring in eine zweite Höhle, aus welcher die Nabelschnur hing. Langsam bahnte ich mir einen Weg durch diese zweite Oeffnung, und gelangte endlich zu der inearcerirten Placenta, die mit dem Fundus uteri verwachsen. rechts in einer Strictur der Gebärmutter sass. Schon wollte ich die Operation beginnen, als die Frau von so heitigen Brustkrämpfen befallen wurde, dass ich die Hand zurückzichen und fürs Erste von alter Manualhülfe absighen mussie. Ich flösste sogleich einen Essköffel Chamillenthes mit 5 Troi pfen Tinetura thebaica ein, liess dehn Minuten darauf wieder einen Esslöffel Thee mit 4 Tropfen Liquor Ammonii anisatus folgen ( und fuhr so von Viertel- zu Viertelstunde fort, bis der Brustkrampf sich völlig gelöst hatte. Nun begann ich den Leib mit warmer Butter einzureiben und besonders den Fundus uter /zu manipuliren. Nach Verlauf einer Stunde brachte, ich wieder die Hand ein., Die Skrigtar war nachgiebiger geworden. Ich gelangte zur Placental deren unteren Rand ich gelöst fend: Es träten wieder leichte Brustkrämpfe ein, doch liess ich mich nicht irreims chen. und beschleuniste die Ablösung; während ich durch die Hebamme den Liquor Ammonii anisatus allein in Chamillenthes reichen und den Gebärmuttermund fortwährend mit Butter einreiben liess. So gelang es mir, die eingesackte Placenta stückweise herauszuholen. Ich musste mehrere Stunden bei der tedtschwachen Frau bleiben, verschrieb ein Chinadecoot mit Tinctura Cinnamomi und Syri opiatus stöndlich zu nehmen. Am Abend desselben Tages fand ich die Kindbetterin so wohl, als es die Umstände lerlaubten. Auch der zweite Tag verlief normal. Gewohnt. alle ihre Kinder zu stillen, hatte sie nich nicht abhalten lassen, auch dieses anzulegen. Am dritten Morgen wurde ich sehr früh hinaus entboten. Anderwärts beschäftigt schickte ich meinen Sohn, der die Wöchnerin sehr bedenklich, den Unterleib aufgetrieben und schmerzhaft, die Wochenzeiniaung stockend, das Fieber bedeutend, kurz alle Zeichen einer Peritonitis fand. Er liess sogleich das Chinadecest mit Zimmttinctur aussetzen, verondnets eine Nitramenrulsion und liess 12. Blutegel an die schmershafte Stelle des Unterleibes legen, die Blutung durch Leinsamengataplasmen unterhalten. Am Abend desselben Tages sahen wir die Kranke zusammen. Der Schmerz im Unterleibe war etwas gelindert, doch sonst noch nichts verändert. Ich verordnete gr. i Calomel abwechselnd mit der Nitrumsolution, ein eröffnendes Klystir und Einspritzungen von Species einelhientes in die Vagina. Am 4ten. Tage war die Kranke gebessert. Es waren mehrere Stühle erfolgt, die Lochien hatten sich eingestellt, der Unterleib war weich und schmerzlos, das Kind ward fortgestillt. Das übrige Wochenhett verlief normal. Die Frau hat unterdessen noch einmal und sehr glücklich geboren. Wäre dieser Erfolg erzielt worden. wenn ich die eingesackte Nachgeburt hätte wegfaulen lassen? - Ich wage zu zweifeln.

Da ich nun gleich nach der Entbindung auf die von mit beschriebene Weise zum Nachgeburtsgeschäft schreite. so habe ich auch in meiner ganzen geburtshülflichen Laufbahn nicht nöthig gehabt, zu andern, als den angegebenen manuellen Mitteln zur Lösung der angewachsenen Nachgeburt zu schreiten. Es ist doch wirklich eigen, dass Geburtshelfer, welche die manuelle Abschälung der Placente für so gefährlich halten, die Mojon'schen Einspritzungen von kaltem Wasser in die Nabelvene empfehlen, um auf dinse Weise den Uterus zu kräftigeren Contractionen zu reisen; die zurückgebliebene Placenta auszustessen. Es kommt mis vor, als ob man Arsenik statt der China gleich zu Anfang aur Heilung eines einfachen Wechselfiebers anwenden wollte. Ich halte diese kalten Injectionen für viel geführlicher, als das manuelle Verfahren. Der plätzliche Kälter eindruck in Theile, die an solche Einflüsse nicht gewöhnt sind, ist wahrlich kein geringer Eingriff in den weiblichen Organismus. Selbst die, welche diese Behandlungsart emptehlen, wie Dr. Martin (Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. 1, Heft 2, Berlin 1863), gestehen, dass die Kindketterin einen Frostschauder empfindet, der sich längs des Rückgrats hinaufzicht. Dass sie nicht überall den gewünschton Briefs hatte, beweisen in dem oben angeführten Aufsatz die Worte: "Die von einigen Schriftsteilerti mitzischeij ten unglücklichen Erfolge dieser Einspritzungen scheinen mehr theils durob die spätere Lasung der Placente mituder'Hand (wogu man also doch schreiten mussie). theils durch die Mischung des Wassers mit Essig herbeigeführt worden zu sein." Noch mehr geht dieses aus De Berghes Acusserung über Einspritzungen in die Blutedern des Nabelstranges hervor ( Caspier's Wochenschrift etc. Nr. XXVI, 1887), der sie besonders bei solchen Arten von Placenta retenta indicirt findet. wo diese sohr klein und dünn sind. "Durch das vergeösserte Volumen ist sie heichter mit der Hand zu entfernen. "... Sie geht else durch die Einspritzung allein nicht ab. Die Losschälung mittelst der Hand soll dadurch pur erleichtert werden. Ucher die katten Injectionen in das Cavum uteri bei Mutterblutfitissen behalte ich mir vor, meine Meinung in einer künftigen Betrachtung mitzwiheilen. 

So sotiv ich beim Nachgeburtsgeschäft nach der Geburt eines ausgetragenen Kindes bin, so passiv verhalte ich mich dagegen bei dem nach einen Abortus, besonders in den ersten drei bis vier Monaten der Schwangerschaft. Hier hat das längere Verweilen der Nachgeburt im Uterus in den genannten Monaten durchaus keine nachtheiligen Folgen. Im Gegentheil ist währund dieser Zeit die Placenta su fest mit den Uterus verwachsen, dass ene kunstliche Lösung nur gefahrdrohend sein kunnte. Bei ängemessener nach Umständen erforderlicher Behandlung ist durchaus tein Grund vorhanden, das Zurückgebliebene mit den Fingern oder gar mit Workzeugen zu entfernen. Selbst Miege's Verfahren bei nach Pehlgeburt zurückgebliebener Placenta, einen kelformig zugeschnittenen eingeolten "Badeschwämm 'zusammengedreht mit der Spitze in den Muttermund einzuführen; um durch das rasch folgende Anschwellen desselben den Muttermund zu reizen, zu erweitern und träftige Wehen zu erregen, hebe ich noch hie angewendet. gebe ihm aber unbedingt den Vorzug vor dem gewaltsamen Entfernen der Pleventa beim Abortus mittelst der Hand. Die zurückgebliebene Nachgeburt einer zeitigen Frucht fauft schon in den ersten Tegen nich der Entbindung. Nie habe ich abar, die nach einem Abortus zurückgebliebenen und erst nach einem Verlaufe von 4, 3 bis 14 Tagen, ja sechs Wochen abgegangenen Placenta in einem fauligen Zustande gefunden. Nie hat sich in dieser Zeit hei abortirthabenden Frauen der Abgang einer fauligen Materie gezeigt. Ich sonnte viele Beispiele hier anführen, die sich alle mehr oder weniger: gleichen und nur ermüden würden. Daher sei hier nur des Falles gedacht, den Dr. Géréon in Caeper's Wochenschrift für die gesammte Heilkunde, Nr. 47, Berlin 4819, erzählt, und den ich vollkommen mit meinen Erfahrungen übereinstimmend finde. Eine 35 jährige Frau abortirte im vierten Monst mit einem fauligen Embryo. Die Nachgeburt blieb zurück. Rine am 15. Tage nach dem Abortus angestellte Untersuchung liess die Nachgeburt nicht erkennen. Die Frau erholte sich bald. Fünf Wochen nachher stellten sigh neue, Wehen ein, und unter vielem Blutverlust und Ohnmachten kam mit ihnen der frische Mutterkuchen mit den Eihäuten zum Vorschein. Die Lochlen dauerten einige Tage. Patientin genas,

Ist also bei einem Abortus in den ersten vier Monaten der Schwangerschaft der Fötus entfernt, hat sich das Os uteri zusammengezogen, und macht, wie dies gewöhnlich der Fall ist, die Placenta keine Miene zu folgen, so lasse ich die Entbundene ganz ruhig und richte meine Behandlung dem jedesmaligen Zustande der Kranken gemäss ein. War der Blutfluss, der den Abartus begleitete, sehr bedeutend, ist die Patientin schwach, blass, erschönft, so reiche ich ein Chinadecoct. Ist hingegen ein mehr gereizter, fieberhafter, nlethorischer Zustand im Gefässsystem vorwaltend, so reiche ich kühlende Mittel. Cremor tartari, Nitrum, die Aqua Laurocerasi simplex. Schon in den Beiträgen zur Natur- und Heilkunde von Friedreich und Hesselbach, 2. Band, Nürnberg 1827, habe ich auf den Zustand des Darmkanals bei abortirenden Frauen aufmerksam gemacht. Häufig habe ich Diarrhöen, noch häufiger Constipationen dem Abortus vorausgehen gesehen. Die häufigste Ursache der Fehlgeburt schien mir immer mehr in Plethora des Unterleibs, in krankhafter Reizung desselben, als in wirklicher Schwäche zu beruhen. Ich freute mich, später

dieselbe Ansicht in Stepart's Observations on some of the causes which destroy the foetus in utero bestätigt zu finden. Ist nach zwei bis drei Tagen die Placenta noch zurück, wenig oder gar kein Blutabgang vorhanden und der Zustand fieberhaft aufgeregt, so scheue ich mich gar nicht, das Electuarium lenitivum zu 3 vj mit Syr. Althaeae 38 stündlich zu einem Theelöffel zu reichen, bis ein oder mehrere Stühle eingetreten sind. Von dem besten Rinflusse habe ich dieses kühlende und ableitende Verfahren auf die Ablösung der Placenta beobachtet, die gewöhnlich bald darauf erfolgt. Es beugt überdies allen entzündlichen Zuständen des Unterleibs vor, von denen ich die auf die Placenta gerichtete manuelle oder direct abtreibende Methode, besonders durch das Mutterkorn, nicht selten begleitet gesehen habe. Ist bei der von selbst erfolgenden Lösung der Placenta der Blutabgang bedeutend, so lege ich einen kleinen in Essig getauchten Schwamm an den Muttermund als Tampon, und wiederhole dies in Intervallen so lange, als der Blutfluss dauert. Erlauben es die Kräfte der Kranken, oder ist gar ein gereizter Zustand des Gefässsystems vorhanden, so wende ich hier sehr gern ein Infusum Ipecacuanhae an. Sowohl die brechenerregende Eigenschaft der Wurzel, als ihre styptische Kraft kommt hier in Betracht und wirkt gleichmässig günstig auf die Austreibung der Placenta und den sie begleitenden Blutfluss, der gemeiniglich mit ihrer Entfernung schon aufhört.

3

# IV.

Der vorliegende Mutterkuchen insbesondere, nebst Untersuchungen über den Bau des Mutterkuchens im Allgemeinen und dessen Verbindung mit der Gebärmutter.

Von

Dr. J. Holst

in Dorpat.

(Schluss.)

Einige Aerzte erwarteten Nutzen von dem Einbringen eines Tuches oder eines cylindrischen oben geschlossenen Beutels vor der Anfüllung der Scheide. Es wurde zu diesem Zweck ein Stück alte Leinwand eingeölt oder auf der äussern Seite mit Fett bestrichen, der Zeigefinger oder ein Stäbchen auf die Mitte des Tuches gesetzt, und dieses so bis vor den Muttermund geführt, und jetzt in das Tuch hinein die Scheide mit einem beliebigen Stoffe gefüllt. Es ist wahr, dass auf diese Weise besonders das Entfernen des Tampons sehr leicht ist und auch die Application Vorzüge hat, indem der Eingang und die Wand der Scheide nicht gereizt werden. Es ist aber ganz unmöglich, das Scheidengewölbe genau zu füllen, was doch bei der Bereitung des Tampons so sorgfältig beachtet werden muss, und deshalb wird ein so bereiteter Tampon nicht ausreichen, um die Blutung zu stillen. Ausserdem kann er bei seiner glatten und schlüpfrigen Oberfläche leicht ausgestossen werden. Dasselbe gilt von einem cylindrischen Beutel, der sich ebenfalls nie genau anschmiegen kann, und oft einer gehörigen Ausdehnung des Scheidengewölbes Schwierigkeiten in den Weg setzen wird, wenn er auch

weiter genäht ist, als es für die Ausdehnung der Scheide nöthig ist. Indess ist ein Beutel jedenfalls besser als das viereckige Tuch.

Die meisten Aerzte erkannten das Ungenügende dieser Empfehlungen, und tamponiren mit dem Finger und ohne Tamponbehälter.

Betrachten wir zunächst das verschiedene Material, das man zu Tampons benutzte.

Der Leinwandtampon. Wie schon oben besprochen wurde, sind kleine 2 bis 3 Zoll breite und eben so lange Leinwandläppchen das allerbeste Material. Man empfahl wohl auch eine mehrere Ellen lange, 5 bis 6 Zoll breite Leinwandbinde, die zapfenförmig zusammengerollt und mit dem spitzen Ende in die Scheide eingeschoben wurde, oder man brachte ganz einfach ein zusammengeballtes Taschentuch in die Vagina. Falls der erste Tampon zu gross war, hatte man noch einen kleineren in Bereitschaft. Diese Methode war jedenfalls die einfachste, bequemste und leichteste, muss aber auch als die allerschlechteste bezeichnet werden, weil der Tampon gerade am Scheidengewölbe, wo er am dicksten sein muss, am dünnsten ist. Er kann die Blutung nicht nur nicht mässigen, sondern wird dieselbe sogar, wenn er etwas unvorsichtig hinaufgeführt wird, verstärken. Da er unten breiter ist, kann er sogar den engeren Scheideneingang so fest verschliessen, dass man die Fortdauer der Blutung nicht gewahr wird. Er ist also gar nicht zu gebrauchen. Eben so wenig taugt der Tampon von Galbiasti, der ein Taschentuch mit der Mitte bis an den Muttermund führte und dann mit den 4 Zipfeln die Scheide fällt.

Der Charpietampon wurde aus trockener oder feuchter Charpie gemacht, es wurde die ganze Scheide mit loser Charpie oder mit einzelnen Charpiekugeln gefühlt, oder man führte nur eine grosse aus trockener Charpie bereitete und mit Zwirn umwickelte Kugel an den Mattermund und füllte die übrige Scheide mit Charpie. Bei der letzten Methode ist die Charpiekugel ganz unnütz. Sie bezwecht Zurückhaltung und Gerinnung des Blutes, und wurde auch wohl mit arzneilichen Substanzen bestreut. Die Kugel kann aber den Blutfluss nur augenblicklich, niemals bleibend

Ì

hemmen und mässigen, denn dazu ist eine bleibende Vereinigung des der Placenta entsprechenden Abschnitts des Uterus mit der Placenta nöthig. Der Tampon muss zu dem Zwecke von unten her kräftig drücken können. Es frägt sich aber, ob Charpie ausreicht, um einen so kräftigen Druck zu Stande zu bringen. Trockene Charpie ist ein ganz bequemes Material, wir können mit derselben die Scheide gleichmässig und wohl auch stark genug ausdehnen, sie nimmt jedoch Blut auf und täuscht uns über den Erfolg des Tampons. Auch kommt für die Stelle des Muttermundes das nöthige Blutgerinsel nicht zu Stande. Ferner ballt sich die feuchtgewordene Charpie zusammen, der Tampon wird kleiner und reicht nicht mehr aus. Dasselbe gilt für den Gebrauch von Charpiekugeln, die überdies, besonders wenn sie gross und fest gemacht werden, durch die dadurch bedingte unebene Oberfläche des Tampons einen ungleichen, also nicht genügenden Druck ausüben. Am besten ist deshalb angefeuchtete Charpie, da wir mit ihr gleichmässig und gehörig kräftig tamponiren können. Es steht dieselbe den nassen Leinwandläppchen am nächsten und hinter denselben nur darin zurück, dass sie Blut in sich aufnimmt.

Der Schwammtampon. Man führte einen möglichst grossen Schwamm in die Scheide und rechnete besonders auf seine Elasticität und auf das Aufquellen in der Scheide. Die Unbequemlichkeit des Einführens eines grossen Schwammes suchte man dadurch zu vermindern und zu umgehen. dass man den Schwamm mit Streifen von Löschpapier umwickelte, die in der Scheide erweichten und platzten, oder man nahm einen Schwamm, der im nassen Zustande stark mit Schnur zusammengeschnürt und dann getrocknet war. oder man brauchte einzelne kleine Stücke. Welche Flüssigkeit soll aber den Schwamm zum Quellen bringen? Die Scheide sondert dazu nicht die hinreichenden Massen ab. es kann also nur durch Blut geschehen. Das schon ist ein Beweis, dass er nicht genügt. In der That dürfen wir dem Schwamm nicht vertrauen, er nimmt Blut auf und lässt es mit der Zeit durchfliessen. Dann ist er auch an sich viel zu weich, um einen hinreichend starken Druck auszuüben.

Drittens kann nur bei der Einführung eines enorm grossen Schwammes das Scheidengewölbe gehörig ausgespannt werden. Viertens lässt er sich enorm zusammendrücken, und wird aus dem Scheideneingang nur durch sehr bedeutende Anstrengungen von Seiten des Uterus mittels des vorrückenden Kindestheiles hervorgetrieben werden, wobei noch seine rauhe Oberfläche diese Schwierigkeit steigern wird. Wenn man einen verhältnissmässig grossen Schwamm durch eine kleine Oeffnung treiben will, so gelingt dies nur, wenn man ihn am untern Ende mit den Fingern zusammendrückt oder mit einem Finger mit grosser Gewalt von oben den Schwamm gewissermassen einstülpt. In dieser Weise kann aber der Uterus nicht wirken, der mit dem Kindestheil von oben in einer grossen Fläche andrängt. Eine Erweiterung des Scheidenausganges und ein leichteres Hervortreten des Schwammes dürfen wir deshalb von dem zu nachgiebigen Schwamm nicht erwarten. Das sind also viele und gewichtige Gründe, die den Schwamm noch weniger für die Tamponade empfehlen, als die Charpie, so viel er auch beim ersten Anblick für sich zu haben scheint. Will Jemand den Schwamm versuchen, so bringe er ihn durch das Speculum ein, da beim Schwamm die Ausdehnung des Gewölbes nicht vom Tamponirenden, sondern von der Grösse des Schwammes abhängt. Selbst ein sehr grosser Schwamm kann durch ein einfaches röhrenförmiges Speculum leicht hindurchgeführt werden.

Baumwollenwatte passt zur Tamponade nicht; sie ist viel zu weich und setzt darum dem Blutfluss keine Grenzen, sie saugt Blut auf, ballt zusammen und nimmt so ein viel kleineres Volumen an. Ebensowenig passt nasse Watte.

Wolle, gehechelter Hanf und Flachs, sind besser, weil sie auch im feuchten Zustande noch Elasticität behalten. Die letzten beiden müssen aber auch kurz geschnitten werden, wenn sie die Scheide in allen Stellen genau füllen sollen. Aber auch sie lassen sich nicht fest genug zusammendrücken und nehmen Blut auf. Nach den kleinen Leinwandläppchen und der nassen Charpie möchte gehechelter Flachs das beste Material sein.

### 88 IV. Dr. Holst, der vorliegende Mutterkuchen,

Der Tampon wurde nun noch mit verschiedenen Substanzen befeuchtet und bestreut. Man tauchte die einzelnen Theile in schleimige und klebende Flüssigkeiten (Gummi, Eiweiss, Hafer-, Gerstenschleim), um grössere Festigkeit zu erzielen. Es ist das gerade nicht nachtheilig, aber unnutz, denn bei richtiger Bildung des Tampon halten die Theile fest genug zusammen. Man tauchte ferner die einzelnen Theile in zusammenziehende Flüssigkeiten, Alaunlösung, Essig und ähnliche, und erwartete von ihnen eine Wirkung auf die Stillung der Blutung; jedenfalls brauchte es in diesem Fall nur in den oberen Partien zu geschehen. Zu demselben Zweck bestreute man den ersten Pfropf mit adstringirenden, klebenden und coagulirenden Substanzen, Alaun, Gummi, Colophonium; abgesehen davon, dass von diesen aufgestreuten Substanzen der grösste Theil in der Scheide und im Scheideneingang bleiben wird, sind sie ebenfalls ganz unnütz, ja sie können sogar durch Reizung schaden.

In diesen fehlerhaften Methoden finden wir die Ursache der so grossen Meinungsverschiedenheiten. Der Eine vertraut dem Tampon unbedingt und überlässt die Geburt ruhig den Wehen, während ein Zweiter ihn nur als Vorbereitungsmittel will gelten lassen, und ein Dritter ihn nur bei unbedeutenden Blutflüssen und lateralem Aufsitzen angezeigt findet. Ein Vierter sieht in dem Tampon nur ein Palliativmittel, ein Fünfter nennt ihn gefährlichen Zeitverlust, und endlich Andere gehen so weit, den Tampon für gefährlich und für ein Mittel zu halten, das die Błutung vermehrt.

Unserm Tampon aus Leinwandlappen warf man vor, dass er zu hart sei, und meinte, man könnte auf diese Weise nicht vollständig die Scheide und besonders das Gewölbe füllen. Letzteres ist nicht wahr, und ein derbes Material ist durchaus nöthig, um gehörig ausdehnen zu können. Hart ist er allerdings, da aber seine Oberfläche glatt ist, hat das wenig zu bedeuten. Er wird übrigens sehr gut vertragen, und wenn er auch die erste halbe Stunde unbequem ist, so ist das im Vergleich zu den übrigen Vortheilen gar nicht in Anschlag zu bringen. — Uebrigens wiederhole ich, dass ich den Blasen und dem Kolpeurynter, wenn sie sich ferner bewähren, gern den Vorrang einräumen will, und ich werde selbst bemüht sein, sie zu erproben, sobald mir diese traurige Geburtscomplication wieder vorkommt, die ich in den ersten Jahren meiner Praxis verhältnissmässig oft zu beobachten Gelegenheit hatte.

Ich glaube also gezeigt zu haben, welche Tamponade die richtige ist; dass diese helfen muss, so lange das Fruchtwasser noch nicht abgeflossen ist; dass sie die Blutung stillt, so lange der Tampon in der Scheide ist, dass man also den Tampon in Thätigkeit lassen kann, bis er von den Wehen ausgestossen wird; dass selbst bei so langem Gebrauch die Mutter durch den Tampon nicht leidet und auch das Kind eben nicht mehr in Gefahr schwebt als bei andern Methoden der Behandlung der Placenta praevia. Ferner ist bei stehenden Wässern für Querlagen die Tamponade die beate Vorbereitung für die Wendung.

#### C. Innere Mittel, locale Anwendung arzeneikräftiger Mittel und der kalte Wasserstrahl.

Die in meinem Aufsatze gemachte Eintheilung soll nur den Stoff unter einige allgemeinere Gesichtspunkte bringen.

Die aufsteigende kalte Wasserdouche. Früher schon von Jörg und Andern empfohlen und gebraucht. In neuester Zeit trat Seyffert in Prag für sie in die Schranken (Prager Vierteljahrsschrift 1852, Bd. II, S. 140, 1852, Bd. III, S. 51). Es liegt nicht in unserm Zweck, hier auf die ganze Abhandlung einzugehen. Sie ist reich an Voraussetzungen und Schlüssen, die mit dem grössten Misstrauen angeschen werden müssen. Auch will ich nicht mit Waffen der Art diese Methode angreifen, wie Sauffert sie gegen den Tampon richtet, wenn er Seite 86 die Anwendung des Tampons für ehenso absurd darstellt, als es die Anwendung des Tampons bei Lungenblutungen sein würde. Es ist das übrigens auch kein neuer Gedanke. Järg hat ihn oft genug ausgesprochen und er ist zu lesen in dessen mecieller Therapie 1885 Seite 256. Es bleibt aber darum dech wahr, dass solch eine absurde Zusammenstellung, wenn sie

als Waffe gegen eine andere Ansicht hingestellt wird, nur auf den sie Aussprechenden zurückfällt.

Wie wirkt nun der kalte Wasserstrahl bei Placenta praevia? Nach Seyffert soll er die nothwendigen Blutungen abkürzen und sogar späteren, stärkeren Blutungen vorbeugen, indem er "das untere Uterinsegment und die darin befindlichen zerrissenen Gefässe trifft, Contraction dieser Theile, das Zurückziehen der Gefässe, leichtere Coagulation des in demselben vorhandenen Blutes, somit Stillung der Blutung bewirkt." Wäre dieses in der That die Wirkung des kalten Wasserstrahls, so müsste er allerdings bei vorhandener Blutung wirksam sein, wie aber durch ihn späteren, stärkeren Blutungen vorgebeugt werden soll, das ist unerklärlich. Die Douche wird allerdings Contractionen im Uterus erregen, auf die Gefässe kann sie aber nie als blutstillendes Mittel wirken. Nach den oben beschriebenen anatomischen Verhältnissen, die mit der Meinung der tüchtigsten Anatomen und Geburtshelfer übereinstimmt, haben wir im Uterus nur weite Venen ohne eigentliche Wandungen, und enge dickwandige sehr geschlängelte Arterien gefunden; in der Placenta nur weite Venenräume, die als Wandung kaum ein Epithelium besitzen. Die Kälte könnte also auf die Arterien wirken, ihre Zahl ist jedoch gering. ihr Lumen so klein, dass wir, wenn sie allein bluteten, wohl jeden Fall von Placenta praevia der Natur überlassen dürften; ausserdem schliesst wohl die dicke Wand der Gefässe bei dem engen Lumen ohne Zweifel schon ohne die Einwirkung der Kälte das Gefäss. Die weiten Venen der Placenta können durch Contraction der Gefässwandungen nicht geschlossen werden, weil sie keine Wandungen haben: im Uterus allenfalls durch Contraction der Uterinsubstanz selbst, das kann aber höchstens nur geschehen, wenn eine grössere Partie von der Placenta getrennt ist, und auch da nur ganz unvollkommen. Es bleibt also nur noch die Coagulation des Blutes übrig; diese wird aber bei dem stets andringenden Blute in den weiten Schläuchen, in denen der Strom noch durch die Contraction des Uterus verstärkt wird, nichts helfen. Nach diesen Betrachtungen ist also die kalte Douche nicht vermögend, bei Placente praevia die Blatung zu stillen. Wir fragen nur noch, wie wirkt sie in der Schwangerschaft, wie in der Geburt, wie in der Nachgeburtsperiode? denn zu allen diesen Zeiten will Seyffert sein Mittel angewendet wissen.

Der kalte Wasserstrahl, wenn er durch die Scheide auf den Uterus wirkt, erregt jedenfalls in kurzer Zeit Wehen, durch die Kälte vielleicht sogar unregelmässige, krampfhafte. Deshalb müssen wir uns in der Schwangerschaft vor ihm hüten.

Ebenso unzweckmässig ist er aber auch nach dem Eintritt der Wehen, wo er, wie oben gezeigt, gar nicht helfen kann.

Wenn Seyffert ferner räth, den Schwangern selbst die Anwendung der Clysopompe zu lehren, so ist das ein Vorschlag, dessen Gefährlichkeit zu sehr auf der Hand liegt, als dass wir weiter darauf einzugehen brauchen.

Nach der Geburt des Kindes und nach der Entfernung der Placenta haben wir in der kalten Douche das allermächtigste Mittel zur Stillung der Blutungen der Nachgeburtsperiode. Wir wurden aber gewiss sehr unvorsichtig handeln, wenn wir dieselbe, wie S. will, bei jeder Frau obne Ausnahme anwenden, denn wir wissen, dass ein so mächtiges Mittel nur zu leicht im Wochenbette üble Folgen haben kann, besonders wenn wir die Geneigtheit der Wöchnerinn zu Erkrankungen nach Pl. praevia im Auge haben. Die Fortdauer der Blutung nach Entfernung der Placenta ist in diesen Fällen auch nicht Regel, vielmehr Ausnahme. Wir können füglich immer erst die Erneuerung abwarten und werden in den meisten Fällen mit kalten Einspritzungen durch das Mutterrohr, Reibungen des Muttergrundes und dem innern Gebrauch des Secale ausreichen. Ich habe bei einer grossen Zahl von Nachgeburtsblutungen, unter denen sich die stärksten befanden, nur ein einziges Mal kalte Einspritzungen und in allen Fällen von Placenta praevia in der Nachgeburtsperiode nie Etwas zu thun nöthig gehabt; stets genügten Secale und Reibungen des Fundus. Nur eine Frau nach normaler Geburt, sah ich in der Nachgeburtsperiode erliegen, sie war bereits gestorben, als ich hinzu kam.

ł

11

### 42 IV. Dr. Halst, der vorliegende Mutterkuchen,

Zum Schluss dieses Abschnitts noch einige Worte über Arzneimittel, die innerlich oder durch Einspritzungen beigebracht werden.

Was erstens diese letztern betrifft, so wählte man Mittel, welche auch bei andern Blutungen in localer Anwendung sich nützlich erwiesen hatten, von denen man eine zusammenziehende Kraft auf die Gefässwandung und auf die Gerinnung des Blutes erwartete. Es waren Binspritzungen von Essig, von Alaunlösungen, von Lösungen von salzsaurem Eisen, u. s. w. Es gilt vor Allem hier das, was wir über die Wirkung des kalten Wassers sagten. Sie sind wegen des anatomischen Verhaltens der Gefässe zur Stillung des Blutes nicht hinreichend, selbst nicht unterstützend wirksam, wohl aber können sie durch die unmittelbare Wirkung auf die Stelle der Placentaranheftung eine gefährliche Reizung hervorrufen. Wir müssen sie um so mehr verwerfen, als wir andere sichere Mittel besitzen und warnen vor ihnen, namentlich in Fällen, wo der Tampon nicht helfen kann, wo der Muttermund noch klein ist und man wohl versucht sein möchte zu diesen Mitteln zu greifen, um die Blutung, bis wir die Wendung vornehmen können, zu stillen; man vergeude in diesen Fällen nicht die Zeit mit diesen Mitteln, sondern schreite sofort zu den sichern Methoden.

Der Alaun und ähnliche Mittel wurden zum innern Gebrauch, sogar bei Placenta praevia zur Stillung der Blutung empfohlen. Wenn auch solche Mittel bei Blutungen aus dem nicht schwangeren Uterus helfen, wenn sie auch bei chronischen Blutungen der Schwangerschaft und selbet Nachgeburtsperiode vielleicht eine Wirkung haben können, so nützen sie doch bei Placenta praevia niemals, weil hier die Bedingungen der Blutungen ganz andere sind.

Es bleibt uns noch das Secale cornutum zu erwähnen. Wir beobachten von ihm eine Wirkung auf die Contraction des Uterus und dadurch Stillung von Blutung. Aber auch bei anderen Blutungen, z. B. aus der Lunge, der Nase, ist es wirksam, so dass wir auch einen Binfluss auf die Gefässe und besonders die Haargefässe annehmen müssen. Wenn Secale bei Placenta praevia empfohlen wurde, so

### nebst Untersuchungen über den Bau etc.

kann von seiner directen Wirkung auf die Gefässe aus den schon oft besprochenen Gründen nicht die Rede sein. Durch seine Wirkung auf den Uterus vermehrt es die Wehen und also auch die Blutung. Es kann also als blutstillendes Mittel bei Placenta praevia nicht gebraucht werden. Bei schwachen Wehen könnte es allerdings nach Anlegung des Tampons nützlich sein, ohne dass wir eine Vermehrung der Blutung zu fürchten hätten, --- die ja auch beim weiteren Fortgange der Geburt ohne Secale unter der Wirkung des Tampons nicht zu fürchten ist. Ob der Muttermund sich schneller oder langsamer erweitert, hat in Bezug auf die Blutung, nach Anwendung des Tampons, nichts zu sagen. Bei Geburten, wo wir exspectativ verfahren, ohne den Tampon zu brauchen, lässt sich auch wenig gegen den Gebrauch des Secale erinnern. Wir wählen es hier, um den Kopf schneller durch den Muttermund zu bringen und die Zeit der schwachen Blutung zu verkürzen. Ich glaube nicht, dass wir in solchen Fällen von einem Stärkerwerden der Wehen und von einem schnetlern Geburtshergang eine andere Veränderung der Blutung zum Bessern oder Schlechtern zu erwarten haben, als der normale Geburts hergang uns bringen würde.

In diesem Sinne, aber auch in diesem allein, kann von der Anwendung des Secale bei Placenta praevia Etwas erwartet werden.

#### Specielle Behandlung.

Die Behandlung ist verschieden, je nachdem wir es mit der Schwangerschaft, der Geburt oder der Nachgeburtsperiode zu thun haben und demnach zerfällt dieser letzte Theil der Arbeit in 3 Abschnitte. Die dringendste Anzeige ist die Blutung, welche gestillt werden muss. Bei Querlagen jedoch kommt noch die Umänderung der Kindeslage hinzu. Es zerfällt demnach die Behandlung während der Geburt in zwei Abtheilungen, je nachdem wir es mit Geradlagen oder mit Querlagen zu thun haben. Für die Geradlagen ist die Behandlung verschieden, je nachdem die Blutung schwach oder stark ist; in einem Fall können wir exspectativ ver-

#### 44 IV. Dr. Holst, der vorliegende Mutterkuchen,

fehren, im andern müssen wir thätig eingreifen. Das Verfahren ist ferner verschieden, je nachdem die Blase gerissen ist oder steht, und auch hierbei ist zu beachten, ob der Muttermund offen oder leicht dehnbar oder im anderen Fall unnachgiebig ist. Alle diese Umstände sind für die Behandlung wichtig und zum Theil auch für die Behandlung der mit Querlagen compliciten Placenta praevia gültig. Endlich werden noch manche Complicationen zu besprechen sein. —

Somit ergiebt sich etwa folgendes Schema, nach welchem wir die einzelnen Zustände besprechen können.

#### Behandlung.

- I. In der Schwangerschaft.
  - a) Starke Blutung.
  - b) Schwache Blutung.
- II. Nach Eintritt der Wehen.

A. Geradlagen.

- a) Starke Blutung.
  - α) Die Blase ist gerissen.
    - 1) Der Muttermund eng, unnachgiebig.
    - 2) Der Muttermund offen oder nachgiebig.
  - $\beta$ ) Die Blase ist nicht gerissen.
    - 1) Der Muttermund eng, unnachgiebig.
    - 2) Der Muttermund weit oder nachgiebig.
- b) Schwache Blutung.

#### **B.** Querlagen.

- a) Starke Blutung.
  - a) Die Blase gerissen.
    - 1) Der Muttermund eng, unnachgiebig.
    - 2) Der Muttermund offen oder nachgiebig.
  - $\beta$ ) Die Blase nicht gerissen.
    - 1) Der Muttermund eng, unnachgiebig.
    - 2) Der Muttermund weit oder nachgiebig.
- b) Schwache Blutung.
- C. Complicationen.
- III. In der Nachgeburtsperiode und im Wochenbett.

#### I. Schwangerschaft.

Tritt in den ersten 8 Monaten der Schwangerschaft eine Blutung auf, so können wir höchstens Verdacht auf Placenta praevia haben. Wenn schon jede Blutung in der Schwangerschaft mit der grössten Vorsicht behandelt werden muss, so verlangt sie beim Verdacht auf Placenta praevia ganz besondere Sorgfalt. Wenn wir auch wissen, dass die Blutungen meistens von selbst ohne alle Behandlung bei nur diätetischem Verhalten aufhören, so thut man doch gut die Behandlung nicht zu unterlassen.

Nachdem wir die Kranke, ein Federbett meidend, auf einer Matratze leicht bedeckt in einem kühlen Zimmer zur Ruhe gebracht haben, ist unsere erste Aufgabe, zu erforschen, wie weit die Schwangerschaft vorgerückt sei. Sind schon Wehen da, so gilt als Regel ohne Ausnahme, dass diese bei Blutungen in Folge von Placenta praevia nicht mehr aufhören, wie wir überhaupt als ziemlich sichere Regel annehmen dürfen, dass auf eine sehr profuse Blutung sich immer Wehen einstellen werden.

Ist die Blutung schwach, sind keine Wehen vorhanden, so thut man neben dem bekannten diätetischen Verhalten gut, wenn man das Kreuz höher lagert, weil dann der ganze Inhalt des Uterus mehr gegen das Zwerchfell und weniger gegen den Muttermund drückt. Ganz am Platze sind hier ferner kalte Ueberschläge auf den Unterleib und die Geschlechtstheile und kalte Klystire. Es versteht sich wohl von selbst, dass die Kälte nicht ihre Anwendung findet, wenn die Blutung die Schwangere schon schr mitnahm und diese vielleicht schon ohnmächtig und kühl ist. Burns giebt den Rath bei der ersten Blutung eine volle Gabe Opium zu reichen, die sich ihm auf einige Zeit als wirksam für die Stillung der Blutung gezeigt habe, nur bei Plethora passe das Opium nicht. Der Aderlass ist nur selten empfohlen worden und hat viele Gegner, doch ging man zu weit, wenn man ihn ganz aus der Behandlung der Placenta praevia verbannt wissen wollte. Es giebt sehr seltene Fälle, wo bei bedeutender Plethora, bei vollem starken Pulse die Blutung entschieden aus diesen

### 46 IV. Dr. Holst, der vorliegende Mutterkuchen,

Ursachen entstanden zu sein scheint, und die ganze Constitution eine Blutausleerung verlangt. In diesen Fällen zögere man nicht mit einer mässigen Venaesection am Arme, besonders wenn die Blutung noch nicht so stark war, dass man von derselben eine Ausgleichung in den Missverhältnissen der Circulation erwarten kann. Zum innern Gebrauch giebt man, sich besonders nach dem Zustande des Gefässsystems richtend, ein Infus. Digital. mit Schwefelsäure oder Salpeter, oder reicht nur eine Emulsion mit einem leichten narkotischen Mittel, um besonders die Aufregung der erschreckten Kranken zu beruhigen. Nebenbei ist es ganz zweckmässig, die Hautthätigkeit zu erregen und dem Blutstrom theilweise eine andere Richtung zu geben, was man auch durch Hautreize erreichen kann, zu diesen beiden Zwecken wählt man Reibungen mit Flanell und Bürsten. Handbäder, Senff- und Meerrettigteige, Waschungen mit Essig und Wein und dergleichen. Hierbei beachte man jedoch die Individualität, indem es Frauen giebt, die stärkere Hautreize durchaus nicht vertragen, vielmehr durch dieselben sehr aufgeregt werden, was wohl die Blutung noch vermehren kann.

Andere Mittel, die den adstringirenden zugezählt werden, und die wohl auch empfohlen sind, passen durchaus nicht. Es gehören hieher die sowohl innerlich als auch in Form von Einspritzungen gebrauchten Kino, Ratanhia, Alaun, Alaunmolken und andere. Noch weniger passt die Zimmttinctur und das Zimmtwasser, die nur zu leicht Wehen hervorrufen, die wir gerade vermeiden wollen. Die obigen adstringirenden Mittel können, wie das schon besprochen wurde, gar keinen günstigen Erfolg haben und sind schädlich, weil sie die Verdauung stören.

Es führt uns dieses auf einen anderen beachtenswerthen Punkt, auf den Zustand des Darmkanals. Man sorge für tägliche Darmausleerungen, natürlich auf die mildeste Weise. Anhäufungen im Mastdarm und den übrigen Därmen können einmal sohon mechanisch nachtheilig wirken, andererseits aber werden sie durch Störung der Circulation in der Pfortader schädlich. Ferner sei man bedacht, andere krankhafte Zustände, welche die Blutung vermehren könnten, zu beseitigen, z. B. Husten, Blasen- und Mastdarmbeschwerden. Es kann natürlich hier nicht unsere Aufgabe sein bis ins Kleinliche alle die Umstände zu besprechen, die etwa noch zu beachten wären und hier oder dort noch Abhülfe verlangen.

Die erste, wenn auch starke Blutung steht meist baid. Jedooh fahre man mit dem diätetischen Verhalten noch fort und hüte sich gar zu früh mit den sogenannten stärkenden Mitteln, Bier, Wein, etc. zu kommen. Wirklich nährende kräftige Fleischbrühen, ein weiches Ei, Gallert und ähnliche Dinge kann man, wenn die Constitution es verlangt zeitig reichen. Man thut gut, wenn man die Frau nicht zu lange an das Bett fesselt, sondern sie ein Paar Tage nach dem Aufhören der Blutung aufstehen lässt. Vermeidet die Kranke nur ängstlich jede stärkere Bewegung und Anstrengung, so haben wir nicht für ein erneuertes Eintreten der Blutung zu fürchten und haben den Vortheil, dass wir die täglichen Ausleerungen, die regelmässige Blutbewegung befördern und dass die Frau dem schädlichen Einfluss des Bettliegens auf die gesammte Constitution entgeht.

Nach dem Aufhören der Blutung tritt nun eine längere Pause ein. In seltenen Fällen jedoch hört die Blutung nicht auf, sondern zieht sich wohl durch Wochen in der Weise hin, dass sie auf Stunden, halbe Tage, selbst wohl ein Paar Tage nachlässt, sich aber trotz des passendsten Verhaltens wieder einstellt, wenn auch meist in unbedeutendem Grade. Auf solche Blutangen übt die Behandlung am wenigston Einfluss aus. Es ist das um so mehr zu bedauern als sie, wenn sie nicht gerade so unbedeutend sind, dass nur Tropfen oder einige Drachmen am Tage verloren gehen, auf die Blutmischung einen nachtheiligern Einfluss ausüben müssen, als die heftigen, plötzlich eintretenden und meist eben so schnell aufhörenden Blutungen. Die Behandlung ist hier dieselbe, das diätetische Verhalten sei wo möglich nech ängstlicher, die Ableitungen auf die Hant sind in grösserer Ausdehnung zu benutzen und hier könnte es allerdings dem, der es versuchen will, gestattet sein, die Wirksamkeit, ich sage vielleicht besser die Unwirksamkeit der zusemmenziehenden Mittel zu erproben. Ist

ł

#### 18 IV. Dr. Holst, der vorliegende Matterkuchen,

die Blutung so bedeutend, dass die Constitution leidet, so brauche man den Tampon, er muss lange liegen bleiben und wird oft Wehen erregen, eine Folge, die aber auch nothwendig durch die wässerige Blutmischung und die Gefährdung der ganzen Vegetation bald herbeigeführt werden muss.

Wenn die Blutung sich nach längerer Zeit wiederholt, so hat sie selten einen milden Character, sollte dieses der Fall sein, so reichen wir mit dem obigen Verfahren aus. In den allermeisten Fällen aber ist diese erneuete Blutung schon durch den Eintritt der Wehen bedingt und dann tritt die bald näher zu besprechende Behandlung ein. Die, welche angeben, dass sich zu dieser zweiten Blutung meist bald Wehen hinzugesellen, scheinen nicht immer ganz genau beobachtet zu haben. Ich möchte vielmehr des Verhältniss umgekehrt hinstellen: in der bei weitem grössten Zahl von Fällen stellt sich die erste Blutung 4 bis 6 Wochen vor dem Geburtstermin ein, übereinstimmend mit der Eröffnung des innern Muttermundes, während die zweite durch den Eintritt der Wehen hervorgerufen wird; letztere sind zuerst so schwach, dass sie nicht empfunden, in der Angst übersehen, oder für Schmerzen gehalten werden, welche die Blutung nothwendig begleiten. Wenn auch nicht ohne Ausnahme, so ist dies Verhalten doch das häufigste.

Ist nun diese erneuete Blutung, wie gewöhnlich, oder auch schon die erste, was gar nicht selten der Fall ist, so heftig, dass sie schnelle Hülfe verlangt, so besitzen wir im Tampon das einzige Mittel die Blutung sicher und augenblicklich zu stillen. Wie oben besprochen, muss eine richtige Tamponade jedesmal helfen, es wäre hier nur noch zur Vervollständigung der obigen Auseinandersetzung über die Wirkung des Tampons hinzuzufügen, dass auch hier vor Eintritt der Wehen von oben her ein zur Stillung der Blutung hinreichender Druck auf die Placenta statt findet, der von der Spannung des Uterus, die auf die Blase wirkt und von der ganzen Last des Uterininhalts hinreichend ausgeübt wird. Am Platze sind hier besonders die Tamponblasen, weil sie weniger reizend wirken, schnell entfernt und eben so schnell wieder angelegt werden können. — Sollten sich nach Verlauf von ein Paar Stunden keine Wehen zeigen, so entfernen wir den Tampon, appliciren ihn jedoch gleich von Neuem, sobald die Blutung noch fortdauert oder sich wieder einstellt und haben jetzt natürlich kaum mehr Hoffnung über die Blutung vor Eintritt der Wehen Herr zu werden.

Es wären hier vielleicht noch die Ohnmacht und das Erbrechen kurz zu erwähnen, die sich häufig zu starken Blutungen hinzugesellen. Das letztere vermehrt natürlich die Blutung und verlangt deshalb baldige Abhilfe. Es ist weniger bedeutend und hört früher auf, wenn es von starker Ueberfüllung des Megens mit Flüssigkeit herrührt, wie das häufig der Fall ist, indem die Ohnmachtgefühle zum öfteren Trinken auffordern. Das Erbrechen selbst ist hier das beste Mittel, denn es entleert den Magen. Die Mittel, die man ihm entgegensetzt, sind äusserlich angewandte, aromatische und geistige Ueberschläge und innerlich eine Gabe Opium mit einem Aetherpräparat. Bedenklicher ist das Erbrechen, wenn es lediglich die Folge der starken Blutung nad des Einflusses derselben auf das Gehirn ist. Hier besitzen wir kein Mittel, das uns rasch helfen kann. Das beste ist die Stillung der Blutung und das Darreichen von kleinen Gaben kräftiger Nahrung: nebenbei braucht man wohl innerlich Aether und sehr dringend wird eine starke Gabe Opium sogar bis 40 Tropfen empfohlen, eine Gabe, die doch wohl für unsern Continent etwas zu hräftig sein mag, in England ganz am'Platze sein wird. Dasselbe ist auch für die tiefen, oft mehrere Stunden andauernden Ohnmachten empfohlen; neben diesen haben wir aber den Ohnmachten nichts Anderes entgegenzusetzen, als den gewöhnlichen in Anwendung kommenden Apparat, der uns aber in solchen Fällen im Stiche lässt, da hier nur die Stillung der Blutung helfen kann. In den andern Fällen, wo die Ohnmacht kurz und nur durch einen plötzlichen Verlust bedingt ist, vergeht sie bald von selbst und jener analeptische Apparat ist upmitz.

Monaleschr. f. Geburisk, 1854. Bd. 111, Hft. 1.

4

### ll. Behandlung der Placenta praevia nach Eintritt der Wehen.

#### A. Bei Kopf- und Beckenendlagen.

Bekanntlich ist es bei Placenta praevia oft sehr schwer, den vorliegenden Kindestheil zu bestimmen, und in den Fällen, wo wir über die Lage nicht im Reinen sind, muss das Verfahren ein modificirtes werden. Davon später. Wir besprechen hier zuerst die Fälle, wo wir sicher eine der obigen Kindeslagen erkannt haben.

Wir können hier öfter exspectativ verfahren und zwar die ganze Zeit hindurch bis die Geburt von den Naturkräften beendigt ist oder bis sich eine starke Blutung einstellte. Wir besprechen hier zuerst:

### A. a) Die starke Blutung.

Sie verlangt ein kräftiges Einschreiten von Seiten des Arztes. Da entsteht nun zuerst die Frage, was wir unter starker Blutung verstehen. Wie schon früher bemerkt worden ist, lässt sich das nicht nach Pfunden und Unzen des verlorenen Blutes bestimmen, sondern der Arzt hat das ganze Krankheitsbild verluftissen, die Constitution und manche andere Venstände, und oft ist er auf den praktischen Blick (ein freilich verzuftigen Ausdruck) verwiesen.

Zögern dürfen wir An solchen Fällen nur, wenn die Wehen sehr stark, sind und wir in den nächsten Miaaten die Geburt des Kindes erwarten können. Bei schwachen Wehen greifen wir aber bete ein, besonders da wir in dem Tampon ein mildes, unschädliches Mittel besitzen, das uns sicher die Blutung stillt, so lange die Blase steht. Wir haben also Fälle, wo der Tampon hilft und wo er nicht helfen kann. Wir besprechen zuerst die letztern, also:

(A. a.) a, 1) und 2) Nach dem Reissen der Blase.

Nur selten findet der Arzt die Blase gesprungen, weil sie durch die weiche, den Muttermund schliessende Unterlage geschützt ist. Häufiger kommt es wohl bei Placenta praevia lateralis, als bei centralis vor. Den ersteren Fall kann die Untersuchung bestätigen, bei letzterem müssen wir uns auf die Aussage der Frau verlassen, dürfen jedoch bei centraler Placenta und noch nicht völlig eröffnetem Muttermunde sicher annehmen, dass die Blase noch steht.

Ist die Blase bereits zerrissen, so dürfen wir den Tampon nicht brauchen, weil wir die Gebärende der Gefahr einer inneren Blutung aussetzen. Das einzige Mittel, das wir dann besitzen, ist die Entleerung des Uterus.

Wir gehen also ohne Zögern ans Werk und verwandeln Steiss - und Knielagen, wenn die Theile noch hoch liegen, in Fusslagen und ziehen wie bei primären Fusslagen das Kind an den Füssen hervor. Steht der Steiss bereits tief, so ziehen wir an ihm selbst. Bei Kopflagen machen wir die Wendung auf einen oder beide Füsse mit nachfolgender Extraction. Günstiger, aber selten ist es, dass der Kopt schon mit der Zange gefasst werden kann. Es kommt das nur bei seitlichem und bei sehr verspäteten Fällen von centralem Sitz der Placenta vor.

Für alle diese Fälle ist das Verhalten des Muttermundes von der grössten Wichtigkeit. 1) Ist er offen oder nachgiebig, wie wohl meist, so schreiten wir sogleich zur Operation. Ist er 2) noch eng und unnachgiebig, so befinden wir uns oft in einer schwierigen Lage. Wir möchten am liebsten warten bis der Muttermund sich öffnet: die Blutang, die sich wohl von Minute zu Minute steigert, verlangt Eile und energisches Handeln. Es muss Etwas geschehen. Das einzige Mittel, von dem wir einen schnellen Erfolg auf Erweiterung des Muttermundes erwarten dürfen, das uns auch selten versagt, ist die warme Douche. Wir dürfen sie aber nicht brauchen, weil sie die Blutung steigern muss. Es bleibt uns nur die manuelle oder blutige Erweiterung des Muttermundes übrig. Den Nachtheilen der manuellan Erweiterung gegenüber glaube ich oben die Vortheile der blutigen nach anatomischen Thatsachen hinreichend bewiesen zu haben, und rathe deshalb dringend, de die Furcht vor Blutung und Rinrissen eine ungegründete ist und die Operation nie eine gefährliche Reaction nach sich zicht, zu sternförmigen, seichten Einschnitten des Mut-

## 52 IV. Dr. Holst, der vorliegende Mutterkuchen,

termundes in allen den Fällen, wo der Muttermund unnachgiebig und die Beendigung der Geburt geboten ist.

(A. a.)  $\beta$ , 1) und 2) Die Blase steht.

Wir haben oben bewiesen, dass so lange die Blase steht, bis zur Ausstossung des Tampons durch die Wehen keine Blutung eintreten kann, dass also die Mutter bis zu der Ausstossung des Tampons ganz sicher ist. Es liegt also auf der Hand, dass wir in Bezug auf die Mutter sehr thöricht handeln würden, wenn wir dem Tampon die Wendung und Extraction vorziehen würden, sowohl in den Fällen, wo durch einen geschlossenen Muttermund uns die Tamponade als einziges Mittel geboten ist, als auch in den Fällen, wo ein vollkommen offener Muttermund die Wendung gestattet.

Ist aber für das Kind der Tampon der Wendung gegenüber weniger günstig? Bei engem und unnachgiebigem Muttermunde haben wir kein anderes Mittel als den "Tampon, denn wir werden doch nicht etwa Einschnitte machen wollen. Wir sind nicht nur zu diesem Mittel gezwungen, sondern haben seine Unschädlichkeit bis zur Bröffnung des Muttermundes klar erwiesen, indem die Blutung gestifft und die Placentarcirculation nicht anders beeinträchtigt ist als durch die Loslösung bei Eröffnung des Muttermundes, was aber bei der Wendung in demselben und noch höherem Grade statt findet: Ueber die Störungen, die in der Placentarcirculation eintreten können, wenn der Tampon länger in Anwendung bleibt, habe ich mich auch oben schon ausgesprochen, habe erwähnt, wie hier die Geburt meist rasch vorrückt und glaube mit Recht den Fällen von langsamerem Geburtshergang, die der Mutter aus der Wendung drohenden Gefahren und die für die Kinder ungünstigen statistischen Resultate (Wendung ohne Placenta pracvia 50 Procent todt, bei Placenta praevia 65 bis 75 Procent todt) gegenüber gehalten zu haben, und bin deshalb der Ansicht, dass die Anwendung des Tampons auch bis zu dem Zeitpunkte, wo er von den Wehen ausgestossen wird, der Wendung vorzuziehen ist. - Gern gebe ich zu, dass man in einzelnen Fällen, wenn man gehörig individualisirt

für das Kind ein günstigeres Resultat zu erzielen versuchen darf, wenn man den Tampon entfernt, sobald der vorliegende Kindestheil vorwärts rückt, um dann die Geburt künstlich zu beendigen. Bei Kopflagen wird hier die Anwendung der Zange für Mutter und Kind nicht nachtheilig sein, während der bessere Erfolg für die Extraction am Steisse schon sehr zweifelhaft ist.

Es ist hier nun noch die Frage zu erörtern: ob dieses Verfahren auch für die Fälle des stärksten Blutverlustes, der grössten Erschöpfung der Kreissenden durch die Blutung passt? Ich behaupte: Ja! Unter den von mir behandelten Fällen fanden sich zwei, wo der Blutverlust kaum ein grösserer sein konnte; die Frauen lagen in tiefer Ohnmacht und verharrten selbst nach Anwendung des Tampons noch durch mehrere Stunden in vollkommener Ohnmacht. Beide blieben am Leben und erholten sich. Die eine erlag später der Phlebitis, doch wohl nicht in Folge des Tampons, sondern weil später die Wendung nöthig wurde, da die Frau selbst, als sie zum Bewusstsein kam, in einem Augenblick, wo sie unbewacht war, den Tampon theilweise entfernte und deshalb die Blutung sich erneuerte. Kilian sagt: es liege für die tief ermattete Kreissende in dem Operationsreize, wie nicht minder in der ganzen, zwar vorsichtig und langsam zu übenden, doch aber ohne alle erhebliche Unterbrechung bis zu ihrem Ende ruhig fortzusetzenden Operation selbst das sicherste unter allen Stärkungsmitteln für die tödtlich gefährdete, und er verlangt. man solle sogar bei nicht geöffnetem Muttermunde einschneiden. An einem anderen Orte sagt er: es sei bei der im höchsten Grade erschöpften Kreissenden die sofortige Entbindung von der Frucht und den Eitheilen das Verfahren, welches die volle Berechtigung habe; ..... dies gelte auch dann, wenn man hoffen dürfe, die Blutung ganz aufzuhalten, oder wenn sie aufgehört habe ..... man solle wohl bedenken, dass Kreissen nie stärkt, wohl aber unter Umständen Kräfte kostet, und dass da wo die Kräfte schon verloren sind, der geringste Verlust ein unersetzlicher sein muss.

Meine Ueberzeugung ist die, dass in diesen Fälien, so-

1

bald die Blase gerissen, stets rasch die Geburt zu beendigen ist und nöthigenfalls Einschnitte in den Muttermund zu machen sind, weil, so lange die Frau nicht entbunden ist, stets Blut verloren geht, und hierdurch und durch das Kreissen die Kräfte ganz aufgerieben werden. Die Operation kann ich nie ein Stärkungsmittel nennen, sondern höchstens ein Reizmittel, dem stets noch grössere Brschlaffung folgt. Da der Tampon, so lange die Blase steht, die Blutung stillen muss, so haben wir in demselben ein Mittel, durch das wir Zeit gewinnen, oft sogar vielleicht Stunden, weil die Wehen schwach sein werden. In dieser Zeit erholt sich unsere Kranke von dem ersten Eindrucke der Blutung, und es wird quantitativ, wenigstens zum Theil das Blut ersetzt werden können, was bekanntlich sehr schnell geschieht; wir haben vielleicht sogar Zeit, durch Darreichung leicht verdaulicher, kräftiger Nahrungsmittel auch auf die Qualität des Blutes einzuwirken. Kurz wir haben, wenn wir auch nur zwei Stunden gewinnen, den Vortheil, dass die Frau eine ganz andere Lebensenergie erlangt und oft nach Verlauf dieser Zeit kaum wieder zu erkennen ist. Sie kommt in solch einen Zustand, dass sie jetzt viel leichter einen operativen Eingriff verträgt, ja selbst durch die Wehen kann das Kind geboren werden, das bei diesen heftigen Blutungen stets todt ist, und deshalb auch bei dem Rath, rasch zu entbinden, gar nicht zu beachten ist. Erfreulich war es mir zu lesen, dass in neuester Zeit Grenser, (Naegele Geburtshülfe II. Th. 2. 2. Seite 551.) sich ganz in diesem Sinne für den Tampon aussprach, indem er durch ihn Zeit zu gewinnen hofft, in der die Kreissende sich erholen kann.

Ein Vorwurf, den man dem Tampon machte, darf hier nicht unerwähnt bleiben; es ist die von Mehreren befürchtete innere Blutung. Zu Gunsten dieser Ansicht sind immer dieselben vor einer Reihe von Jahren beobachteten, dazu noch ungenau beschriebenen Fälle stets wiederholt worden. Eine innere Blutung ist möglich, sobald die Blase gerissen ist und hier darf, wie schon oft erwähnt, der Tampon nie in Anwendung kommen; es ist das falscheste Mittel. So lange aber die Blase steht, kann eine innere Blutung unmöglich entstehen, weil kein Raum da ist, wo das Blut sich ansammeln kann. Es hiesse einer vorgefassten Meinung zu Liebe den anatomischen und physiologischen Thatsachen Gewalt anthun, wenn Jemand in der That behaupten wollte, es könne der von seinem ganzen inhalte noch erfüllte Uterus dem Blutdrang nachgeben, sich weiter ausdehnen und so Blut aufnehmen. Es wäre das eine Annahme, die nach dem Eintritt der Wehen ebenso wie in der Schwangerschaft im Uterus nur ein schwach elastisches Organ sähe, das schon der sehr geringen Kraft, mit der das Blut aus den weiten, vielfach verzweigten Venen heraustritt, nachgäbe und die ihm allen Tonus und jede Spannung seiner Muskeln abspräche, Man bedenke nur die Anordnung des Venensystems im Uterus, so muss man zugeben, dass die Circulation in diesem System (das ja eben das Blut ergiesst und sein Blut aus ganz unverhältnissmässig kleinen Arterien erhält), eine höchst langsame und ohne alle Kräfte sein muss. Ueberlegt man das, so ist es nicht möglich, vor dem Blasensprung bei Anwendung des Tampons an eine innere Blutung zu denken.

## A. b) Verfahren bei schwacher Blutung.

Wir haben schon besprochen, dass unter besondern Verhältnissen und Umständen es sich sehr selten ereignen kann, dass gar kein Blut ergossen wird. Thorheit würde es natürlich sein, wenn der Arzt in diesen Fällen sich einen Bingriff erlauben wollte, er muss hier den ruhigen Zuschauer abgeben, darf aber gerade in diesen Fällen die 'Gebärende nie verlassen, weil die Scene sich jeden Augenblick ändern kann; muss er fort, so gebe er genaue Vorschriften und mache es möglich, dass er rasch herbeigeschafft werden kann. Ganz ebenso hat der Arzt zu verfahren bei schwacher Blutung, durch die gar keine Gefahr droht. In freilich seltenen Fällen ist selbst bei starker Blutung der Wehendrang so kräftig, dass bei günstigen räumlichen Verhältnisin ganz kurzer Zeit die Geburt des Kindes erwartet werden darf.

Dürfte nun wohl der Arzt, eingedenk der Möglichkeit,

dass die Blutung stark werden kann, sich keinen Eingriff erlauben?

Man hat bei schwachen Blutungen das Sprengen der Blase anempfohlen und ausgeübt, indem man derauf rechnete, dass danach der vorliegende Kindestheil rasch eintreten, das gelöste Stück der Placenta comprimiren und so die Blutung stillen würde; man rechnete ferner darauf, dass nach dem Blasensprunge die Wehen stärker werden und die Geburt rascher beenden würden. Vor Allem darf die Blase nie vor vollkommener Eröffnung des Muttermundes gesprengt werden, wie es wohl öfter geschehen, weil der Kopf noch nicht vorwärts dringen kann, und die Wehen noch schwach sind. Die Gebärende kommt sonst leicht in Gefahr, weil es sehr wahrscheinlich ist, dass durch den ungleichmässigen Druck des Kopfes die Blutung sich vermehren wird; die Gefahr steigert sich aber noch dadurch, dass wir jetzt bei noch geschlossenem Muttermunde eine schwierige Entbindung haben, falls die Beschleunigung der Geburt nöthig wird. Gegen das Sprengen der Blase bei vollkommen geöffnetem Muttermunde lässt sich weniger einwenden. Da wir aber des Erfolges nie sicher sind, indem oft die Wehen schwächer werden, so unterlasse man es in den Fällen, wo uns nichts zum Handeln treibt. Man versuche es nur bei Verstärkung der Blutung in Fällen, wo der Muttermund offen ist, weil wir hier, wenn wir die erwartete Stillung der Blutung nicht erreichen, sogleich eine andere Methode zur Entbindung wählen können. Schliesslich bedenke man aber noch, dass in diesen Fällen, wo der Muttermund wohl meistens zum grössten Theil frei ist, durch den Ort der Anheftung der Placenta bedingt, beim Sprengen der Blase leicht Nabelschnurvorfall eintreten kann. der eine neue unerwünschte Complication der Geburt ist.

Wenn also das Sprengen der Blase nur in einzelnen Fällen von vollkommen offenem Muttermunde gestattet sein darf, so möchte ich für die Fälle von schwacher Blutung wenigstens bis zur Eröffnung des Muttermundes das Einlegen einer Tamponblase empfehlen. Diese ist leicht angelegt, leicht entfernt und ganz unschädlich. Ich bezwecke dann nicht die Stillung der Blutung, sondern nur die mögichst lange Schonung der Blase, die ohne Tampon früher bersten könnte, wenn gleich sie in der Nähe der Placenta eine günstige Derbheit besitzt. Ich empfehle absichtlich den Basentampon, weil es nur darauf ankommt, den Muttermund sich gehörig eröffnen zu lassen, und ein anderer Tampon schwieriger anzulegen und der Frau unbequem ist.

Steigert sich nun die schwache Blutung in dem Grade, dass sie ernstliche Abhülfe verlangt, so richtet sich das Verlaten des Arztes natürlich ganz nach den eben besprochenen Begeln.

B. Die Behandlung bei Querlagen der Frucht.

Die Erkenntniss der Lage bei Placenta praevia ist oft schwer, weil die Placenta vor dem tiefer liegenden Kindestheil gelagert ist und weil der Kindestheil aus demselben Grunde hoch liegt. Eben deshalb müssen wir uns die grösste Mühe geben, die Lage zu ermitteln, dabei aber, was schon erwähnt wurde, stets mit grosser Schonung verfahten. Bei seitlichem Aufsitzen der Placenta ergiebt die innere Untersuchung meist ein genügendes Resultat; am leichtesten fühlen wir noch den Kindestheil, wenn wir den Finger gleich hinter der Symphysis publis hinaufführen, wo der Kindestheil am tiefsten liegt. Ganz besonders wichtig ist in diesen Fällen die äussere Untersuchung, auf welche wir oft ganz allein beschränkt sind.

Kann die Lage der Frucht nicht ermittelt werden, so verläht man für den Anfang ganz nach denselben Regeln, wie bei den gleich zu besprechenden Querlagen. Nach gerissener Blase dringe man mit der Hand in den Uterus, äberzeuge sich jetzt von der Lage und vollende die Entbindung durch die Wendung und Extraction bei Quer- und bei Schädellagen, durch Herabholen der Füsse und Extraction bei Steisslagen. Steht die Blase, so sind wir nicht zur Eile gezwungen, wir nehmen vorläufig den Tampon bis der Huttermund offen ist, um vielleicht später die Lage zu erkeanen. Gelingt uns auch jetzt nicht die Bestimmung der Lage, so untersuchen wir mit der ganzen Hand und volladen die Geburt, nachdem wir schon zur Erkenntniss der Lage die Placente gelöst haben.

### 58 IV. Dr. Holst, der vorliegende Matterkuchen,

Bei Querlagen müssen wir natürlich jedesmal operativ einschreiten, die Beschaffenheit der Blutung, der Blase, des Muttermundes modificiren jedoch die Zeit dieses Einschreitens beträchtlich.

Wir besitzen in dem Tampon das Mittel, das unter gewissen Umständen die Blutung stillt; wir haben in demselben (es ist das gerade für diese Fälle sehr erwünscht) aber ausserdem ein Mittel, das die beste Vorbereitung für die Wendung macht, denn eine gute Tamponade verhütet den Blasensprung und lässt ruhig die Eröffnung des Muttermundes abwarten, sie verhindert, dass der Kindestheil tiefer ins Becken trete, sie erhält also das Kind im Uterus beweglich und den Uterus ausgedehnt, bis der zur Wendung günstige Moment eintritt. Um Wiederholungen zu vermeiden, verweise ich auch auf das, was ich in dieser Arbeit in dieser Beziehung im Abschnitt über den Tampon gesagt. ferner auf meine schon citirte Abhandlung in der Monatsschrift für Geburtshülfe I, 1, 1853, und vor Allem auf Braun's Beobachtungen über den Colpeurynter (Clinik der Geburtshülfe etc., Erlangen 1852).

Durch solche Vortheile des Tampons muss die frühere Behandlung der mit Querlagen complicitten Placenta praevia mannigfach modificitt und das Resultat für Mutter und Kind günstiger werden; wenn sich früher die Hand gleich zur Wendung anschickte, ist dieses jetzt in den meisten Fällen nicht nöthig, und besonders kann die Erweiterung des Muttermundes durch das Messer oder die Hand in vielen Fällen vermieden werden.

Da hier stets gewendet werden muss, so fällt die exspectative Behandlung weg, aber der Eintheilung der eben besprochenen Behandlung zur Liebe trennen wir auch hier die starke und schwache Blutung, und betrachten zuerst

#### (B.) a) Die starke Blutung, und zwar

(B. a.) a, 1) und 2) nach dem Reissen der Blase.

Wir können uns kurz fassen. Von einer Stillung der Blutung kann nicht die Rede sein, wir müssen also gleich zur Wendung schreiten, und zwar zur Wendung auf die Füsse, da die Extraction gleich folgen muss.

1) Bei engem unnachgiebigem Muttermunde müssen wir erweitern, da wir nicht zögern dürfen, und ich habe mich schon oben für die Vorzüge der blutigen Brweiterung vor der manuellen ausgesprochen, und ziehe sie deshalb auch hier vor. Diese Fälle von engem Muttermunde sind die schwierigsten für die Behandlung, und wir sehen besonders die älteren Schriftsteller in diesem Punkte oft sehr unentschieden und unklar, und es tritt oft gar zu deutlich hervor, dass sie sich fürchten, einen bestimmten 'Ausspruch zu thun. Sie erkennen in der gewaltsamen Brößnung eine Quelle vielfacher schlechter Folgen für Mutter und Kind. An die blutige Eröffnung wagen sie kaum zu denken, und sehen beim Abwarten von Minute zu Minute die Kreissende dem Tode näher kommen, und doch kommt es oft genug auf den Rath hinaus: trotz der Blutung abzuwarten, ob nicht vielleicht der Muttermund sich erweitern oder erweichen werde. Die blutige Eröffnung ist nicht gefährlich, wie das oben schon besprochen wurde, und ist und bleibt in diesen Fällen von zerrissener Blase bei engem Muttermunde das einzige Mittel, das helfen kann und das hilft.

2) Ist der Muttermund offen oder leicht dehnbar, so kann man nicht in Zweifel sein, was geschehen muss. Man schreitet sogleich zur Wendung.

(B. a.)  $\beta$ , 1) und 2) Bei stehender Blase.

1) Bei engem Muttermunde bliebe uns bei starker Blutung und drohender Gefahr, wenn wir den Tampon nicht besässen, nichts anderes übrig, als das eben sub æ besprochene Verfahren. Da der Tampon die Blutung stilk, nebenbei aber alle Eigenschaften besitzt, die uns eine leichte und gefahrlose Wendung bereiten können, so greifen wir in diesem Fall mit Freuden zu ihm, und thun Unrecht, wenn wir es unterlassen. (Man liest wohl: dass der Tampon bei Querlagen nicht helfen könne, weil der Kindestheil zu klein ist. Davon könnte jedoch nur die Rede sein, wenn man nach dem Blasensprunge tamponiren wolkte. Da ich aber

59

den Tampon nur für die Zeit vor dem Blasensprunge gelten lasse; so kann von der Kleinheit des Theils nicht die Rede sein, der vielmehr ganz gleichgültig ist, indem die Blase allein von oben den Druck übernimmt.) Den Tampon lassen wir in Wirksamkeit bis der Muttermund erweitert ist, was wir an dem Eintreten von Drangwehen und dem Anrücken des Tampons gegen den Damm erkennen. Jetzt entfernen wir ihn und haben eine leichte Operation, während beim frühen Operiren wir Einschnitte nöthig hätten, und doch eine schwerere Operation haben, wozu noch der Umstand hinzukommt, dass wir haben früher operiren müssen, als es für die fünfte Periode und für das Wochenbett gut ist.

Wenn also gerade in den eben besprochenen Fällen die Doppelwirkung des Tampons in ihrem vollen Glanze und ihrer Wichtigkeit erscheint, so ist der Tampon bei offenem Muttermunde nicht zu brauchen. Ich füge noch hinzu, dass man bei Wirkung des Tampons sogar versuchen könnte, durch Lagerung und äussere Handgriffe den Kopf in die Nähe und auf den Beckeneingang zu bringen, und so die Wendung ganz zu umgehen.

2) Hier bei offenem Muttermunde wäre es Thorheit, wenn wir erst nach einem blutstillenden Mittel suchen wollten. Da wir die Wendung wegen der Querlage unternehmen müssen, so wird uns in diesem Fall die Wendung als blutstillendes Mittel zugleich geboten. Der Tampon findet in diesem letzten sub 2 besprochenen Falle nur seine Anwendung bei jenen Fällen extremer Schwäche und Blutverlustes, die oben erwähnt wurden, bei denen wir von dem mächtigen Einfluss der raschen Entleerung des Uterus den Tod fürchten müssen. Der Tampon stillt die Blutung, er sorgt defür, dass die Wendung uns nicht schwer wird, und hat hier den grossen Nutzen, dass die Frau sich erholen kann und jetzt nach Verlauf von einiger Zeit die Operation leichter erträgt.

## (B.) b) Die schwache Blutung.

In diesen Fällen gebietet die Querlage die Wendung, während die Blutung keinen ärztlichen Eingriff verlangt; es fragt sich also nur, wann wir die Wendung unternehmen sollen. Nach den allgemeinen Regeln, nach denen wir bis jetzt gingen, ist auch hier die Bestimmung nicht schwer. Bei engem Muttermunde können wir auch hier in dem Tampon ein vortreffliches Vorbereitungsmittel haben, unter dessen Wirkung wir die Operation bis zu dem Zeitpunkt verschieben, wo der Muttermund günstig vorbereitet ist, doch könnte bei Anwendung des Tampons, nachdetn die Blase gerissen, leicht eine innere Blutung eintreten.

Das Verfahren für diese Fälle ist also folgendermassen festzustellen: bei weitem oder weichem und nachgiebigen Muttermunde schreiten wir gleich zur Wendung, mag nun die Blase noch stehen oder schon zerrissen seint bei ongem und unnachgiebigem Muttermunde greifen wir, so lange die Blase steht, zum Tampon, nicht wegen Stillung des Blutes, sondern um ein Feststellen des Kindestheils und das Reissen der Blase zu vermeiden. Bei gerissener Blase mussen wir, wenn die Wehen stark sind und der Kindestheil festgestellt zu werden droht, zu Einschnitten des Muttermundes greifen. Doch wäre dieses der einzige Fall, wo auch bei zerrissener Blase der Tampon vielleicht versucht werden dürfte, nur nehme man dann die Blasen, weil sie leicht entfernt werden können, und entferne sie auch nach kurzer Zeit, um sich zu überzeugen, ob sich nicht eine innere stærke Blutung gebildet hat. Man wird in diesen Fällen leicht zur Anwendung des Tampons geführt, da die Blutung schwach ist und er uns viel verspricht, doch bedenke man, dass die Blutung jeden Augenblick stark worden kann, und sei darum vorsichtig.

## C. Complicationen.

Es kann natürlich nicht davon die Rede sein, alle Complikationen, die sich ereignen und den Fall noch sehwierlger für die Behandlung machen können, zu besprechen; es mögen hier nur einige ihre Stelle finden, aus deren Betrachtung, im Zusammenhang mit den frühern Regeln, sich die Behandlung für die anderen Fälle leicht ergiebt.

Bei geringen Graden von Beakenverengung, wo wir mit der Zeinge oder mit der der Wendung nachfolgenden Extrastion

auszureichen pflegen, ist die Behandlung hier ganz so wie bei normalem Becken mit dem Unterschiede, dass wir hier wohl stets die Wendung brauchen werden, weil das Vorliegen der Placenta ein Hineintreten des Kopfes in das kleine Becken und also die Application der Zange verhindert. Bei weitem Muttermunde schreiten wir in allen Fählen sogleich zur Wendung. Bei engem Muttermunde brauchen wir, wenn die Blase steht, den Tampon, bis der Muttermund offen ist. Ist die Blase gerissen, so haben wir bei starker Blutung kein anderes Mittel, als Einschnitte des Muttermundes, bei achwacher Blutung warten wir ab, bis die stärker werdende Blutung uns zum Handeln und zu Einschnitten zwingt oder die vollkommene Eröffnung uns die Vollendung der Operation gestattet, wobei wir jedoch stets im Auge haben müssen, dass für die Wendung der Uterus sich nicht zu stark contrahiren darf. Für etwa zugleich vorhandene Querlagen ist die Behandlung ganz dieselbe, nur dürften wir bei gerissener Blass weniger lange ohne Nachtheil abwarten. Bei todtem Kinde wäre es hier allerdings sebr günstig, wenn wir die ganze Placenta lösen und daraus Stillung der Blutung erwarten dürften; indem besonders in den Fällen von vorliegendem Kopf uns hier die Möglichkeit geboten würde die Zange zu brauchen und so dem Einfluss der Wendung auf die Mutter zu entgehen. Für die Fälle von Beckenverengerung, welche die künstliche Frühgeburt verlangen, so wie für die Fälle überhaupt, die aus andern Gründen die Frühgeburt verlangen, ist nur zu bemerken, dass wir zur Erreichung dieses Zweckes am besten den Tampon wählen; er ist hier eigentlich das einsige Mittel, denn alle anderen sind durch Erregung von Blütung gefährlich und ist besonders der Eihautstich zu vermeiden.

In den Fällen, die den Kaiserschnitt erfordern, sei es nun bei todtem oder lebendem Kinde, worden wir nicht versäumen den Tampen anzuwenden so lange die Blase steht, denselben aber natürlich durch einen Gehlüfen entfernen lassen, um die Blase sprengen zu lassen sobeld dieses im Verlauf der Operation nöthig wird. Bei der Perforation und Cephalotripsie wird uns die Placenta sehr im Wege sein und gilt auch für diese Fälle, dass die Entfernung der Placenta sehr angezeigt wäre, wenn wir sicher wären, die Blutung nicht zu vermehren. Wegen der leichteren Verletzbarkeit des unteren Uterinabschnitts sei man doppelt vorsichtig, dass keine Knochensplitter die Haut durchdringen. Sollten sich ja die beiden am meisten gefürchteten Geburtscomplicationen; Eclampsie und Placenta praevia vereinigen, so gilt hier als Regel, dass man sobald als möglich die Geburt beendige, um über die Eclampsie Herr zu werden. Die allgemeine Behandlung muss sich wohl vor Allem nach der Stärke der Blutung richten, dabei jedoch die ganze Constitution und das Befinden der Kranken im Auge behalten, indem hier zumal in Bezug auf die Blutentziehungen einige Modification eintreten musste. Bis zur Bröffnung des Muttermundes hat vor dem Blasensprang jedenfalls der Tampon seine Geltung und es möchte hier vielleicht eine mit warmem Wasser gestüllte Blase den Muttermund schneller öffnen, ohne dabei bei richtigem Gebrauch zur Stillung der Blutung untüchtig zu sein. Nachdem auf diese Weise oder wenn ein enger Muttermund bei gerissener Blase Einschnitte verlangte, der Muttermund geöffnet ist, beendigen wir die Geburt wo möglich durch die Zange. in den meisten Fällen jedoch durch die Wendung und Extraction.

Achnliche Modificationen in der Behandlung geken nun such für andere Complicationen. Mir bleibt beim Schluss dieses Abschnittes nur noch übrig, die Leser zubitten, bei dem ganzen Capitel der Behandlung, das in so Manchem von den jetzt allgemein geltenden Regeln abweicht, stets das im Auge zu haben, was ich in den frühern Absehnitten über die mannigfachen Verhältnisse der Placenta praevia, besonders in anatomischer und physiologischer, auch in semiotischer Beziehung ausführlich besprochen habe. Wiederholen konnte ich das Frühere nicht. Citate hätten, da ich vom Druckorte entfernt bin, dem Setzer oder bei der Correctur grosse Schwierigkeiten verursacht, darum ich nur an einigen Stellen mich ganz allgemein auf das Frühere bezogen habe. In der That glaube ich nicht, dass ich irgend Einem, der die wüheren Abschnitte gelesen, in der Behandlung unverständlich sein werde, und dass es trotz

## 84 IV. Dr. Holst, der vorliegende Mutterkuchen,

der Kurze nicht schwer sein wird, dieses Capitel in meinem Sinne aufzufassen.

## III. Nachgeburtsperiode und Wochenbett.

Nach der Geburt des Kindes, sei sie durch Kunsthülfe oder Naturkräfte beendigt, folgt meistens bald die Nachgeburt. In den seltenen Fällen, wo sie noch anhängt, dauert die Blutung meist noch fort; hier thut man gut, die Placenta gleich zu entfernen und sie nur noch mit dem Uterus in Verbindung zu lassen, wenn keine Blutung eintritt. Es war diese Periode im Ganzen eine sehr gefürchtete, indem man meinte, dass in dieser Zeit eintretende Blutungen, oder Blutungen die nach der Geburt noch fortdauerten unheilbar wären und jedesmal den Tod der Frau nach sich ziehen müssten. Men ging bei dieser Ansicht davon aus, dass man bei Untersuchungen nach der Geburt, bei Sectionen von Frauen, die bald nach der Entbindung gestorben waren, die Cervicalportion stets schlaff ohne jede Contraction, wie gelähmt fand. Sässe nun die Placenta, wenn auch nur zum Theil, auf dieser Partie des Uterus, so müsste die Blutung eine tödtliche sein, da in der That dieser Theil nicht die zu einer gehörigen Contraction nöthigen Muskeln besitzt. Ich habe aber gleich im Anfange dieser Arbeit auseinandergesetzt und später oft darauf zurückkommen müssen, dass zur Bildung der Placenta nur diejenige Uterinschleimhaut benutzt werden kann, die über dem inneren Muttermund liegt, und habe ausdrücklich erwähnt, dass die Gefässe der Cervicalportion sich nicht in der Weise, wie die des Uterus, erweitern. Die blutenden Stellen können sich deshalb nur über dem inneren Muttermund befinden, und gerade an dieser Stelle und weiter hinauf besitzt der Uterus sehr starke und besonders starke Circulärfasern; wenn slso diese Stelle blutet, so besitzt der Uterus an dieser Stelle, wie an jeder andern, die Mittel, um eine Blutung durch Contraction zu stillen, und eben deshalb muss bei einer vorhandenen Blutung, um der Contraction nicht hinderlich zu sein, die Placenta entfernt werden. Wenn nun in der That bei einer Blutung der fünften Periode nach Placenta praevia eine Frau erlag, so müssen die Ursachen andere sein, schon deshalb, weil, wenn diese angenommenen Ursachen die wahren wären, die Blutung jedesmal nach Placenta praevia sich einstellen und tödtlich werden müsste, und nicht einzusehen ist, wie in anderen Fällen die Blutung ohne Contraction gestillt werden soll. Die Ursachen des Todes waren einmal wohl Blutungen in Folge von Lähmung, aber nicht einer Lähmung des Cervix und ein durch die anatomische Anordnung begründeter Lähmungszustand, sondern Lähmung der unteren Partien des Uterinkörpers nach und durch Operationen. Oder es trat der Tod bei fortdauernder leichter Blutung der fünften Periode, bei mangelhafter Zusammenziehung ein, doch nicht in Folge dieser Blutung, sondern besonders in Folge eines frühern heftigen Blutflusses und des mächtigen Einflusses der Entleerung des Uterus, in Folge deren die Gefässe des Darms und des Bauchfeils sich mehr mit Blut füllten, und dem Hirn, dem Herzen und den Lungen Blut entzogen wurde. (Ich verweise auch hier auf frühere Capitel.)

Wenn nun aber auch jene Furcht einer tödtlichen Blutung aus dem Cervix eine ungegründete ist, so müssen wir doch vorsichtig sein, da ja Erneuerung der Btutung möglich ist. Wir brauchen hier die bei Blutungen der fünften Periode gebräuchlichen Mittel, nur mit noch grösserer Energie, weil schon viel Blut verloren ging. Man wende also zeitig die innerlichen, Contraction befördernden Mittel, Reibungen des Fundus uteri, Anwendung der Kälte und besonders kalte Einspritzungen an. Letztere sind ein unschädliches und wichtiges Mittel, das uns nicht im Stiche lässt.

Um nun die Folgen der Entleerung des Uterus zu vermeiden, thut man wohl gut, gleich nach der Entbindung ein zusammengelegtes Tuch, etwa ein Paar Servietten, auf den Unterleib zu legen, und mit einer breiten Binde den Unterleib stark zusammen zu schnüren. Wir erhalten hierdurch die Bauchwandungen und Därme noch unter einem Druck, wirken mechanisch auf den Fundus uteri und verhindern ihn unmittelbar und mittelbar durch reflectorisch erregte Contraction an der Ausdehnung, zu der jeder Ute-Hentucht, f. Gebruck, 1854, B4, 111, B5, 1. rus nach einer Blutung neigt. Man hat, um das Blut mehr zu den Centris zu drängen, empfohlen, die Extremitäten mit Binden einzuwickeln, ein Vorschlag, der mehr Freunde finden wird, als die bis jetzt in ihren Folgen und Wirkungen so wenig empfohlene und erprobte Transfusion des Thier- oder Menschenbluts.

Nachdem so die ersten Massregeln besprochen wurden, die nach der Entbindung zu nehmen sind, kann ich nicht unterlassen, eine andere Furcht wenigstens zu beschränken, die man für die fünfte Periode hatte. Man fürchtete sich vor inneren Blutungen; die häufigste Ursache derselben ist Verschliessung des Muttermundes durch Krampf, dieser ist aber ein Ereigniss, das meines Wissens bei Placenta praevia noch nicht beobachtet wurde und höchstens durch eine rohe, unzeitige Operation hervorgerufen werden möchte; durch Lagenveränderung des Uterus, durch starkes Anlegen des Muttermundes an das Kreuzbein oder die Seitenwand des Beckens könnte wohl die Höhle geschlossen und eine innere Blutung bedingt werden: diese Fälle sind aber sehr selten, und eine solche Lagenveränderung ist leicht entdeckt und in Ordnung gebracht, bevor sich noch, bei etwa vorhandener Blutung, das Blut anhäufen kann

Gegen den oben schon besprochenen, so sehr problematischen Lufteintritt in die Venen mit seinen Folgen lässt sich weder ein Präservativ, noch ein Heilmittel anwenden.

Als Regel und Mahnung, die nicht oft genug wiederholt werden kann, gilt, dass man im höchsten Grade sorgfältig und aufmerksam sei, da die Schwäche der Frau es verlangt, und dass man besonders in den ersten Stunden nach der Geburt es an der peinlichsten Wachsamkeit nicht fehlen lasse, da ein geringer Blutverlust schon viel schadet und oft viel zu den nach Placenta praevia öfter beobachteten plötzlichen Todesfällen in den ersten Stunden nach der Geburt beitragen kann.

Für das Wochenbett ist zu erinnern, dass Puerperalerkrankungen leicht vorkommen, dass deshalb das Wochenbett genau überwacht werde, und ängstlich die bekannten sehädlichen Einflüsse, besonders also Gemüthsbewegungen, Erkältungen und Diätfehler gemieden werden müssen. Auch in der Darreichung von Arzneien sei man vorsichtig und vermeide, besonders beim Eintritt von Blutungen die erhitzenden Mittel.

Der Uterus contrahirt sich nach solchen starken Entleerungen meist nicht in gehöriger Weise und seine Rückbildung geht langsam vor sich, was auch zu beachten ist, damit durch längeres Verweilen im Bett, durch Contraction befördernde Mittel Blutungen und Gebärmutterleiden vorgebeugt werde. Die stärkende Methode wird hier, wenn die erste Zeit des Wochenbettes überstanden ist, oft in ausgedehnte Anwendung kommen, und zu diesem Zweck verschiedene diätetische und arzneiliche Mittel gebraucht werden.

Zum Schluss nur noch die Notiz, dass 100 Fällen von Placenta praevia, die von neun verschiedenen Beobachtern an grösseren Anstalten mit den betreffenden Gesammtzahlen erwähnt wurden, 77619 Geburten entsprachen; auf 776 Geburten kommt also 1 Placenta praevia, was auch so ziemlich mit *Riecke's* Angaben über Würtemberg übereinstimmt, so sehr man geneigt sein möchte, in der Hospitalpraxis eine grössere Anzahl von Fällen zu erwarten. Es erklärt sich dies daraus, dass die starke Blutung so manche Frau verhindert, sich ins Hospital zu begeben <sup>1</sup>).

 Zur Entschuldigung einiger Mängel in der Form meines Anfsatzes habe ich anzuführen, 1) dass das Manuscript aus mancherlei Gründen mit sehr grossen Unterbrechungen abgefasst wurde, und zwar so, dass der erste Theil schon vor 1½ Jahren fertig war und vor einem Jahr vorläufig an die Redaction eingeschickt wurde;
 dass eine vielleicht zu grosse Ausführlichkeit in den ersten Bogen dadurch bedingt ist, dass die Arbeit von vorn herein nicht für ein Journal bestimmt war, und mit einem ausführlichen Literaturverzeichniss begann, welches jetzt natürlich wegblieb.

5\*

## Notizen aus der Journal-Literatur.

Bacchetti: Neue Anwendung der Electropunktur gegen Extrauterin-Schwangerschaft.

Der berichtete Fall entspricht nicht vollständig der Ueberschrift er lässt wenigstens auch eine andere Deutung zu. Eine Frau hatte seit 3 Monaten ihre Regel verloren und mehrere Anfälle von Schmerzen im Hypogastrium und der linken Fossa iliaca gehabt. Der Puls war klein und hart, es zeigten sich Ohnmachten, kalte Schweisse u. dgl. In der letzten Zeit war an der bezeichneten schmerzhaften Stelle eine Geschwulst von dem Umfange einer grossen Apfelsine wahrzunehmen. Die consultirenden Aerzte nahmen eine Tubarschwangerschaft an und beschlossen, um die weitere Entwickelung der Frucht su verhindern, durch die Electropunctur den Embryo zum Absterben zu bringen. In Folge dessen wurden am 2. Februar 1853 2 stählerne, 8 Centim. lange Acupuncturnadeln von einander entfernt eingestochen und durch die beiden Pole eines Bunsen'schen Apparates in Verbindung gesetzt. Die Kranke empfing 2 Schläge, von denen der zweite so heftig war, dass er einen lauten Schrei und starke Schmerzen verursachte. Die Wirkung war schnell und befriedigend. Schon am folgenden Tage zeigte sich die Geschwulst merklich verkleinert. Am 6. März hatte sie nur noch die Grüsse eines Taubeneies. Nach einem Monat trat die Menstruation wieder ein und die Gesundheit blieb seitdem ungestört. Dr. Balocchi erhebt Zweifel gegen die Diagnose, die übrigens von Bacchetti auch nicht mit voller Bestimmtheit gestellt worden war, und glaubt mehr an eine Eierstocks-Cyste, deren flüssiger Inhalt durch die Electricität resorbirt wurde. Wie man auch über den Fall denken mag, so geht aus ihm immer hervor, dass sowohl bei Extrauterin-Schwangerschaft, als bei einer Cyste die Kraft der Electropunctur als Heilmittel künftig mit mehr Vertrauen in Anwendung gezogen werden kann.

(Gazz. medic. italiana, Toscana Mai 1853, p. 137 und Gaz. hébdomad. de méd. et de chir. Nr. 8, Paris 25. Nov. 1853, p. 110.)

#### Ueber die Anwendung der Bauchgurte (ceintures bypogastriques.) Neuer Gurt mit 2 Peloten.

Für die schon bekannten Bauchgurte gegen Vorfall der Gobärmutter hat Dr. Rémondet eine Verbesserung vorgeschlagen, durch Anbringung von zwei Peloten. Die bis jetst empfohlenen Gurte sind in 3 Klassen zu theilen: 1) die Schlüsselgurte, gans aus Metall bestehend, deren Bauchtheil aus einem dreiekigen Stücke mit abgestumpften Ecken besteht und 20 Centim lang, 10 hoch ist. 2) Die gewöhnlichen Gurte aus Leder oder Kautschuk, deren Bauchtheil an der hinteren Fläche mit einer halbmondförmigen, nach oben concaven Pelote versehen ist. 3) Die Gurte mit 2 Peloten von Rémondet. Die Schlüsselgurte sind hinreichend bekannt. auch die mit einfacher Pelote sehr verbreitet, die besten, die mit 2 Peloten sind indess am wenigsten gekannt. Sie haben sich bei häufiger Anwendung am erfolgreichsten erwiesen. Der Apparat ist einfach und leicht anzulegen. Er besteht aus einem breiten Bande von Kautschuck, welches bei dem für den Unterbauch bestimmten Theil am breitesten ist; dort liegen auch an der hinteren Fläche 2 von einander unabhängige Peloten, die zwischen sich an der Linea alba einen freien Zwischenraum lassen, um dort einen nur mässigen Druck auszuüben. Meist ist die linke Pelote etwas stärker, jede von ihnen kann jedoch einen beliebigen nöthigen Umfang haben. Zuweilen bilden sich, wenn der Gurt lange schon getragen wird, an den Stellen, wo die Peloten liegen, Vertiefungen, dann muss man die Peloten etwas dicker machen. Zur zweckmässigen Anlegung des Gurtes ist die Entleerung der Hamblase und des Mastdarms nöthig, die Kranke steht, die Peloten werden gegen den untersten Theil des Bauches gelegt, so dass der Zwischenraum zwischen den Peloten auf der Linea alba zu liegen kommt, dicht über der Schaambeinfuge. Dann werden die Enden des Gurtes dicht über den Hüften um den Leib nach hinten herum und wieder nach vorn geführt und mässig angespannt gegen den vorderen breiten Theil angeknüpft, damit der Apparat nicht herunterfalle; dann wird die Kranke hingelegt und bei gebeugten Schenkein die dislocirte Gebärmutter reponirt.

ł

Gegen Anteversion und Retroversion gebraucht R. die Sonde von Simpson, und gegen Senkung der Gebärmutter ein gestieltes Pessarium, dessen Stiel er in den Uterushals einführt und mit demselben die Gebärmutter hochhebt. Gleichzeitig schnürt er den äussern Gurt fester zu, lässt die Kranke aufstehen, entfernt das Pessarium wieder und überzeugt sich durch die Untersuchung von der Lage der Gebärmutter. Liegt die Binde gut, so ist dann die Gebärmutter in den kleinen Raum festgeklemmt, der swischen dem hinteren Beckentheile und dem vorderen Gurttheile übrig geblieben ist, sie kann dann weder nach unten oder nach den Seiten ausweichen, sie strebt böchstens noch höher hinauf zu kommen, was nur günstig sein kann. Bei manchen Kranken geht das aber nicht so leicht; bei sulchen lässt R. das gestielte Pessarium in der Scheide liegen, er fügt nach unten noch einen zweiten gekrümmten Stiel an, den er an einen vom Bauchgurte herabsteigenden metallenen Schieber befestigt. Der Apparat wird von der Kranken meist gut vertragen.

(Gas. des Hopit, Nr. 143., 3. Decbr. 1853.)

### VI.

÷

## Literatur.

Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsbülfe in Berlin. Siebentes Heft. Mit einer Tafel. Berl. bei G. Reimer. 8. VIII. u. 207. Seit.

Röstig arbeitet die 1844 gestiftete Gesellschaft für Geburtshulfe in Berlin fort, wie wir aus den in vorliegendem Jahrgange abgedruckten Mittheilungen der Protokolle der Sitzungen derselben zur Genüge ersehen. Diese selbst haben sehr regelmässig stattgefunden und jede derselben brachte aus den verschiedenartigsten Gebieten des Faches Bemerkenswerthes und Anziehendes. Den Reihen eröffnet ein Vortrag über das Erbrechen der Schwangeren von Münnich: es sind Fälle mitgetheilt, in welchen sich das Erbrechen zu einer beträchtlichen, der Mutter und dem Kinde gefahrdrohenden Höhe entwickelt hatte. Dabei sind Erfahrungen erwähnt, nach welchen das Erbrechen durch das Eintreten heftiger Diarrhöen aufhörte und der weitere Verlauf der Schwangerschaft ein ungestörter war, worin wir einen offenbaren Wink der Natur erkennen müssen. Es kam dabei die Rechtfertigung des künstlichen Abortus bei gefahrdrohendem Erbrechen zur Sprache, für welchen sich im äussersten Falle Busch aussprach. - In einer zweiten Sitzung wurden Fälle von Rückwärtsbeugung der Gebärmutter mitgetheilt; ein Fall endete tödtlich, da die Retroversio übersehen wurde, in den beiden andern gelang die Reposition. Credé berichtete dann über 2 Geburten, von denen eine durch die Kephalothrypsie, die andere durch die Zange beendigt wurde; noch ersählt Ref. (Wegscheider) von einer durch Naturhülfe glücklich beendigten schwierigen Geburt bei einer Rhachitica mit kaum 3" betragender Conjugata, Das Kind lebte, seigte aber eine bedeutende Kopfgeschwulst und an beiden Seiten des Kopfes in den Schläfen und über den Ohren sweit Eindrücke, in welche man jederseits einen Daumen legen konnte, offenbar von der Symphyse und dem Promontorium herrührend. Das Wochenbett verlief vollkommen normal. Ref, fragte bei dieser Gelegenheit, ob Fälle von Blasenscheidenfisteln ohne bei der Geburt angewendete operative Hülfe häufig seien? Er selbst kannte nur einen von Madelung im 2. Hefte der Verhandl. 8. 256 beschriehenen. Mayer hatte indessen auch einen Fall erlebt, der, ein Jahr lang mit dem Glübeisen behandelt, sich bis auf ein kleines Kanälchen schloss. Durch ein glückliches Beispiel ermuthigt, liese sich die Frau von Dieffenbach operiren, starb aber am dritten Tage nach der Operation. Auch Riese kannte einen Fall, nach einer natürlich verlaufenen, aber schweren Geburt entstanden. --- Ueber die nathologischen Veränderungen der Schleimhaut des Uterus, insbesondere an der Portio vaginalis, hielt Mayer einen Vortrag. Diese kommen im Leben ausserordentlich häufig vor: M. sah dieselben bei 502 Kranken, welche von Uterinleiden befallen waren, 352 Mal. Sie finden sich in jedem Alter bei Kindern, Jungfranen, jüngeren und älteren Frauen, bei Kinderlosen und bei solchen, welche geboren haben. Die verschiedenen, unter dem Namen Fluor albus susammengefassten Schleimflüsse schleimiger, eitriger und blutiger Beschaffenheit sind damit verbunden, sehr häufig auch entsündliche Processe des gesammten Uterus, Anschweilungen und Dislocationen desselben, und dann ist es in dem speciellen Falle schwer zu entscheiden, welche der krankhaften Affectionen die primäre war. Die genannten Leiden sind die constanten Begleiter nervöser Affectionen aller Art, und es lässt sich in Wahrheit behaupten, dass nur wenige Hysterische frei sind von Uterusleiden. namentlich von Leiden der Schleimhaut desselben. Die Therapie anlangend, so reicht eine allgemeine Behandlung in den meisten Fällen nicht aus die genannten Veränderungen zu heilen, ein gleichseitiges örtliches Verfahren ist nothwendig. Die Behandlung muss den speciellen Fällen entsprechend sein, die allgemeine berücksichtigt nach den bekannten therapeutischen Grundsättsen das constitutionelle Grundleiden. Zur örtlichen Behandlung gehören: 1) Blutentsiehungen durch Blutegel oder Scarificationen; 2) Aetsmittel; 3) Einspritzungen, welche der Fortschaffung des krankhaften Secretes und der Bespülung der Wundflächen wegen nothwendig sind. Schliesslich berichtet Mayer, dass er in den letzten drittehalb Jah-

ren behandelt habe: 14 Retroversionen, 65 Retroflexionen, 44 Anteversionen, 51 Anteflexionen der Gebärmutter, 21 Polypen und 26 Ovarialtumoren. - Eine andere Sitzung brachte Erfahrungen über das Kephalaematom. Ruge erzählt einen Fall, bei welchem die Geschwulst schon während der übrigens rasch verlaufenden Geburt an dem Hinterkopfe zu fühlen gewesen war. Man überliess nach der Geburt die beträchtliche Blutgeschwulst der Natur. Am neunten Tage entleerte sich das Kephalaematom aus einer furunkulösen Erhebung der linken Wange, aus welcher eine Menge wäserigen und blutigen Secretes abfloss. Das Kind befand sich nachmais ganz wohl. Wenn sich Manche noch zur Operation entschliessen, so machten Veit und Wegscheider geltend, die Resorption des Kenhalaematoms stets der Natur zu überlassen; sie hatten in 16 Fällen völlige Zertheilung der Geschwulst beobachtet. Hecker theilte dann einen gelungenen Fall der Reposition der Nabelschnur mit. worauf dann noch über die Behandlung des Vorfalls der Gebärmutter gesprochen wurde. Mayer nahm sein Hysterophor gegen Scanzoni in Schutz, nur bemerkte er, dass er in neuerer Zeit das Fischbeinstäbchen, weil es leicht knicke, mit einer schwachen Stahlfeder, welche mit vulkanisirter Gutta percha überzogen sei, vertauscht habe. Riedel zeigte einen von ihm erfundenen Apparat vor. Wir bedienen uns zur Beschreibung R's. eigener Worte: "Die Vorrichtung besteht in einem 3 - 4 Zoll langen, mit vulkanischem Kautschuck überzogenen Stiel, welcher mit seinem oberen, etwas knoofformig zulaufenden Ende zur Aufnahme eines Schwammes bestimmt ist, und dessen unteres Ende einen Doppelknopf, d. h. 2 an gemeinsamer Axe unbeweglich festsitzende, 2 bis 3 Linien von einander entfernte Knöpfe von der Grösse gewöhnlicher Beinkleiderknöpfe trägt, um mittelst des Endknopfs auf den Dammtheil einer T-Binde aufgeknöpft zu werden, während der zweite Knopf ein Hindurchgleiten durch die Binde hindert. Es kam darauf an. diesen Stiel nicht blos zu seitlichen Bewegungen zu befähigen, damit er bei Körperbewegungen der Frau nicht durch Unnachgiebigkeit belästige, sondern auch mässige Verkürzung und Verlängerung desselben zu ermöglichen, damit er bei raschem Hinsetzen oder etwaigem Fall auf das Gefäss keinen heftigen Stoss gegen die Gebärmutter ausüben könne. Um dies zu erreichen, ward der Stiel aus 2 Stücken susammengesetzt, nämlich aus einem der Kürze desselben entsprechenden Fischbeinstabe und einer etwa 4 kürzeren Spiraldraht-Röhre. Ersterer steckt in letzterer, so dass sein oberstes Drittheil aus derselben hervorragt (um den Schwamm aufsusehmen); der übrige Theil des Fischbeinstabes liegt frei in der Spiralröhre, dieser sum Halt dienend, und wird unten um etwas

von der Röhre überragt. Beide Theile sind dennoch nur an einer Stelle, nämlich am obern Ende der Röhre, unbeweglich mit einander verbunden. Das untere Ende der Röhre trägt den erwähnten Doppelknopf sur Anheftung an die Binde. Leicht kann diese Vorrichtung von den Frauen selbst in die Scheide hoch genug eingeführt werden." In Besug der T-Binde bemerkt Ref. noch, dass der Dammtheil derselben an seiner den Genitalien entsprechenden Fläche mit einem Längsstreifen von Leder besetzt ist, welcher drei hinter einander liegende Knopflöcher bietet, damit man unter diesen das der Lage nach angemessenste wählen könne. Der ganze Dammtheil ist, soweit er möglicher Benetzung ausgesetzt ist, mit vulkanisirtem Gummi überzogen. - In der Sitzung v. 12. Octob. hielt Waener einen ausführlichen Vortrag als Beiträge zur Kenntniss der Hasenschartoperation. (Dazu die Tafel.) - Meckel bemerkt (Sits. vom 26. Oct.), dass die meisten Entartungen, welche als Verhärtung, Hepatisation, Fibroid, Cyste der Placenta u. s. w. beseichnet sind, sunächst durch verschiedene Verwandlungen parenchymatöser oder oberflächlicher Blutungen entstehen. Es muss hervorgehoben werden, dass ausser seltenen traumatischen Veranlassungen su den Placentenblutungen durch äussere Gewalt oder durch Foetalstösse bei begünstigenden Verhältnissen die häufigste Ursache der Blutungen in Congestion und Entzündung des Muttertheils der Placenta zu erkennen ist. Die Entzündungen der Schleimhaut des schwangern Uterus richten sich vorzüglich auf den Placentartheil oder seltener auch auf die Decidua des Eies. In letsterem entsteht dadurch chronische Verhärtung oder acutere Erweichung mit kleinen Blutungen und gelegentlich mit Eiterbildung. Die Entzündung des Placentartheils der Schleimhaut tritt in Folge seines eigenthümlichen Baues und seiner Gefässvertheilung am häufigsten acut und hämorrhagisch auf. Es finden sich alle Uebergänge von vorzugsweise hämorrhagischen Placenta-Veränderungen su solchen, bei denen die Blutung eine geringere Ausbildung erlangte, dagegen in mehr chronischem Verlaufe eine exsudative Infiltration erfolgte. Die Extreme der letzteren Art zeigen sich als plastische Verhärtungen der Uterinfläche der Placenta, von der Uterusschleimhaut ohne scharfe Grenze auf das Foetalgewebe; übergehend, vorzüglich den Kotyledonenfalten der Uteruschleimhaut folgend, so dass verhärtete Scheiden der Kotyledonen gebildet werden, an deren Bildung Blutungen nur einen unwesentlichen oder keinen Antheil haben, diese chronisch entzündlichen, einfachen Verhärtungen sind viel seltener als die hämorrhagischen Veränderungen. - Ueber Gebärmutterblutungen, welche durch frühzeitige Lösung der Placenta und durch fehlerhaften Sitz derselben bedingt

• • •

sind, thelite Credé seine Erfahrungen mit. Den vielfäch empfohleuen Tampon hält er bei schon begonnener Geburt für selten aus. reichend: falls die Erweiterung des Muttermundes zögert, und falls nicht seitig genug der vorliegende Kindestheil von Innen her den natürlichen Tampon bildet, so wird den immer wieder drohenden Blutungen jedenfalls dadurch am entsprechendsten vorgebeugt, dass man ohne Säumen zur künstlichen schnellen Eröffnung und vollständigen Erweiterung des Muttermundes schreitet, um so die Austreibungs · Periode der Geburt möglichst rasch herbeizuführen. Die Ausführung der künstlichen Erweiterung ist in den Fällen von vorliegender Placenta weder schwierig, noch besonders schmershaft, und die Furcht Vieler gilt mehr dem unpassenden Namen: Accouchement forcé. Nach vollendeter Erweiterung des Muttermundes wird durch die gleichzeitig in Folge der Operation gesteigerte Wehenthältigkeit der vorliegende Kindestheil verhältnissmässig schnell eingetrieben, und es hängt nunmehr von den übrigen Erscheinungen ab, ob die Extraction des Kindes, somit die schnelle Beendigung der gansen Geburt noch nothwendig sei. Das Verfahren von Simpson, durch möglichst frühe Lösung der Placenta in ihrem ganzen Umfange die Blutung zu stillen, verwarf Cr. wegen des unausbleiblichen Erstickungstodes des Kindes. Sowohl die glücklichen als unglücklichen Ausgänge seiner Beobachtungen führten Cr. zu diesen Ansichten. Fünf Fälle hat derselbe mitgetheilt. Die dem Vortrage folgende Discussion betraf hauptsächlich die von demselben empfohlene künstliche Eröffnung und Erweiterung des Muttermundes. Mayer suchte diese Operation so viel als möglich su vermeiden und, wo die Symptome nicht zu dringend waren, erst durch den Tampon vorbereitend zu wirken, er hielt das sogenannte Accouch. force immer für einen sehr gewaltsamen Eingriff, und hatte dasselbe, hesonders bei Erstgebärenden, einige Male recht schwierig gefunden. Dies letztere bestätigte auch Busch mit dem Zusatse, dass die Operation glücklicher Weise bei Erstgebärenden sehr selten erheischt werde. Bei Mehrgebärenden hatte er die Erweiterung des Muttermundes nie sehr schwierig gefunden, ein schlimmer Ausgang sei vorzugsweise dann zu fürchten, wo schon eine starke Depletion eingetreten sei. - Wagner vertheidigt die Tracheotomie beim Kroup, den Ansichten Troussau's beistimmend, welcher unter 222 Operationen 127 Heilungen aufzuweisen hat. Die Mitglieder Bbert und Körte konnten in das der Tracheotomie ertheilte Lob nicht einstimmen. - Ruge las fernere Bemerkungen über die Behandlung der Anschwellungen des Uterus, wobei er die Anwendung der sogenannten Kaltwasserheilmethode bekännfte. Der Präsident der Gesellschaft C. Mayer stimmt ihm bei. Er seislimälig immer

nehr von der Anwendung des kalten Wassers, besonders von kalten Sitzbädern und kalten Einspritzungen zurückgekommen, er hasse nur Wasser von 20 Gr. gebrauchen und falle damit wöchentlich um & Gr., jedoch nie unter 15 Gr. hinab. Nach Wasserkuren, Seebädern fänden sich die Kranken zwar erfrischt, aber diese Erfrischung sei nicht von Dauer, und öfters entständen dadurch Anschweilungen der Gebärmutter und Eierstöcke. Wo dersteichen vorhanden, sei das kalte Wasser von entschiedenem Nachthele, namentlich auch nach Abortus, wo die Gebärmutter noch vongtössert sei. Eben so wagte er auch nicht, das kalte Wasser bei Dysmenorrhoeen anzuwenden, da diese so häufig mit Eierstocksleichen zusammenhingen. Wohlthätig aber seien für das Allgemeinbefinden, namentlich bei nervösen, mit reizbarer Haut behafteten Individuen die nassen Abreibungen. -- Gurlt theilt die Geschichte einer von Langenbeck am 5. November mit glücklichem Eribige verrichteten Ovariotomie mit, und Credé berichtet über eine achtmalige Umschlingung der Nabelschnur um den Hals. (8. 1. Band une. Monateschr. Jan. 8. 33.) - In der Sitz. vom 11. Jan. 1853 has Krieger über die sogen. scrophulöse Augenentsündung. Folgende Sätze ergaben sich als Resultate der Untersuchung: 1) Es giebt keine wirkliche scrophulöse Augenentzündung. 2) Die am häufigsten so genannte form ist eine phlyctaenöse Bindehautentsündung, welche bei Kindern von jeder Constitution und in Folge der verschiedensten schädlichen Einflüsse auftritt, sie sollte daher besser Augenentzündung des jugendlichen Alters genannt werden. 3) Ausserdem wird als scrophulöse Augenentsindung eine tief liegende Entsündung der Cornea, Sclera und his beschrieben, die nur bei kachektischen Subjekten vorkommt. 4) Bei der Therapie allein ist auf die scrophulöse Complication Rücksicht zu nehmen, indem diese nach Beseitigung der Augenentsündung einer speciellen Behandlung unterworfen werden muss. - Es folgt hierauf eine interessante Mittheilung von Hecker über 3 Fille von Albuminurie Schwangerer mit und ohne Eclampsie. Der erste Fall, durch die Zange beendigt (das Kind lebte), endete tödtlich, und schon im Leben erkannte man deutlich Eiweiss im Harne. Die Section zeigte, ausser Lungenoedem, in den linken Nieren die auffallendsten pathologischen Veränderungen: sie war simlich ungefähr auf den dritten Theil ihres Volumens zusammengeschrumpft, wog nur 12 Unsen 13 Gran, war mit tiefen narbigen Einziehungen verschen, aus denen sich die Kapsel nur mit Mübe und unter Mitnahme von Stücken des Parenchyms herausnichen liens. Auf dem Durchschnitte erschien das letztere von grauföthlicher Farbe, an vielen Stellen vollständig verödet, und in

Bindegewebe umgewandelt; an anderen Stellen waren die Harnkanälchen nicht wesentlich verändert. Die rechte Niere war von normaler Grösse, ihre Kapsel leicht abziehbar, aber ihre Corticalsubstanz von einer sehr ins Gelbe ziehenden Farbe; die Epithelien der Harnkanäle im Anfange der fettigen Metamorphose. Die über den Befund um Rath gefragten pathologischen Anatomen von Fach erklärten, dass die in den linken Nieren gefundenen Veränderungen jedenfalls in einer längst verwichenen Zeit entstanden seien, aller Wahrscheinlichkeit nach einer ganz örtlichen mechanischen Ursache, wie der Verstopfung des Ausführungsganges der Drüse durch einen später abgegangenen Stein (Veränderungen im Ureter konnten nicht constatirt werden), oder durch Abscessbildung im Nierenparenchym, wofür ein mit dem Messer durchgeschnittener und mit glatten Wandungen versehener Hohlraum sprach, ihren Ursprung verdankten, dass endlich diese Niere für die Ausscheidung des Harnstoffs als völlig untauglich geworden zu erachten. und deshalb ganz ausser Rechnung su setzen sei. Was die rechte Niere beträfe, so sei der Anfang der Bright'schen Erkrankung in derselben nicht zu verkennen. Der Fall giebt zu den verschiedenartigsten Betrachtungen Veranlassung. Wenn überhaupt derartige kolossale Veränderungen im Gebiete des uropoetischen Systems, wie sie hier vorliegen, in jugendlichen Individuen gewiss su den grossen Seltenheiten zu rechnen sind, so kann wohl nicht leicht auf eine eclatantere Weise der Zusammenhang zwischen Nierenerkrankung und Eclampsie anschaulich gemacht werden. Speciell ist es ferner auffallend genug, dass die Destruction des harnbereitenden Drüsenparenchyms nur ganz einseitig erfolgt ist. Die Deutung, die man diesem Factum zu geben gezwungen ist, dass nämlich die Erkrankung der linken Niere eine gans locale, mechanische Ursache gehabt haben müsse, weil generelle vom ganzen Organismus ausgehende Einflüsse fast immer auf beide Nieren sich reflectiren, beweist zur Genüge, wie wenig es oft auf Namen ankommt, und wie uurecht man thut, wenn man glaubt, dass mit Namen die Sache abgethan ist. Wenn auch die rechte Niere nicht gesund befunden wurde, vielmehr fettig infiltrirte Epithelien in den Kanäichen enthielt, auf welche Veränderungen der Eiweissgehalt und die Faserstoffgerinnungen im Urin su besiehen sein möchten, so würde man doch gewiss sehr fehlgreifen, wenn man die Veränderungen in der linken Niere als auch durch M. Brightil bedingt ansehen wollte, und der Fall beweist eben, dass es gar nicht darauf ankommt, auf welche Weise der Harnstoff im Blute zurückgehalten wird, ob die Nieren durch M. Brightii oder durch von mechanischen Einflüssen abhängige Zerstörungen ihres Parenchyms

sur Harnsecretion untauglich gemacht ist, damit unter gewissen Bedingnissen eine Reihe grosser Störungen zur Beobachtung komme. Wenn man für den vorliegenden Fall eine Beschränkung in der Ausscheidung des Harnstoffs, also Zurückhaltung desselben im Blute festhält, wosu man gewiss berechtigt ist, so sieht man sugleich, wie es durchaus gar nicht nothwendig sei, dass so lange das Leben seinen gewöhnlichen Ablauf nimmt, irgend welche Krankheitsenscheinungen dabei zu Tage kommen. Die in Rede stehende Person war im Dienst, und hat niemals über irgend welche Störungen geklagt: es entspricht dies Verhalten ganz den Beobachtungen an Thieren, die nach Einspritzungen von Harnstoff in die Venen durchaus keine bedeutenden Veränderungen darbieten, brauchte auch hier gar nicht besonders erwähnt zu werden, dass es jedem Geburtshelfer bekannt ist, wie man häufig durch kein Symptom, abgesehen vom Urin, auf den Ausbruch von Eclampsie vorbereitet ist, wenn nicht dieser Fall sich von den gewöhnlichen, wo der Beginn der Nierenerkrankung gewöhnlich mit dem Eintritte der Schwangerschaft coiudicirt, durch das Alter des Processes in den Nieren wesentlich unterschiede. Noch bemerken wir, dass das von Kiwisch empfohlene Chloroform sich in diesem Falle durchaus nutzlos geseigt hat. Glücklicher endete der sweite Fall: die Eclampsie trat erst nach Ausstossung des Kindes ein. Der Harn seigte ebenfalls sehr viel Eiweiss und eine Menge Faserstoffcylinder, was sich aber schon nach ein paar Tagen verlor. In einem dritten Falle war der Urin stark eiweisshaltig, ohne dass Eclampsie eintrat. - Am 9. Stiftungsfeste der Gesellschaft (13. Febr. 1853) widmete C. Mayer den Mitgliedern die Festschrift; Das Milchglas-Speculum. Nebst einigen Worten über die Anwendung der Mutterspiegel. Die Schrift ist hier abgedruckt, bereits aber in uns. Monatsschrift 1. B. Februarheft S. 159 augezeigt, worauf wir hier verweisen. -In der Sitz. vom 8. März bielt Meckel einen freien Vortrag über die sehlerhafte erste Bildung der Wirbelsäule bei Monstrositäten. - Veit zeigt in einem Vortrag, dass wir mit den Bestimmungen der Dauer der Schwangerschaft noch lange nicht im Reinen sind; er zeigt aus bewährten Beobachtungen die bedeutenden Schwankungen, weist auf die Tragzeit der Thiere hin, wo gleichfalls beträchtliche Schwaukungen stattfinden, und fordert alle Fachgenonsen auf, fernere Beobachtungen über den fraglichen Gegenstand anzustellen, wobei er besonders folgende Data angegeben wünscht: 1) die Körperbeschaffenheit, insbesondere das Alter der Frau, 2) die Tage, an welchen die letzten 10, der Conception unmittelbar vorangehenden Menstruationsperioden eintraten, oder, wo dies nicht möglich ist, wenigviens den ersten oder letsten Tag der letsten

Menstruation. 3) Den Tag des fruchtbaren Beischlafes, wenn sich derselbe hinreichend sicher ermitteln lässt. 4) Ob erste oder wiederholte Schwangerschaft. 5) Den Tag der Geburt. 6) Geschlecht, Körperlänge, und, insofern es angeht, auch Gewicht des Kindes. Derselbe reiht hieran eine Untersuchung über die Ursache der Geburt, welche von Verschiedenen bisher verschieden angegeben wurde: es ist die Ursache des Reizes, welche die Gebärmuttercontractionen auslöst, in dreierlei Dingen gesucht worden: 1) in dem Druck des vorliegenden Kindestheils und der Zerrung der Kreisfasern von Seiten der Längsfasern; 2) in der übermässigen Ausdehnung des ganzen Organs, und 3) in der menstrualen Congestion. Unter diesen 3 Erklärungsversuchen ist eigentlich nur einer nicht zurückzuweisen, nämlich die Zerrung des Gebärmutterhalses durch die stark ausgedehnten Längsfasern (Power, Dubois). Dabei theilt Voit gans die Ansicht derer, welche den Zeitpunkt der ersten Webe nicht in einen der letzten Tage vor der Beendigung der Geburt verlegen: denn schon in den letzten 2-3 Schwangerschaftswochen treten hin und wieder schwache Contractionen auf, welche, weil sie schmerslos sind, dem Weibe gewöhnlich entgehen, jedoch von aufmerksamen Beobachtern an dem Härterwerden der Gebärmutter erkannt werden können. Man kann sich also denken, dass die Zerrung der Uterinnerven durch die ausdehnende Kraft des Eies im Anfange nur gering sei und ihrer Grösse proportionale, schwache und seltene, und vielleicht auch im Anfange nicht über das ganze Organ verbreitete Zusammenziehungen auslöse, und dass erst später, wenn die Zerrung eine beträchtliche geworden, eine offenbare Wirkung in den bekannten Erscheinungen des Geburtsverlaufs hevortritt. Endlich hielt Voit über den Modus der Contractionen des Uterus einen Vortrag, dessen erster Theil hauptsächlich gegen Scansoni's Ansicht über diesen Gegenstand gerichtet ist. Der Uterus des menschlichen Weibes bewegt sich peristaltisch in der Richtung von oben nach abwärts. Diese Ansicht war schon a priori von dem Gesichtspunkte der Analogie mit dem thierischen Uterus aus die wahrscheinlichste: sie findet in der Erfahrung, dass schon vor dem Beginn der Zusammenziehung des Muttermundes der Kindeskopf vorbewegt wird. ihre Bestätigung, und in den Beobachtungen, welche man in solchen Fällen, wo die Uterinbewegung für den Gesichtssinn sugänglich war, gemacht hat, mindestens keinen Widerspruch. Man kann aber noch weitere Schlussfolgerungen aus der Thatsache ziehen, dass die Wehe noch fortdauerte, ja erst ihre Acme erreichte, nachdem die Contraction bis zum Muttermunde fortgeschritten ist. Hieraus folgt nothwendig, dass hei jeder Wehe mehrere Weilen

am Uterus in der Richtung von oben nach unten verlaufen, dass die Zahl der Wellen in geradem Verhältniss sur Dauer der Wehe steht und dass die folgende Welle ihren Anfang nimmt, bevor die erste vollständig abgelaufen ist. Es wird also im weitern Verlauf der Contraction bald ein Zeitpunkt kommen, wo obere und untere Theile des Uterus gleichzeitig in Zusammenziehung begriffen sind, und ein solches Verhalten während der längsten Zeit der Dauer der Wehe stattfindet. Da ferner jede Wehe allmälig an Stärke zunimmt, ihre Acme erreicht und allmälig sich verliert, so folgt, dass die Intensität der Contraction der Muskelfasern anfangs mit der Zahl der Wehen zu- und dann wieder abnehmen muss. Die Art und Weise, wie durch die Wehen der Muttermund erweitert und das Ei ausgetrieben wird, ist von vielen Seiten her erörtert worden. Bei jeder Wehe strebt der Uterus das Lumen seiner Höhle su verkleinern und wird nun zunächst durch den Widerstand seines kaum etwas compressiblen Inhaltes an der Verkürsung seiner Fasern verhindert, welche erst dann eintreten kann, wenn ein Theil des Inhaltes aus seiner Höhle ausgetrieben wird. Dieses wird dadurch möglich, dass der Uterus an seinem unteren Eade mit einer Oeffnung versehen ist, und das diese zunächst begrensende Segment eine viel schwächere und darum viel schwächer wirkende Muskulatur besitzt. Weil also der obere Theil des Uterus viel kräftiger wirkt als der untere, kann dieser nicht hinreichend widerstehen, wird überwunden und seine Räumlichkeit und die Weite der in ihm befindlichen Oeffnung nehmen zu, während der obere Theil der Höhle sich verengt. Begünstigt wird dieser Vorgang 1) dadurch, dass in Folge des peristaltischen Modus der Bewegung das Ei gegen den unteren Theil angedrängt wird; 2) durch die Anordnung der Muskelbündel, von denen ein grosser Theil der Richtung der Längenaxe folgt, oder sich ihr näbert; und 3) dadurch, dass das Ei, so lange es unverletzt ist, wegen des flüssigen Aggregatzustandes eines Theils seines Inhalts einer gewissen Formveränderung fähig ist. Diese Formveränderung geschieht anfangs in der Weise, dass der untere Theil des Eies an Umfang su-, der obere abnimmt und bei fortschreitender Erweiterung des Muttermundes ein Theil des Eies in Form der Fruchtblase durch ihn austritt. In dem Maasse als der Muttermund erweitert wird, tritt ein grösseres Segment des Eies aus der Uterinhöhle hervor. Die Fruchtblase wird bei jeder Wehe praller und gespannter, weil während derselben der noch in der Uterinhöhle befindliche Theil des Eies nur dadurch eine Verminderung seines Umfanges erleidet, dass durch theilweisen Austritt seines Inhalts in die Blase diese stärker angefüllt wird, und übersteigt endlich

der Druck der Wehe den Widerstand der Wandung der Blase, so berstet diese. Nach dem Blasensprunge nimmt das Contentum des Uterus immer mehr an Umfang ab, wodurch eine Verdickung der Wandung des Körpers und Grundes, und damit eine immerhin etwas kräftigere Wirkung bei den nochmaligen Contractionen erzielt wird. Ist der Muttermund völlig erweitert (steht der Kopf in der Krönung), so bilden Gebärmutter und Scheide einen langen Schlauch, an dem nur noch durch eine Einschnürung, oder eine vorspringende Falte die Stelle der Vaginalportion angedeutet wird, und von Seiten des Uterus erfährt die Vorbewegung des Kindes keinen Widerstand mehr. Die Drehungen des Kindes erfolgen einfach nach dem Gesetz des Parallelogramms der Kräfte, und diejenige Kraft, welche von dem Uterus ausgeüht wird, wirkt nur in der Richtung der Längsaxe des kindlichen Körpers auf die Verbindungestelle der Wirbelsäule mit dem vorangehenden Kopfe. während die anderen nur der Gestalt des Beckenkanals ihren Ursprung verdanken und ihre Richtung je nach der Stelle desselben; in der der Kopf steht, äudern. - Höchst anziehend sind die Mittheilungen von Hecker, welche derselbe unter dem Titel: Beiträge zur Lehre von der Todesart der Kinder während der Geburt, mit Bezug auf die Theorie von der Placentarrespiration in der Sitz. v. 10. Mai vorlegte. Hinsichtlich der Art, wie die Aufhebung des Kreislaufes zwischen Mutter und Kind zu Stande kommen kann, giebt es nach des Ref. Ansicht drei Möglichkeiten: 1) Es werden durch einen auf die Nabelschnur ausgeübten Druck die Gefässe derselben verschlossen, und es gelangt kein in der Placenta verändertes Blut zum Foetus. 2) Es erfolgt eine vorzeitige Trennung der Placenta vom Uterus und der Austausch zwischen mötterlichem und foetalem Blute wird so direct aufgehoben. 3) Die normale Verbindung wird nicht gestört, aber von Seiten der Mutter wird kein Blut mehr an die Placenta zum Austausche herangeführt. was beim Tode der Mutter der Fall ist. Ref. theilt mehrere auf die 3 genannten Punkte bezügliche Beobachtungen mit. --- Endlich erzählt Hoogeweg drei Geburtsfälle hydrocephalischer Kinder. In 2 Fällen verrichtete Ref. die Punction und liess einmal die Wendung und Extraction nachfolgen; im dritten Falle war der Kaiserschnitt nothwendig, da die Gebärende bei seiner Ankunft bereite verschieden war. - Unsere Leser ersehen aus vorstehendem Referate, dass der neueste Band dieser Verhandlungen den früheren au Reichhaltigkeit des Stoffes und an interessanten Beobachtungen nicht nachsteht und dass sich auch hier das alte Wort bewährt: ...Vis unita fortior". E. v. S.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

## VII.

# Ueber die Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopfe.

#### Von

### Professor Dr. Piers Uso Walter

in Dorpat.

Welcher Geburtshelfer wird es jetzt noch in Zweifel ziehen wollen, dass die Geburten, bei denen sich das Becken-· ende des Kindes (Steiss oder Füsse) von selbst ins Becken der Matter stellt, oder durch den Geburtshelfer bei der Wendung in dasselbe gebracht wird, durch die Naturkräfte allein beendigt werden können. Deutlich und klar lehrt dies die Erfahrung am Geburtsbette. Eben so gewiss lebrt aber dieselbe auch, dass diese Geburten, wenn sie gleich in Aligemeinen nicht schwerer, ja bisweilen für die Mutter leichter als Kopfgeburten verlaufen, demohngeachtet für das Kind mit bedeutend grösserer Gefahr verbunden zu sein plegen, als es bei Kopfgeburten der Fall ist. Die hauptsichlichste Gefahr für das Leben des Kindes liegt in der Compression des Nabelstranges zwischen Kindskopf und Bektenwandungen und in der bedeutenden Verkleinerung der Gebärmutter, nachdem der Körper des Kindes schon gebo-Honsteechr. f. Geburisk. 1884. Bd. Hl. Hft. 2. 6

## 82 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

ren ist. Indem nämlich der Kindskörper nur in demselben Verhältniss geboren werden kann, als sich die ganze Gebärmutter zusammenzieht, muss auch natürlicher Weise die Partie derselben, mit welcher der Mutterkuchen verbunden ist, in demselben Maasse verkleinert werden. Der Verkleinerung dieses Theils der Gebärmutter muss Verengerung, selbst wohl Schliessung der vom mütterlichen Körper zum Mutterkuchen dringenden Blutgefässe, somit behinderte Umänderung des Fötalblutes im Mutterkuchen und so Erstikkung des Fötus folgen. Auch kann wohl der Mutterkuchen durch diese starke Zusammenziehung der Gebärmutter ganz von dieser letztern getrennt werden, wo dann gleichfalls die eben erwähnten Folgen für den Fötus eintreten müssen. Die starke Contraction der Gebärmutter nach der Geburt des Kindskörpers wirkt also auf dieselbe Weise, wie Compression des Nabelstranges, in beiden Fällen Erstikkungstod des Fötus erzeugend. Nachtheilig, wenngleich von geringerer Bedeutung sind ferner das Erkalten des Kindskörpers, während der Kopf noch in den Geschlechtstheilen der Mutter seine frühere Temperatur beibehält, das Kaltwerden des Nabelstranges und die dadurch leicht erzeugte Gerinnung des Blutes in den Gefässen desselben, die öftern vergeblichen Versuche des theilweise gebornen Kindes die Lungenrespiration einzuleiten, die dasselbe demohngeachtet noch nicht vollständig herzustellen im Stande ist. Je länger natürlich die Ausstossung des zuletzt kommenden Kopfes zögert, desto länger üben diese Momente ihren nachtheiligen Einfluss aus und desto sicherer ist die Gefahr, die dem Kinde aus ihnen erwächst. Daher hat denn auch die Erfahrung gelehrt, dass bei längere Zeit dauernden Zögerungen dieses Actes das Leben des Kindes alle Mal als ein dem Tode verfallenes angesehen werden muss. Die Angaben der Geburtshelfer in Beziehung auf die Dauer dieses Zeitraumes sind indess verschieden, indem sie zwischen 6 bis 12, ja 15 Minuten wechseln. Der letztgenannte Termin ist gewiss schon als ein zu langer anzusehen. Soll das Kind daher ohne solche Gefahr von der Kraft der Gebärmutter allein zur Welt gebracht werden, so muss diese in demselben Verhältniss wie die Geburt fortschreitet, auch

an Intensität zunehmen, um das Kind, das mit seinem weniger umfangreichen Ende (Füsse oder Steiss) zuerst geboren wird, auch dann, wenn seine stärkern Theile (Schultern und Kopf) geboren werden sollen, mit hinreichender Schnelle zur Welt zu bringen. Soll also die Geburt bei den Fuss- und Steisslagen, auch bei sonst günstigen Grössenverhältnissen zwischen dem Kindskopfe und dem Bekken der Mutter, für das Kind glücklich verlaufen, so muss Wehenthätigkeit von ihrem ersten Beginn an bis zur vollständigen Ausstossung des Kindes sich mehr und mehr steigern, d. h. sie muss ununterbrochen an Kraft zunehmen. Dagegen lehrt aber die Erfahrung, dass nach der Geburt iedes grössern Kindstheiles alle Mal eine kürzere oder läugere Wehenpause eintritt, nach deren Verlauf sich wieder neue Zusammenziehungen der Gebärmutter zeigen. Es muss sich nach dem plötzlichen Hervortreten eines grössern Theils, die schneller wie gewöhnlich entleerte Gebärmutter wieder stärker zusammenziehen, muss den noch in ihr enthaltenen Theil erst fest umklammern, um ihn dann wieder fortzubewegen. So sieht man dies bei den Kopfgeburten, wo nach Austreibung des Kopfes nicht leicht unmittelbar, sondern gewöhnlich erst nach einiger Zeit die schmälern Schultern folgen, so tritt nach der Geburt des Steisses. ehe der übrige Körper folgt, ebenfalls eine Pause ein, so beobachten wir dies vorzugsweise nach Austreibung der Schultern, ehe der Kopf folgt. Nur zu oft wird aber in diesem letztern Falle die Pause eine zu lange währende. nur zu oft schweigt die Wehenthätigkeit bei diesen Geburten, wenn das Kind bis zu den Schultern geboren ist, oder selbst, wenn diese schon durchgetrieben sind, für einige Zeit ganz, und Stockung des Geburtsverlaufes durch Mangel der austreibenden Kraft ist die Folge. Hierbei ist nun noch zu herücksichtigen, dass der Kopf bedeutend grössere Maasse, als die bisher gebornen Kindstheile darbietet, daher einer viel grösseren Kraft zur Durchtreibung bedarf; dass er ferner wohl schon in die Scheide gedrängt, also der unmittelbaren Einwirkung der Muskelfasern der Gebärmutter ganz entzogen sein kann. Wohl steigert sich wieder die Uterinkraft, steigert sich, wie die Erfahrung lehrt, oft sehr

### 84 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

bedeutend, indem die Gebärmutter durch Verkleinerung ihres Umfanges an Dicke der Wandungen um das Doppelie, ja Dreifache zugenommen hat, wohl treibt dann die Wehenkraft das Kind mit erneuter Stärke aus, aber die Zögerung war eine zu lange, das Kind ist der Dauer dieses Mementes erlegen; wohl wird es geboren, aber es wird todt geboren. Diese Erfahrung macht der Geburtshelfer nur su oft am Geburtsbett, namentlich da, wo die Geburten durch Hebammen geleitet werden, denen ja in den meisten Ländern die Zange anzuwenden nicht erlaubt ist. Diese Erfahrung hat mich schon seit einer längern Reihe von Jahren bewaken, bei Fuss- und Steissgeburten, mögen sie durch die Natur erzeugt, oder durch Kunst mittelst der Wendung hervorgebracht sein, sobald die Hüften zum Einsehneiden kommen, rasch nach einander einige grössere Gaben Secale cornutum zu geben. Ich habe dies Verfahren nicht ohne Erfolg angewandt. Die bald eintretende Wirkung des so gegebenen Mutterkorns steigert die Wehenkraft im Verlauf der Geburt, und diese zeigt in ihren letzten Momenten einen raschern Hergang und eben deshalb auch einen günstigern Ausgang in Boziehung auf das Leben des Kindes.

Wo aber diese Zögerung in der Durchtreibung des zuletzt kommenden Kindskopfes eintritt, da ist zur Rettung des Kindeslebens die rasche Ausziehung des Kopfes unumgänglich nöthig. Als das einfachste, am nächsten liegende und daher auch zuerst anzuwendende Verfahren empfiehtt sich hier die Entwicklung desselben mit den Händen, nach den von den verschiedenen Geburtshelfern verschieden angegebenen Methoden. Nur zu oft lässt uns aber diese Entwicklung des Kopfes mit den Händen in Stich; sie gelingt entweder gar nicht, oder zu spät; oder sie übt wohl selbst, wenn sie nicht sehr vorsichtig in Gebrauch gezogen wird, durch Druck auf den Unterleib des Kindes, besonders aber durch Dehnung der Wirbelsäule und somit des Rückenmarks, einen verderblichen Einfluss auf das Kind aus. Hier ist es, wo die Zange so ganz an ihrer Stelle ist; wo sie, in geübter Hand allen Anforderungen entsprechend; tute, cito et jucunde hilft. Tute hilft sie, indem der mit ihr gefasste Kopf ohne Gefahr für das Leben oder die Gesundbeit des Kindes und der Mutter durch die, während der bisherigen Geburtsdauer schon aufgelockerten und ausgedehnten und somit vorbereiteten Geschlechtstheile durchgeführt werden kann, sicherer als dies durch irgend ein anderes Verfahren möglich ist. Cito hilft die Zange, indem der Geburtshelfer bei ausgedehnten Geschlechtstheilen hier in der Regel mit einer geringern Kraftanstrengung den Kopf zu entwickeln vermag, und sie thut es endlich jucunde, indem der Frau wohl die Schmerzen nicht erspart, diese aber auch nicht vermehrt, sondern blos auf die kurze Zeit einiger Tractionen zusammengedrängt werden.

Wenn bei den Geburten mit vorankommendem Kopfe die Zange von verschiedenen Geburtshelfern in sehr verschiedener Frequenz angewandt wurde und gewiss noch sagewandt wird, wenn wir nach Kilian's 1) Zusammenstellung, um nur die Extreme anzuführen, finden, dass Denmen unter 728, ja Jos. Clarke erst unter 741 Geburten nur I Mal die Zange in Gebrauch zog, während Stein der jüngere 2 Mai unter 11 Geburten zu ihr seine Zuflucht nahm, so sicht man schon daraus, wie das Instrument in diesen Lagen gewiss bald zu selten, bald wiederum zu häufig in Gebrauch gezogen wird. Dass viele deutsche Geburtshelfer die Zange zu oft anwenden, ist wohl keinem Zweifel anterworfen, und tritt uns besonders auffallend entgegen, wenn wir die Angaben mehrerer derselben mit denen der Engländer und Franzosen zusammenstellen. Wie häufig lehrt die Erfahrung, dass selbst in Fällen, wo mit der höchsten Wahrscheinlichkeit bei Kopfgeburten die Anwendung der Zange nothwendig erscheint, ein ruhiges Abwarten, oft darch 2, 3 selbst 4 Mal 24 Stunden, allmälig Umformung des Kindskopfes und Anpassen an den gegebenen Beckenraum erzeugt und so die Geburt eines lebenden Kindes ohne Gefährdung der mütterlichen Gesundheit zu Stande kommt, wo eine früh angelegte Zange eine schwere und gewiss der Mutter und dem Kinde gefährliche Operation

<sup>1)</sup> Kilian, Operationslehre für Geburtshelfer etc. 2te Aufl. 4te Lief. 8. 554. Bonn 1845. Kilian, Geburtslehre etc. 2te Aufl. 2ter Bd. 8. 213.

### 86 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

verursacht hätte. Wenn daher bei Kopfgeburten der Geburtshelfer sehr oft zögern und abwartend verfahren und von dieser Zögerung sehr häufig einen günstigen Rinfluse auf den weitern Verlauf der durch die Naturkraft beendigten Geburt, oder auf die später vielleicht doch nöthig werdende Operation erwarten darf, so verhält sich dies bei dem zuletzt kommenden Kopf ganz anders. Nichts rettet hier das Kind, nichts entfernt hier die demselben drohende Gefahr, als eine rasche Beendigung der Geburt. Wo die Zusammenziehungen der Gebärmutter, oder die Hände des Geburtshelfers nicht genügen, findet die Zangenoperation ibre Anzeige. Zweifel über die wirklich stattfindende Anzeige zum Gebrauch des Instrumentes in diesen Fällen finden hier gewiss viel seltener statt. Abwarten tödtet; ein anderes Verfahren besitzen wir nicht, denn der von Burns \*) empfohlene Hebel passt doch nur in den leichtesten Fällen, ist ein nur unvollkommener Ersatz der Zange und hat wohl dieselben Folgen wie diese. Es ist auch gar kein Grund einzusehen, weshalb der Geburtshelfer hier überhaupt mit der Anwendung der Zange zögern soll. Die feinen Blätter derselben können leicht neben den Kopf in die Geschlechtstheile geführt werden, sie verlangen viel weniger Raum als die Hände bei der mit diesen vorgenommenen Entwicklung des Kopfes, dem Kinde erwächst in diesen Fällen aus der Zange höchst sekten, wenn überhaupt, Gefahr. Denn hier wirkt das Instrument namentlich nicht durch Druck, sondern fast nur durch Zug. Auch bei der Mutter ist die aus der Anwendung der Zange entspringende Gefahr eine viel geringere als bei vorauskommendem Kopfe, weil hier die Entwicklung desselben durch die schon vorausgegangene Auflockerung und Ausdehnung der Geschlechtstheile immer um Vieles leichter zu erfolgen pflegt, und aus demseiben Grunde die Geschlechtstheile selbst, namentlich der Damm, viel seltener Verletzungen ausgesetzt sind. Eine schwere Entwicklung des zuletzt in den Geschlechtstheilen befind. lichen Kopfes mit der Zange ist überhaupt eine seltene Br-

<sup>1)</sup> Burns, Handbuch der Geburtsbülfe. Aus d. Engl. Bonn 1824, S. 450.

scheinung, und würde, verglichen mit einer Zangenoperation bei vorankommendem Kopfe, immer als eine leichte angeschen werden müssen.

Auffallend ist es daher, wie die ausgezeichnete Madame Lechapelle 1) und Madame Boivin 2) sich so bestimmt gegen diese Operation ausgesprochen haben; es wird das Varwerfen der so wichtigen Operation nur erklärlich, wenn mon sieht, dass dies fast blos von Frauen geschehen ist, wihrend von den meisten Geburtshelfern die hohe Bedeutang dieses operativen Verfahrens anerkannt wird. Unter den Ausnahmen muss ich hier Vogler nennen, der sich auch miz gegen den Gebrauch der Zange in diesen Fällen er-Hirt •). Wenn Mad. Boivin in der angeführten Stelle angebt, dass unter 611 primären Steiss-, Fuss- und Knielagen, so wie in 157 anderen Lagen, in denen die Wendung af die Füsse nöthig wurde, also in 768 Beckenendlagen sich niemals die Anlegung der Zange nach dem Austritt des Rumpfes nöthig zeigte, dass überhaupt nur in einer tkinen Zahl dieser Beckenendgeburten Kunsthülfe nöthig war (44 Mal in 611 Fällen), dass die bei weitem grössere lebrzahl (567 unter 611) natürlich geboren wurde, so sind diese Angaben, so genau sie scheinen, doch ungenügend, un zu einem sichern Resultate zu gelangen. Wenn dies der Fall hätte sein sollen, so hätte auch genau angegeben werden müssen, wie viele von diesen Kindern lebend und todt zur Welt kommen, und wie viele bald nachher, in den ersten Tagen nach der Geburt starben. Dass die Naturkraft auch diese Art der Geburt in den meisten Fällen allein zu beendigen im Stande ist, hat wohl schon lange kein Geburtshelfer bezweifelt; dass da, wo die Hand der Naturtraft helfend beisteht, dies noch leichter geschieht, ist ebenfills schon lange erwiesen. Nur die Gefahrlosigkeit solcher

1) Lachapelle, pratique des accouchemens etc. p. 77 etc. — 2) Boisin, Handbuch der Geburtshülfe etc. Aus dem Franz. von Bobert. Kassel u. Marburg 1829. S. 338 ff. — 3) Ueber die Anwendung der Zange nach der Extraction des Rumpfes bei festsitsendem Kopfe, von Vogler. Neue Zeitschrift für Geburtskunde, XXVI, 3. Geburten, namentlich in Beziehung auf das Kind, wurde in Zweifel gezogen und diese Zweifel sind durch die mangelhaften Angaben aus der, wenn gleich reichen Brfahrung der Mad. Boivin keineswegs beseitigt worden. Von der Madame Lachapelle spricht Kilian<sup>1</sup>) es bestimmt aus, dass die Scheu gegen diese Operation ihre Erklärung darin fände, dass dieselbe trotz ihrer eminenten Geschicklichkeit (namentlich manuellen Fertigkeit), sie dennoch nicht recht auszuführen verstand. Ein gleiches Urtheil muss auch über Mad. Boivin gefällt werden, wovon man sich leicht überzeugt, wenn man den Abschnitt über die Zangenoperation überhaupt, namentlich aber über den Gebrauch des Instrumentes bei zuletzt kommendem Kopfe genau durchliest und die dazu gehörigen Kupfertafeln mit Aufmerksamkeit betrachtet.

Um zu genauern Resultaten in Beziehung auf diese Operation zu gelangen, habe ich die in den letzten 18 Jahren von mir verrichteten Zangenapplicationen bei zuletzt kommendem Kopfe zusammengestellt. Ich habe blos diese letzten 18 Jahre meiner Praxis dazu benutzt, weil ich blos über diesen Zeitraum ganz genaue Krankengeschichten über alle von mir verrichteten Operationen besitze, die jedes Mal unmittelbar nach der Beobachtung von mir niedergeschrieben wurden. Aus früherer Zeit, aus den frühern 15 Jahren meines Lebens als practischer Arzt, sind meine Notizen viel weniger genau; mancher Fall ist nur kurz skizzirt, mancher nur notirt, so dass hier die Erinnerung hätte aushelfen müssen. Wie wenig man sich aber auf das Gedächtniss allein, nach einem Zeitraum von vielen Jahren, verlassen darf, wo es auf die genaueste Angabe aller Verhältnisse ankommt, braucht hier wohl nur erwähnt zu werden.

Einunddreissig Mal bin ich in dem erwähnten Zeitraum gezwungen gewesen, die Zange bei zuletztkommendem Kopfe anzuwenden. In welchem Verhältniss die Beckenendgeburten, die durch die Naturkraft allein beendigt wurden, zu denen stehen, wo die Zange nöthig wurde, bin ich nicht im Stande anzugeben. Ein solches Zahlenverhältniss lässt

1) Kilian, Operationslehre etc. 4te Lief. S. 588.

sich überhaupt wohl nur mit Genauigkeit in Gebärhäusern und geburtshülflichen Kliniken aufstellen, während dies in der Privatpraxis viel schwerer ist, oder zu falschen Resultaten führen würde. Viel schwerer ist es, weil wohl nur höchst selten alle Geburten mit gesundheitsgemässem Verlaufe ganz genau mit allen Binzelnheiten angemerkt werden; zu unsichern, selbst falschen Resultaten führend, weil der Geburtshelfer vorzugsweise nur zu den schwierigern Geburten hinzugerufen wird und sich so in seiner Praxis die Zahl der Fälle häufen muss, in denen Kansthülfe nothig ward. Aber selbst die Resultate einer kleinern geburtshulflichen Klinik sind nichts weniger als sicher in dieser Beziehung; in eine solche Anstalt werden nur zu oftversäumte Geburtsfälle aus der Stadt und der ganzen Umgegend aufgenommen, die bei früherer zweckmässigerer Behandlung wohl ein ganz anderes Verfahren verlangt haben Ausserdem darf nicht übersehen werden, dass würden. der akademische Lehrer in der Klinik wohl hin und wieder einmal die Zange anlegt, selbst wo sie nicht dringend angezeigt ist, blos um die Anwendung derselben seinen Zuhörern zu zeigen, und auch ein Recht hat, sie in solchen Fällen in Gebrauch zu ziehen, wenn er nur die nothwendige Gewandtheit im Gebrauch des Instruments besitzt und dabei genau bestimmt, wo das vielleicht etwas früh angewandte Instrument bei geschickter Application nicht zu sohaden im Stande ist.

Die angegebenen 31 Zangenoperationen wurden bei 28 Frauen verrichtet, indem bei drei von ihnen Zwillingsschwangerschaften stattfanden, wo bei beiden Kindern der zuletzt kommende Kopf mit der Zange entwickelt werden musste. Ausserdem kamen bei diesen 28 Frauen noch dret Mal Zwillingsgeburten vor, wo nur bei einem Kinde die Operation nöthig wurde, so dass auf 5 Fälle der am zwletzt kommenden Kopfe angelegten Zange eine Zwillingsgeburt kommt, und durchschnittlich unter 7 Zangenoperationen bei zuletztkommendem Kopf diese 2 Mal Zwillingskinder betraf. Diese unverhältnissmässig grosse Frequenz der Anwendung der Zange bei Zwillingen im Verhältniss zu einfachen Fuss- und Steissgeburten erklärt sich wohl

### 90 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

durch die stärkere Ausdehnung der Gebärmutter während der Schwangerschaft, durch die unverhältnissmässig schnellere Entleerung derselben, und durch die, bei diesen beiden Verhältnissen leichter als bei einfacher Frucht erzeugte Wehenschwäche, die bei zuletztkommender Frucht so hänfig gefährliche Zögerungen im Geburtsverlauf zu erzeugen im Stande ist. Bei diesen 9 Zwillingskindern, bei denen der zuletztkommende Kopf mit der Zange entwickelt werden musste, betrafen 6 Fälle primäre Steisslagen, während 8 Mal bei Querlagen des Fötus diese durch die Wendung in Fusslage verwandelt werden musste. Bei diesen 6 Steisslagen kam 5 Mal die 2te Hauptart, und zwar 3 Mal die erste Unterart, 2 Mal die 2ten Unterart vor, während nur ein Mal der Fötus in der 1sten Hauptart, 2te Unterart ins Bekken trat 1). Die 3 Querlagen bei diesen Zwillingageburten zeigten die rechte Schulter vorliegend, mit dem Rücken nach hinten und dem Kopf in der rechten Seite der Mutter-(2te Hauptart, 2te Unterart). Von diesen 9 Zwillingskindern kamen 5 lebend, 4 todt zur Welt, zwei von diesen letztern nach vorausgeschickter Wendung, zwei bei primärer Steisageburt. Von den beiden ersten starb das eine Kind durch zu frühe Lösung seiner Nachgeburt nach Extraction des 1sten Kindes und dadurch bedingte heftige Blutung; das 2te unterlag offenbar der Operation (Wendung auf 1 Fuss, Ausstossung des Kindskörpers durch die Wehen, Lösung der Arme und Entwickelung des Kopfes mit der Zange). Es war ein stärkeres Kind als das zuerst geborene, zeigte noch deutlich Herzschlag, konnte aber nicht mehr ins Leben zurückgebracht werden. Von den andern beiden Zwillingskindern, bei denen die Zange bei Steissgeburten an den Kopf angelegt ward, unterlag das 1ste Kind der sehr langsam verlaufenden Geburt (69 Stunden), verbunden mit darauf folgender Anwendung der Zange; bei dem andern Kinde fand gleichzeitig Vorfall des Nabelstranges statt, der sich schon vor der Zangenoperation vollkommen pulslos zeigte.

1) Alle Lagenbestimmungen sind nach Nägele d. Vater.

Den erwähnten 81 Zangenanwendungen bei zuletztkommendem Kopfe mussten in mehreren Fällen bei verschiedenen Lagen des Kindes andere Operationen vorausgeschickt werden. 3 Mei fanden Schädellagen statt, bei denen 1 Mal wegen Placenta praevia und 2 Mal wegen Vorfall des Nabelstranges die Wendung auf die Füsse mit nachfolgender Extraction vorgenommen wurde. 8 Mal zeigten sich Querlagen des Kindes (1ste Hauptart 1ste Unterart 2 Mal, 2te Hauptart 1ste Unterart 1 Mal, und 2te Hauptart 2te Unterart 5 Mal). 2 Mal waren die Querlagen mit Vorfall des Arms und ebenso oft mit Vorfall des Nabelstranges complicirt. - Primäre Steisslagen erforderten 18 Mal die Zange, und zwar die 1ste Hauptart 1ste Unterart 1 Mal. 1ste Hauptart 2te Unterart 5 Mal, 2te Hauptart 1ste Unterart 8 Mal, 2te Hauptart 2te Unterert 4 Mal. 3 Mal zeigte sich bei diesen primären Steisalsgen Vorfall des Nabelstranges. Endlich machte 1 primäre Frühgeburt (1ste Hauptart 1ste Unterart) und eine halbe Kniegeburt (2te Hauptart 1ste Unterart) die Anwendung der Zange nothwendig.

Unter den so entbundenen Frauen waren 11 Erstgebärende, bei 7 fand die 2te Geburt statt, bei 2 Frauen war es die 3te Geburt, bei 4 die 4te, die 5te und 6te war en bei je einer, und die 9te bei 2 Frauen. In Beziehung auf Anomalien bei den vorausgegangenen Geburten dieser Frauen, ist hier zu bemerken, dass 1 Frau bei 3 Geburten jedes Mal eine Steisslage darbot <sup>1</sup>), die bei einer 2ten unter 5 Geburten 2 Mal vorkam; bei einer 8ten zeigte sich bei allen Schwangerschaften Querlage des Fötus, 5 Kinder musste ich bei 4 Geburten auf die Füsse wenden, da 1 Mal Zwillingsschwangerschaft stattfand, ja selbet bei einer 5. Schwangerschaft, die nicht ihr gesetzmässiges Ende erreichte, kam das unreife Kind mit der Schulter voran. Eine sehr genau vorgenommene Beckenmessung zeigte keine andere Abwei-

1) Das häufige Vorkommen der Steisslagen bei derselben Frau ist von mir mehrmals beobachtet worden. So habe ich mehrere Geburten bei einer Frau geleitet, die bei 8 Schwangerschaften alle Mal Steisslagen darbot, wo aber nie Kunsthülfe nöthig war.

### 92 VII. Dr. Watter, über die Anwendung der Zange

chung vom normalen Ban, als auffallend flach liegende Hüftbeinschaalen und verhältnissmässig grossen Abstand der beiden Huftbeinkämme von einander 1). Zwei Frauen zeigton Verengerung des Beckens, und die eine eine Conjugata von 84 Zoll mit tiefem Stande des Vorberges. Die 1ste und 2te Geburt hatten Steisslage gezeigt, die 8te war eine schwer verlaufende Kopfgeburt, bei der 4ten fand Querlage statt. Die 2te Frau hatte die beiden ersten Kinder mit dem Kopfe voran schwer geboren, die 8te Geburt war eine Steissgeburt, bei der das Kind mit der Bauchfläche nach vorn gewandt geboren ward, bei der 4ten Schwangerschaft zeigte sich Querlage. - Bei einer Frau fand bei 3 nach einander folgenden Schwangerschaften Placenta praevia statt, das 1ste Mal mit Querlage (Tamponade, Wendung und manuelle Extractionen), das 2te Mal zeigte sich bei Kopflage regelmässiger Geburtsverlauf ohne bedeutende Blutung. Das Ste Mal trat heftige Blutung ein, noch ehe die Kranke in die geburtshülfliche Klinik kam. Bei vorliegendem Kopf stillte der Tampon die Blutung vollständig, doch forderten die deutlich ausgesprochenen Erscheinungen der Blutleere dringend die Beendigung der Geburt durch Wendung und Extraction an den Füssen. Bei 2 Frauen waren alle frühern Geburten (bei der einen 5, bei der anderen 8) gut verlaufen, während bei der Isten die 6te und bei der 2ten die 9te Geburt Ouerlagen darboten. Eine Frau war früher in einer der grössten Hauptstädte Deutschlands 2 Mal mit der Zange bei Kopfgeburten entbunden worden; bei der Sten Geburt zeigte sich Querlage und verlangte Wendung auf die Füsse, nebst nachfolgender Extraction des zuletzt kommenden Kopfes mit der Zange. Hierbei konnte ich mich zugleich von dem sehr guten Baue des Beckens überzeugen; so dass ich die nächstfolgende 4te und 5te Geburt, bei vorankommendem Kopfe, den Naturkräften allein zu überlassen im Stande war.

Was das Alter dieser Frauen anbelangt, so ist bei 4 von ihnen dasselbe nicht bemerkt worden.

<sup>1)</sup> Neue Zeitschrift für Geburtskunde, XVL, 2.

#### bei suletst kommendem Kopfe.

In einem Alter von 20-25 Jahren waren 12 Frauen.

"	**	"	26 30	,,	<b>39</b> -	6.	. ,,,
,,	"	"	31 35	**	"	. 3	<b>,,</b>
<b>7</b> 1	37	37	36 - 40	"	57	2	• ,,
		,	48 Jahr	war 1	Frau	alt.	,

Bei diesen 28 Frauen, bei denen 31 Mal die Enthindung zuletzt mit der Zange beendigt ward, blieb bei 25 derselben der Damm unverletzt, bei 3 von ihnen erfelgte ein Einriss von so unbedeutender Ausdehnung, dass derselbe gar keine Kunsthülfe verlangte <sup>1</sup>).

Die Unterstützung des Dammes bei zuletzt kommendem, namentlich aber bei zuletzt mit der Zange durchgeführtem Kopf, ist gewiss nach ganz' anderen Grundsätzen zu beurtheilen, als dies bei den Kopfgeburten der Fall sein Bei diesen zuletzt erwähnten Geburten sucht der muss. Geburtshelfer durch seine unterstützende Hand dem Damm eine Unterlage zu gewähren, damit derselbe bei dem allmäligen Andrängen des Kopfes an denselben eine Stätze finde, und so eine zu schnelle, namentlich örtliche Ausdehnung verhütet werde. Das Bestreben des Geburtshelfers ist demnach dahin gerichtet, die Geburt des Kopfes in den letzten Augenblicken zu verlangsamen und so dem Damme mehr Zeit zur Auflockerung und Ausdehnung zu bieten. Der Geburtshelfer darf diese Verzögerung hervorrufen, indem es bei den Konfgeburten weder der Mutter, noch dem Kinde Gefahr bringt, wenn die Geburt in dieser Periode etwas langsamer verläuft. Ganz anders verhält es sich aber mit dem zuletzt kommenden Kopfe bei, den Steiss- und Fussgeburten, besonders wenn dieser mit der Zange herausbe-

1) Will man über die Grösse eines solchen Dammrisses ein richtiges Urtheil fällen, so muss man sich sehr hüten, dies unmittelbar nach der Geburt zu thun. Ein solcher Einriss sicht im ersten Augenblick bei dem durch die Geburt ausgedehnten, erschlafft herabhängendem Damm alle Mal bedeutend grösser aus, als er wirklich ist. Nimmt man nach 24 Stunden die Besichtigung der verletzten Theile vor, so tritt uns jetzt erst, in dem unterdess sehon sommahirten Damm, die eigentliche Grösse des Einrisses, um ein Besleutendes kleiner, als es ärüher schien, entgegen.

## 94 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

fördert wird. Wonn der Geburtshelfer es als feststehende Regel annehmen muss, dass die geburtshülflichen Operationen nicht zu schnell verrichtet werden dürfen, dass im Gegentheil bei ihnen ein langsames, ruhiges Verfahren Vorzüge vor einem raschen Operiren gewährt, so macht hiervon die Zangenoperation bei zuletzt kommendem Kopfe eine Ausnahme. Ruhig und besonnen muss die Operation verrichtet werden, das versteht sich von selbst, aber auch zu gleicher Zeit schnell. Eine langsam vorgenommene Operation beendet wohl die Geburt, beendet sie aber auf Unkosten des Kindes, das durch den stattfindenden Zeitvertust das Leben verliert. Absichtliche Verzögerung in diesem Moment der Geburt oder der Operation von Seiten des Geburtshelfers würde geradezu im höchsten Grade nachtheilig sein, da jede Verzögerung so leicht den Leben des Kindes verderblich werden muss. Eine resche Beendigung der Geburt ist hier unumgänglich nöthig. Die weichen Geburtstheile sind durch den bisherigen Geburtsverlauf schon aufgelockert, so wie durch die Geburt des Kindskörpers schon ausgedehnt, dass sie dadurch weniger zu Einrissen hinneigen und reschere Beendigung gestatten. Die Natur selbst zeigt uns denselben Hergang bei den von ihr allein beendigten Steiss- und Fussgeburten, wenn wir dieselben nur mit Aufmerksamkeit beobachten. Durch oft mehrere Stunden anhaltende Wehen wird der Steiss des Kindes zur Welt gebracht, viel schneller schon folgen die Schultern, und nun wird, nach einer Pause, der Kopf plötzlich, oft von einer einzigen Wehe durchgedrängt. Um nun auch bei der Zangenoperation bei zuletzt kommendem Kopfe dies von der Naturkraft beobachtete Verfahren zu befolgen, muss hier der Damm nur leicht und vorsichtig unterstützt werden, ja der Geburtshelfer kann sich in schwierigen Fällen genöthigt sehen, um das Kindesleben durch eine rasche Entwicklung des Kopfes zu retten, die Unterstützung des Dammes ganz aufzugeben, auf die Gefahr hin, dass ein Einriss erfolge, der aber, wie ich schon angegeben habe, glücklicher Weise hier nicht so leicht eintritt und noch seltner eine irgend nur bedeutende Grösse erlangt. Ganz mit dieser Ansicht übereinstimmend äusserte sich schon früher Jörg über diesen Gegenstand. "Da die Ausziehung des zuletzt kommenden Kopfes keine Zögerung verträgt, wenn sie das erwünschte Resultat, ein lebendes Kind, gewähren soll, so kann auch auf das Mittelfleisch weniger Rücksicht genommen werden, als wenn der Kopf den vorausgehenden Theil abgiebt. Das dem Geburtshelfer in dergleichen Fällen, in welchen die Rettung des Kindes allen übrigen Anforderungen vorgeht, zur Sicherung des Dammes erlaubte Verfahren besteht in einer möglichst ruhigen und gleichmässigen, dem individuellen Bau des Mittelfleisches in jeder Hinsicht entsprechenden Durchführen des Kopfes durch den Bechenausgang, während sich die Gebärende alles Pressens nach unten streng enthält und die völlig ausgestreckten Schenkel in den Knieen nicht weiter als eine halbe Elle von einander spreitzt."<sup>1</sup>)

Dreiundzwanzig von den von uns zu betrachtenden 28 Frauen blieben nach der Entbindung vollkommen gesund; bei einer entwickelte sich Endometritis, die sich aber bald beseitigen liess; bei 2 Frauen traten nervöse Frostanfälle im Wochenbett auf, die durch schwefelsaures Chinia rasch gehoben wurden. Zwei Frauen endlich starben. Die eine von diesen unterlag einer Metrophlebitis, die sich nach sehr starkem Blutverlust hei Placenta praevia entwickelte. nachdem die Tamponade der Scheide, Wendung auf die Füsse und Extraction des Kindes mit zuletzt kommender Application der Zange hatte vorgenommen werden müssen. Die 2te Frau wurde, dem Tode nahe, 2 Meilen weit, bei rauher Herbstwitterung in die hiesige geburtshülfliche Klinik gebracht, nachdem 48 Stunden, bei Ouerlage des Kindes mit vorgefallenem Arm, unter vielfachen Misshandlungen roher Weiber verflessen waren. Im Scheidengewölbe fanden sich zwei gresse in die Bauchhöhle eindringende Rinrisse, von denen der eine so bedeutend war, dass ich die Hand durchzuftthren im Stande gewesen wäre. Die Frau starb sohr bald nach Beendigung der Entbindung.

Bei einer Frau wurden Zwillinge, die sich beide in der

<sup>1)</sup> Jörg's Handbuch der Geburtsbülfe. 3te Aufl. Leipzig 1833. §. 485.

Steisslage zur Geburt stellten, wegen heftiger Eclampsie parturientium schnell durch manuelle Extraction, welcher zuletzt bei beiden Kindern die Anwendung der Zange nachfolgen musste, aus der Gebärmutter heraus befördert. Mutter und Kind blieben vollkommen wohl <sup>1</sup>).

Was die 31 Kinder anbetrifft, die bei diesen Operationen zur Welt gebracht wurden, so geigten blos 6 von ihnen gleich bei der Geburt die Erscheinungen eines kräftigen Lehens. 18 kamen scheintodt zur Welt, konnten aber wieder ins Leben zurückgerufen werden. Dagegen boten 2 Kinder noch deutliche Spuren eines noch nicht vollständig erloschenen Lebens dar, Herzschlag, selbst schwache Respirationsversuche, die sich aber unter den fortgesetzten Bemühungen zur vollständigen Belebung genz verloren. 10 Kinder kamen todt zur Welt, von denen 5 deutliche Souren eines schon früher stattgefundenen Todes, meist einer mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Fäulniss darboten. 19 Kinder wurden also am Leben erhalten, während 12 todt waren. Was die Ursachen dieser grössern Sterblichkeit enbelangt, so müssen wir hier die einzeinen Fälle specieller berücksichtigen, um zu sehen, ob diese bedeutende Mortalität in der stattgehabten Operation selbst oder in andern, im Geburtsacte liegenden Verhältnissen begründet ist.

Wenn wir zuerst die 10 todtgebornen Kinder beachten, so zeigte sich bei 3 von ihnen Vorfall des Nabelstranges mit 2, 3 und 4 Tage dauernder Geburt; es war die Nabelschnurschlinge schon längere Zeit hindurch ganz pulslos, kalt, ein Mal selbst deutlich faulig entartet. Einer von diesen Fällen betraf eine Steisslage, die beiden andern Querlagen, und von diesen fand der eine Fall bei der schon früher erwähnten Frau mit Zerreissung des Scheidengewölbes statt. Dem Kinde war der vorgefallene Arm oberhalb des Ellenbogengelenks gebrochen, und die Bruchenden, durch am Arm ausgeübten Zug, über 1 Zoll weit von einander entfernt. Bei der 4ten Geburt war der Kopf des bis auf diesen gebornen Kindskörpers wenigstens  $\frac{1}{2}$  Stunde in

1) Neue Zeitschrift f. Geburtskunde, Bd. XVI. 2.

•

den Geschlechtstheilen zurückgeblieben, ehe ich zu der Gebärenden kam, ein Zeitraum, der in einem 5ten Geburtsfalle wenigstens 5 bis 6 Stunden gewährt hatte. Bei den nachbleibenden 5 Fällen hatte eine Steissgeburt schon eine Dauer von 5 Tagen gehabt, ehe die Frau in die Klinik gebracht und dort entbunden wurde. Der eine quer über den andern gelagerte Unterschenkel hatte sich auf die Schaambeinverbindung gestützt und hatte das Hinderniss bei der Geburt abgegeben, das auch die Operation sehr erschwerte. Bei einem 2ten Falle zeigte sich, nachdem die Wehen den Steiss hervorgetrieben hatten, der Nabelstrang pulsios, aber noch turgescirend, weshalb sogleich die Extraction des Kindes unternommen ward. In einem 8ten Falle. bei Querlage der 2ten Frucht bei einer Zwillingsgeburt, musste die Wendung und wegen heftiger Blutung die Extraction gemacht werden. Bei fortdauernder Blutung zeigte sich bei den verschmolzenen beiden Placenten, der Theil derselben, der dem zuletzt geborenen Kinde angehörte, ganz gelöst, während die Nachgeburt des Erstgebornen fest an den Wandungen der Gebärmutter ansass. Das Kind selbst bot im hohen Grade die Erscheinungen der Blutleere dar. Der 4te und 5te Fall zeigten im Geburtsverlauf gar nichts, was den Tod des Kindes zu erklären vermochte. Es waren langsam vor sich gehende Steissgeburten, die durch die Wehenkraft bewirkt wurden, die Arme wurden mit Leichtigkeit gelöst und bei Zögerung des Kopfes die Zange angewandt. In dem einen Falle bot das Einführen eines Löffels einige Schwierigkeiten dar, im andern war die Application des Instrumentes leicht. Die Extraction war in beiden Fällen rasch beendigt.

Was die 2 Kinder betrifft, die nach der Geburt noch schwache Spuren des Lebens darboten, so ward bei dem einen (einem Zwillingskinde) wegen Querlage die Wendung gemacht, der Körper ward durch die Wehenkraft ausgetrieben und nur der zögernde Kopf mit der Zange entwikkelt, wobei das Einführen der einzelnen Blätter einige Schwierigkeit darbot. Der zweite Fall betraf ein Kind in der Steisslage, mit Vorfall einer grossen, fast pulslosen Nabelschnurschlinge. Es musste ein Fuss herabgestreckt, der

Honateschr. f. Geburtek, 1854, Bd. III, Bft. 2.

7

Körper ausgezogen, die Arme gelöst und am zuletzt kommenden Kopfe, nach vergeblichen Versuchen mit den Händen, die Zange angelegt werden.

Betrachten wir jetzt diese Fälle genauer, so können wir die ersten 8 hier ganz weglassen, indem wir bei ihnen die Kinder als schon verstorben ansehen müssen, ehe noch die Zange in Gebrauch gezogen wurde. So bleiben also 4 Kinder nach, die während der Operation, vielleicht während der Anwendung der Zange, wohl aber gewiss nicht durch die Zange ihr Leben verloren, was auf 31 Anwendungen des Instruments ohngefähr ein Verhältniss wie 1 zu 8 machen würde.

Fragen lässt sich hier wohl, weshalb überhaupt bei gewissen Tode des Kindes zum Gebrauch der Zange geschritten wurde, da in diesen Fällen wenigstens keine Bile nöthig war, indem die Naturkraft, wenn gleich nach längerer Dauer der Geburt, den Kindskopf ausgetrieben haben würde? Es ist indess bei der Geburt in vielen Fällen schwer, ja bisweilen unmöglich, mit Sicherheit zu bestimmen, ob das Kind wirklich todt ist oder sich blos in einem scheintodten Zustande befindet, aus dem es nach Beendigung der Geburt wieder ins Leben zurückgebracht werden kann. Diese Ungewissheit zwingt aber den Geburtshelfer zur schnellen Anwendung der Zange, um das vielleicht noch nicht ganz erloschene Leben zu erhalten. Ausserdem ist hier das oft mehrere Tage hindurch andauernde Leiden der Mutter ebenfalls zu berücksichtigen, indem es gewiss nicht ohne Einfluss ist, wenn nach so langer Qual der zuletzt kommende Kopf noch Stunden hindurch im Becken bleibt, während die Frau von jeder Wehe die Beendigung der Geburt und so auch die Beendigung ihrer Leiden erwartet. In des Geburtshelfers Hand liegt die Möglichkeit dieser schnellen Beendigung; der Geburtshelfer wird dringend darum angegangen. Die Operation ist, gut ausgeführt, für die Mutter ohne Gefahr; so ist es wohl leicht erklärlich. weshalb die Zange auch noch angewandt wird, wo das Leben des Kindes nicht mehr zu retten ist, das Leiden der Gebärenden aber abgekürzt werden kann.

Nehmen wir noch Rücksicht auf das spätere Befinden

der mit der Zange lebend zur Welt gebrachten 19 Kinder, so blieben 17 von ihnen vollkommen gesund und 2 starben in den ersten Tagen nach der Entbindung. Das erste von diesen erlag einer starken Atelectasia pulmonum, wie es die Leichenöffnung bestätigte. Das zweite Kind, lebensschwach in Folge heftiger Blutung bei Placenta praevia, nach vorgenommener Wendung durch Extraction zur Welt gebracht, hatte wahrscheinlich auch unvollkommen entwikkelte Lungen, doch ward die Section mir nicht gestattet.

Um noch genauer den Einfluss zu würdigen, den das von uns speciell betrachtete operative Verfahren auf das Kind ausübte, müssen hier die andern operativen Eingriffe ebenfalls betrachtet werden, die der Extraction des Kindskopfes mit der Zange vorausgingen.

Elf Mal musste in diesen Entbindungen mittels der instrumentalen Extraction des Kindskopfes die Wendung auf die Füsse vorausgeschickt werden, und zwar 8 Mal bei Ouerlagen des Kindes und 8 Mal bei Kopflagen. Die Querlagen zeigten sich 4 Mal mit Vorfall des Nabelstranges, der 2 Mal pulsios war, und 2 Mal mit Vorfall des Armes verbunden; während bei den 3 Kopflagen, welche die Wendung verlangten, diese 2 Mal durch Vorfall des Arms und 1 Mal durch Placenta praevia angezeigt wurde. Bei diesen Wendungen ward das Kind 10 Mal auf einen Fuss und nur 1 Mal auf beide Füsse gewendet. - Der vollzogenen Wendung musste 8 Mal auch unmittelbar die Extraction des Kindskörpers nachfolgen, während nur 3 Mal die Austreibung desselben der Wehenkraft allein überlassen werden durfte. In diesen 11 Fällen wurde das Kind 6 Mal lebend und 5 Mal todt zur Welt gebracht. Unter den 5 todtgebornen Kindern kamen 4 Fälle vor, wo schon vor der Operation der Tod des Kindes erkannt ward, während blos bei dem fünften Falle Wendung und Extraction bei lebendem Kinde verrichtet wurde. Von den so entbundenen 11 Müttern blieben 8 ganz gesund; eine überstand eine ernste Endometritis, die beiden letzten starben, wie schon erwähnt, die eine in Folge einer Zerreissung des Scheidengewölbes, die zweite durch Phlebitis uterina, nach Placenta praevia.

÷

Achtzehn Mal wurde die manuelle Extraction des Kindskörpers der Anwendung der Geburtszange vorausgeschickt, und zwar (wie schon erwähnt) 8 Mal nach vorangegangener Wendung und 10 Mal bei primärer Fuss- und Steissgeburt. Unter diesen 18 Fällen kamen 10 Kinder lebend zur Welt, während 8 todt geboren wurden. Bei den acht Fällen, in denen früher die Wendung gemacht wurde, war die Hälfte der Kinder todt, während bei primären Fuss- und Steissgeburten 4 Kinder von 10 todt geboren wurden. Bei den Müttern fand in diesen letztern Fällen gar keine Erkrankung statt.

Zwanzig Mal lag unter diesen 31 Geburtsfällen, theils als primäre Beckenendlage, theils durch vorausgeschickte Wendung erzeugt, die Bauchfläche des Kindes gegen die Bauchfläche der Mutter hin gerichtet. 5 Mal bewirkte die Naturkraft allein die hier nöthige Drehung des Kindes um seine Längsachse, alle Mal bei primären Beckenendlagen. Von den Müttern erkrankte keine, von den Kindern kamen 4 lebend, eines todt zur Welt. 15 Mal musste dagegen, wegen nöthig gewordener schleuniger Entbindung der Frau, diese Drehung um die Längsachse des Kindes durch Kunst vollzogen werden. 14 Mal gelang sie, während sie 1 Mal missglückte, so dass das Kind mit den Armen und dem Gesicht nach vorn gerichtet durch das Becken hindurchging, und in dieser Lage geboren ward <sup>1</sup>).

Bei dieser Drehung des Kindes um seine Längsachse trat mir unter den hier betrachteten Fällen 2 Mal der schon früher von mir beobachtete auffallende Umstand entgegen, dass die Drehung auf dem kürzern Wege nicht gelang, während sie nach der entgegengesetzten Seite hin verrichtet, auf dem längern Wege rasch von statten ging. Ein Kind trat nach verrichteter Wendung auf die Füsse mit den Hüften in den zweiten schrägen Durchmesser des Beckens,

<sup>1)</sup> Einen 2ten Fall dieser Art sah ich, wo durch eine alte Frau das Kind mit versäumter Drehung um die Längsachse durch das Becken gezogen war, so dass Arme und Gesicht hinter der Schambeinverbindung lagen. 5 bis 6 Stunden später hinzugerufen, entband ich die Frau mit der Zange.

die Bauchfläche nach vorn und links gerichtet. Der Versuch, das Kind nach links (auf dem kürzern Wege) um seine Längsachse zu drehen, missglückte ganz, während die Drehung nach der rechten Seite hin (auf dem längern Wege) sich mit Leichtigkeit verrichten liess. Es ist diese Drehung des Kindes um seine Längsachse bei den Beckenendgeburten mit nach vorn gerichteter Bauchfläche ein Vorgang, den bekanntlich die Natur im ungestörten Geburtsverlauf fast alle Mal zu Stande bringt, den wir aber nach rein mechanischen Verhältnissen, die zwischen dem Becken der Mutter und dem Kindskörper stattfinden, nicht allein zu erklären im Stande sind. Die Drehungen des vorankommenden Kindstheils bei Geburten mit nach vorn gelagerter Rückenfläche erfolgen im Becken durch die an den Wandungen desselben befindlichen schiefen Flächen, so wie noch mehr durch die sich unter mehr oder weniger spitzen Winkeln schneidenden Durchmesser der einzelnen Beckenaperturen, namentlich der schrägen, indem der Kindstheil, fortgedrängt, statt sich grade fortzubewegen, aus dem engern Raum sich in den weitern der tiefer liegenden Apertur begiebt. Dies so höchst wichtige Gesetz zeigt in den Lagen, wo die Bauchfläche des Kindes nach vorn gerichtet ist, eine Ausnahme. Mehrere Kopflagen, wo dies ebenfalls stattfindet, will ich hier unberücksichtigt lassen, und nur Beckenendlagen beachten. Der Steiss wird in diesen Fällen geboren. während der Bauch des Kindes gegen die vordere Flächeder Mutter gewandt ist. So wie nun aber die Geburt fortschreitet, dreht sich das Kind, und zwar findet hier eine Drehung desselben ½ um seine Längsachse statt, indem die nach vorn und zugleich nach der einen oder andern Seite gerichtete Hüfte jetzt nach vorn in die entgegengesetzte Seite hinübergleitet, so dass der Bauch wohl nach derselben Seite wie früher, aber nach abwärts zu liegen kommt, statt dass er früher nach aufwärts gerichtet war. Bei dieser Viertel-Drehung des Kindes um seine Längsachse kommt der Körper des Kindes aus dem einen schrägen Durchmesser zuerst in den geraden, um sich dann in den andern schrägen zu lagern, aus dem geräumigen Durchmesser (dem schrägen) in den beschränktern (den geraden), um sich dann

1

1

ŝ

4

ę

1

3

t

ť

ł

2

r

4

ł

ŧ

I

.

ł

- 1

ł

ļ

÷

ł

wieder in einen weitern (den andern schrägen) zu begeben. Will man hier einwenden, dass in diesem Moment der Geburt der gerade Durchmesser des Ausganges durch starkes Zurückdrängen des Steissbeins grösser sei, als der schräge derselben Apertur, so ist erstlich diese Behauptung keineswegs erwiesen, da die Weichgebilde im Sitzbeinausschnitte ebenfalls eine Vergrösserung der schrägen Durchmesser gestatten; zweitens aber könnte diese Erklärung doch nur für Kopfgeburten gelten, nicht aber für den zuerst zur Welt kommenden Steiss, da in diesem Falle der Rumpf des Fötus bei seiner Länge den ganzen Kanal des kleinen Beckens füllt und sich so natürlich auch im Beckeneingange mit seinen Schultern drehen muss. wo doch die Conjugata jedenfalls bedeutend kleiner ist, als die schrägen Durchmesser. Das Factum ist da, aber eine für alle Fälle passende Erklärung fehlt bis jetzt. Obgleich Versuche, diesen Hergang zu erläutern, von mehreren Geburtshelfern gemacht sind, so genügen diese, wenigstens meiner Meinung nach, nicht, weshalb ich in einem spätern Aufsatze diesen Gegenstand einer genauern Untersuchung zu unterwerfen beabsichtige, um hier nicht zu weit von meinem Ziele abzuschweifen. Eben so verhält es sich mit dieser Drehung des Kindes um seine Längsachse, wenn sie der Geburtshelfer macht, und wenn sie auf dem kürzern Wege nicht gelingt, wohl aber auf dem weitern, wie ich das oben erwähnte. Es ist natürlich, dass der Geburtshelfer in diesen Fällen alle Mal den nähern Weg bei dieser Umwälzung einzuschlagen versucht, den Weg, den die Natur fast alle Mal einleitet und somit uns als den naturgemässen zeigt. Er dreht die Hüften; so wie aber die bewegende Kraft nachlässt, nehmen dieselben ihre frühere Stellung wieder ein. Rotirt man dann, nach öfters angestellten vergeblichen Versuchen, das Kind nach der entgegengesetzten Seite, dreht man dasselbe, statt ½ um seine Längsachse, halb um dieselbe, aus dem ersten schrägen Durchmesser z. B. zuerst in den zweiten, dann in den geraden und zuletzt wieder in den ersten schrägen, so sieht man mit Ueberraschung das Kind der drehenden Kraft mit Leichtigkeit folgen. Was fixirte das Kind so, dass es nur nach der

einen und nicht nach der andern Seite beweglich war? Was stellte sich hier namentlich der Drehung entgegen, welche die Naturkraft sonst so constant bei den hier zu betrachtenden Steiss- und Fussgeburten einzuschlagen pflegt?

Herrmann Fr. Nägele 1) macht mit Recht auf diese Abweichung vom gewöhnlichen Verlauf der Geburten mit vorankommendem Beckenende des Kindes aufmerksam. "So ereignet es sich bisweilen, und besonders wenn das Kind klein, unausgetragen, ein Zwillingskind ist u. s. f., dass bei zweiter Beckenlage der Rumpf, welcher mit nach vorn und rechts, oder vorn und links gewandter Bauchfläche bis beinahe zu den Schultern geboren ist, sich alsdann und oft unter einer einzigen Wehe, durch die er vollends ausgetrieben wird, mit seiner vordern Fläche von der Seite ganz nach vorn und dann zur entgegengesetzten Seite wendet, so dass also z. B. die Bauchfläche, die vor der Wehe nach vorn und rechts gerichtet war, gleich nachher nach hinten und links gekehrt ist." Auf diese Beobachtung sich stützend sagt Nägele dann, die Extraction und Drehung des Kindskörpers um seine Längsachse beschreibend: "Uebrigens halte man hierbei stets im Auge, dass der Rumpf bei Beckenendgeburten manchmal ganz unerwartete Drehungen eingeht (S. 307); man beachte während der Extraction sorgfältig alle darauf deutenden Erscheinungen, und suche niemals diese oder jene Drehung, obgleich sie nach der Theorie die passendste erscheint, mit Gewalt zu erzeugen"<sup>2</sup>). Auch Scansoni \*) hat diese auffallende Drehung des Kindes beschrieben, indem er den verschiedenen Mechanismus in der 2ten Steisslage erläuternd, auch auf diese halbe Kreisdrehung des Fötus um seine Längsachse aufmerksam macht. "Als die bei weitem seltenste Art des Durchganges eines mit dem Gesicht nach vorn gekehrten Kopfes durch den Beckenkanal ist jene zu betrachten, wo sich das früher etwas zur Seite stehende Gesicht oft plötzlich, unter einer

<sup>1)</sup> H. Fr. Nägele, Lehrbuch der Geburtshülfe. Mainz 1842. 1ster Thl. S. 307. H. Fr. Nägele, die Lehre vom Mechanismus der Geburt. Mainz 1838. S. 68. — 2) H. Fr. Nägele, Lehrbuch etc. 2ter Thl. 1ste Abthl. Mainz 1845. S. 479. — 3) Scansoni, Lehrb. er Geburtshülfe. 2ter Band. Wien 1850. S. 102.

einzigen Wehe zuerst gerade nach vorn und dann so nach der entgegengesetzten Seite des Beckens wendet, dass er nach der Wehe gerade an das entgegengesetzte hintere Ende desjenigen schrägen Durchmessers zu stehen kommt, an dessen vorderem Ende es ursprünglich gelagert war, wobei sich der ganze Fötus um die Hälfte eines Kreises dreht und seine früher nach vorn und rechts gelagerte Bauchfläche nach hinten und links gerichtet erscheint." Wenn aber Scanzoni an dieser Stelle, so wie S. 100 in den Worten: "die vordere Fläche des allmälig hervortretenden Rumpfes ist Anfangs immer gegen die obere innere Fläche des rechten Schenkels der Mutter gerichtet, später ist ihre Richtung von der verschiedenen Durchtrittsweise des Kopfes durch den Beckenkanal abhängig," --- so wie ferner: "In der Regel geschieht es, dass der ursprünglich mit seiner Gesichtsfläche nach vorn gerichtete Kopf im queren Durchmesser des Beckeneinganges so eintritt, dass das Hinterhaupt dem linken, die Gesichtsfläche dem rechten Ende jenes Durchmessers entspricht. Diese quere Richtung des Kopfes ist durch die vorangegangene Drehung des Rumpfes um seine Längsachse, an welcher der Kopf, unter sonst normalen Verhältnissen stets Theil nimmt, bedingt, sie wird aber aus leicht begreiflichen Gründen schnell in eine schräge verwandelt, wobei sich der Kopf so um seine senkrechte Achse dreht, dass das Hinterhaupt hinter die linke Pfanne, die Gesichtsfläche in die Gegend der rechten Synchondrosis sacro-iliaca tritt," wenn Scanzoni so die gewöhnlich vorkommende Drehung des Kindskörpers um seine Längsachse, die Drehung um den vierten Theil eines Kreises durch den Eintritt des Kopfes in den gueren Durchmesser zu erklären sucht, so übersieht er, dass auf diese Weise die von ihm selbst beobachtete und von mir erwähnte Drehung des Fötus um die Hälfte eines Kreises unerklärlich bleibt. Ausserdem scheint mir wenigstens diese ganze Brklärungsweise nicht fest genug begründet zu sein. Die Drehung selbst erfolgt gewöhnlich in dem Moment der Geburt des Steisses oder unmittelbar nachher, ehe der Körper des Fötus noch tiefer ins Becken und durch dasselbe getrieben ist; so sab ich sie wenigstens fast immer und so

wird sie von fast allen Geburtsbelfern und auch von Scansomi selbst angegeben (l. c. 2. Bd. S. 100). Vom Steisse aber bis zur Einfügung des Kopfes auf dem Atlas misst ein ausgetragener, aber kleiner Fötus an seiner leicht convexen Rückenfläche 9; Zoll, an seiner mehr abgeflachten Bauchfläche, bis zum Knie gemessen, 6 Zoll; an seiner mehr nach vorn im Becken befindlichen, daher leicht convexen Seite 6 Zoll, während seine entgegengesetzte, convex gekrümmte Seite 8} Zoll zeigt. An einem grössern, doch keineswegs sehr starken Fötus bieten dieselben Entfernungen 11, 6, 64 und 92 Zoll. Stellen wir nun mit diesen Maassen die Tiefe des kleinen Beckens zusammen, die am Kreuzbein, der Krümmung desselben entsprechend, 5 Zoll beträgt, an den Seitenwandungen 34 Zoll und an der vorderen Beokenwand selbst nur 1<sup>‡</sup> Zoll zeigt, so ergiebt sich daraus leicht die Beantwortung der Frage: wie weit muss bei den Beokenendgeburten der Kindskörper schon geboren sein, wenn der ins kleine Becken eintretende Kindskopf auf die Drehungen des Körpers bestimmend einwirken soll? In den Fällen wenigstens, wo beim Durchtritt des Steisses selbst. oder unmittelbar nachher, diese Drehung um die Längsachse erfolgt, ist der Kindskopf noch gar nicht ins kleine Becken getreten, und kann also auch nicht das ursächliche Moment dieser Drehung sein. Schon die äusserlich vorgenommene Untersuchung, die Höhe des Fundus uteri und somit des Kindskopfes, die man in diesem Momente der Geburt immer noch oberhalb der Nabelgegend, oder in dieser antrifft, zeigt das Unhaltbare der von Scanzoni aufgestellten Behauptung.

In den dieser Untersuchung zu Grunde gelegten 31 Fällen mussten nach der Geburt des Rumpfes 19 Mal die Arme künstlich gelöst werden, und zwar 17 Mal beide Arme, während ich mich 2 Mal blos mit der Lösung eines Arms begnügte. 2 Mal war die Gesichtsfläche des Kindes nach vorn gewandt, so dass ich mich gezwungen sah, die Arme hinter der Schambeinverbindung herabzuholen. In einem dieser Fälle musste ich hierzu die ganze Hand einführen; in dem 2ten lag der eine Arm zurückgeschlagen ganz im Nacken des Kindes und liess sich nicht über den Kopf hin-

wegbewegen. Der Fötus war schon 5 bis 6 Stunden vor meiner Ankunft bis zu den Schultern geboren, also gewiss schon lange todt. Mit Leichtigkeit entwickelte ich den Arm über den Rücken, gegen die Articulation desselben, ohne dass Luxation, wie ich es erwartete, stattfand. In den übrigen Fällen, wo die Bauchfläche des Kindes nach der hintern Seite des mütterlichen Beckens gerichtet war, gelang die Armlösung ohne Beschwerde.

Nachdem die Arme entwickelt waren, schritt ich in 5 Fällen, in denen die Anzeige zur schleunigen Entbindung sehr dringend war, sofort zur Anwendung der Zange, während in den 26 andern Geburten, nach einer kürzern oder längern Pause, um die Wirksamkeit der Gebärmutter abzuwarten, das gewöhnliche Manuale zur Extraction des Kindskopfes vergeblich versucht ward. In der Regel setzte ich hierbei die Finger der untern Hand zur Seite des Kopfes, viel seltener führte ich sie hakenförmig in die Mundhöhle, am Unterkiefer den Zug ausübend. Kincisch und Scanzoni beschreiben das in der Prager Gebäranstalt ausschliesslich geübte Verfahren, "das in Extraction des Kopfes durch methodische, auf den Körper des Kindes ausgeübte Züge besteht, indem man zuerst die Füsse des Kindes mit einer Hand fasst, sie beinahe vertical nach abwärts senkt, dann Zeige- und Mittelfinger der andern Hand hakenförmig so über die Schultern des Kindes legt, dass die Spitzen auf die Regio supraclavicularis zu liegen kommen, worauf ein mässig starker, bogenförmig von ohen und vorn nach unten und hinten gerichteter, nur mit der an den Schultern angelegten Hand ausgeübter Zug das Hinterhaupt meist mit der grössten Leichtigkeit herabbewegt. Sobald dies wahrgenommen wird, erhebt man in ziemlich rascher Bewegung den Rumpf des Kindes mittelst der die Füsse haltenden Hand gegen den Unterleib der Mutter, wodurch die der hinteren Beckenwand zugekehrte Kopfhälfte tiefer herabbewegt und alsogleich der ganze Kopf zum Durchschneiden gebracht wird "1). Vogler 2), der diesem Verfahren ganz

<sup>1)</sup> Scanzoni, I. c. III. p. 122. Kiwisch, Beiträge zur Geburtskunde etc. 1. Abth. S. 69. — 2) Vogler, Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. 26. H. 3.

beistimmt, empfiehlt nur noch einen Handgriff, der noch auffallender ist; man soll nämlich, während die eine Handan den Schultern zieht, zwei Finger der andern Hand in die Augenhöhle setzen und am untern Orbitalrande ziehen. ohne dass er davon Nachtheil für die zarten Augen befürchtet. Es weicht diese Methode so auffallend von allen bisher beobachteten Verfahrungsweisen ab., dass man sie wohl, trotz der von Scansoni angeführten Resultate, mit Scheu berücksichtigen muss. Es war bisher ein allgemein gültiger Grundsatz, die Kraft, die den Kopf zur Welt bringen sollte, nur auf ihn allein einwirken zu lassen, die Wirbelsäule in dieser Beziehung sorgfältig zu schonen. Deshalb wurden auch Hand oder Zange immer an den Kopf selbst angelegt. In der Prager Methode wirkt die Kraft dagegen blos auf die Wirbelsäule, und zwar vorzugsweise auf das Halsstück derselben. Der Gedanke an Dehnung und Zerrung des Rückenmarks, mit ihren für das Kind so nachtheiligen Folgen, das Bild eines abgerissenen und im Becken stecken gebliebenen Kopfes, eines, Gott sei Dank, seit dem Gebrauch der Zange fast ganz aus der geburtshttlflichen Praxis verschwundenen unglücklichen Zufalles. drängen sich unwillkürlich bei Betrachtung dieser Methode auf und haben mich bewogen, lieber die ältern, vielleicht weniger wirksamen, aber auch wohl weniger gefährlichen Encheiresen beizubehalten, und, wo sie nicht ausreichten, zur Zange zu greifen.

Wenn es gleich keinem Zweifel unterworfen ist, dass bei Anwendung der geburtshülflichen Zange überhaupt, namentlich aber bei zuletzt kommendem Kopfe, das Querbett in vieler Beziehung den Vorzug vor dem gewöhnlichen Geburtsbett verdient, so muss doch, meiner Ueberzeugung nach, die von vielen Geburtshelfern hier gemachte ganz allgemeine Empfehlung des erstgenannten Lagers mehrfach beschränkt werden. So sagt *Kilian* <sup>1</sup>): "Die Operation kann (bei zuletzt kommendem Kopf) begreiflicher Weise nur auf dem Querlager mit der hier unerlässlichen Präcision ver-

<sup>1)</sup> H. Kilian, Operationslehre für Geburtshelfer. 2te Auflage. 4te Lief. Bonn 1845. S. 589.

richtet werden." Läugnen lassen sich die Vorzüge dieses Legers nicht. Die Frau liegt dem Geburtshelfer bequemer zur Operation. Er kann viel leichter die leitenden Finger einführen, kann viel besser und sicherer auf diesen die Blätter der Zange eingleiten lassen, vermag das Kind immer so zu lagern, dass dasselbe am wenigsten bei der Operation stört, kann nachher bequemer die Zange schliessen und ist namentlich im Stande, wo es nötbig ist, bei den Tractionen einen grössern Kraftaufwand zu entwickeln. Dagegen tritt uns ein grosser Nachtheil nur zu häufig hier entgegen, der alle eben erwähnten Vorzüge des Querbettes überwiegt; es ist dies nämlich der hier so sehr wichtige Zeitverlust, den die Zubereitung selbst des einfachsten Ouerbettes und das Hinüberheben der Frau auf dasselbe alle Mal erzeugen muss. Es ist anerkannt, dass die Geburt des zuletzt kommenden Kopfes alle Mal mit der höchsten Gefahr für das Leben des Kindes verbunden ist, wenn dieser Zeitraum der Geburt nicht rasch vorübergeht. Wird gleich die Dauer desselben zwischen 8-12 Minuten als das Maximum festgesetzt 1), so lehrt doch die tägliche Erfahrung, so zeigt namentlich die Beobachtung des oft rasch unter den Fingern schwindenden Pulsschlages im Nabelstrange, wie nur zu oft schon eine kürzere Dauer dieses Momentes hinreichend ist, um den Verlust des Kindeslebens zu bewirken. Der Bau eines Querbettes, so wie das Hinüberheben der Gebärenden auf dasselbe und die dann noch nöthig werdende Operation, sind aber nur zu oft mit einem viel längern Zeitverlust verbunden, als derselbe, nach dem eben Angegebenen, sein darf. Namentlich zeigt sich dies in der Privatoraxis, besonders in den ärmsten Volksklassen nur zu deutlich. Hier ist der Geburtshelfer nur zu oft die einzige Person, die das Querbett herzurichten versteht, hier fehlt oft der Raum, hier fehlen nur zu oft alle, selbst die nothdürftigsten Gegenstände zur Bereitung des Ouerlagers, hier ist endlich der Geburtshelfer sehr oft die einzige Person, die die Gebärende auf das Bett zu heben im Stande ist.

<sup>1)</sup> Fr. C. Nägele, Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Heidelberg 1830. §. 402.

Etwas, das, selbst bei bedeutender Körperkraft desselben, nicht selten alle seine Stärke und Besonnenheit bei der Unbeholfenheit der Gebärenden verlangt, und zwar hier um so mehr, wo das zum grössten Theil schon geborene Kind, jede Bewegung der Mutter in hohem Grade erschwert. Unter diesen Verhältnissen ist es sehr wünschenswerth, allen desen Mängeln und Beschwerden dadurch zu entgehen. dass man die Operation auf dem gewöhnlichen Bett verrichtet, wobei zu gleicher Zeit der hier wichtigste Punkt besonders berücksichtigt wird, nämlich Zeitgewinn. Eine mehrfache Erfahrung am Geburtsbett hat mir auf das Bestimmteste sicht nur die Möglichkeit ihrer Ausführung im gewöhnlichen Bett erwiesen, sondern hat mir auch auf das Sicherste gezeigt, dass alle die gefürchteten Beschwerden durch eine grössere Uebung im Gebrauch des Instrumentes sehr gut vermieden werden können. Wohl ist die Operation im gewöhnlichen Bett verrichtet etwas mühsamer, grössere Aufnerksamkeit von Seiten des Geburtshelfers verlangend, aber die Bequemlichkeit, die für die Gebärende durch das Bleiben auf ihrem gewohnten Lager entspringt, die Zeitersperniss und die dadurch gewonnene grössere Hoffnung auf Erhaltung des Lebens des Kindes sind von so bedeutender Wichtigkeit, dass die grössere Mühsamkeit der Operation selbst, die durch grössere Uebung leicht überwunden werden kann, gar nicht in Betracht gezogen werden darf. Wenn ich somit das gewöhnliche Bett für sehr viele Fälle bei Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopf empfehle, so möchte ich keineswegs dasselbe in allen diesen Fällen angewandt wissen. Vorzüge hat das Querbett immer, wo man daher im Beginn der Geburt gegenwärtig ist, wo man schon früh, schon im Anfang des Geburtsacts einen schweren Verlauf desselben erwarten kann, wo man etwa die Wendung auf dem Querbett vorher gemacht hat, da versteht es sich von selbst, dass man die Gebärende auf diesem lasse oder auf dieses bringe. Ebenso wird das Querbett in den meisten Fällen der klinischen Praxis den Vorzug verdienen, theils weil hier die früher erwähnten zeitraubenden Verhältnisse bei Anfertigung desselben wegfallen, theils weil die Studirenden auf demselben die Ope-

ration besser zu beobachten im Stande sind. Wo aber diese Umstände nicht stattfinden, namentlich in der Privatpraxis, wird der ganze Geburtsverlauf mit allen seinen Verhältnissen zu berücksichtigen sein und die Wahl des Bettes bestimmen. Auf dem Querbett wird die Geburt zu beendigen sein in allen mehr schwierigen Fällen, die eine grössere Kraftäusserung von Seiten des Geburtshelfers verlangen, während in allen leichtern Fällen die Zange auf dem gewöhnlichen Bett mit Sicherheit angelegt werden kann. Mechanisches Missverhältniss zwischen dem Kindskopf und Becken, entspringe es aus Raumbeschränkung des letztern oder aus Vergrösserung oder fehlerhafter Lage oder Stellung des erstern, verlangen zuerst das Querbett, weil die in diesen Fällen nöthige Kraft von Seiten des Geburtshelfers auf dem Querbett viel bequemer ausgeübt werden kann. Eben so verdient es den Vorzug in Fällen eines sehr hohen Kopfstandes, erstlich wegen schwieriger Einführung der Zangenlöffel, zweitens wegen der in diesen Fällen immer nothwendigen stärkern Senkung der Zangengriffe, die im nöthigen Grade auszuführen im gewöhnlichen Bett unmöglich ist, und endlich drittens der hier gewöhnlich schwierigern Entwicklung des Kindskopfes wegen. -- Für das gewöhnliche Geburtsbett bleiben daher die Fälle, wo erstlich der Kopf schon tief ins Becken getreten ist, wo zweitens die Zögerung bei seiner Austreibung mehr in einer Störung der Wehenkraft begründet ist, d. h. alle die leichtern Fälle. Hierher müssen wir noch die Geburten verweisen, wo Bile, Mangel an Zeit den Bau des Querbettes verbieten. Endlich müssen auf dem gewöhnlichen Geburtslager die Fälle beendigt werden, in denen man eine schwer erkrankte Gebärende sich überhaupt nicht zu bewegen getraut, da der Transport von einem Bett aufs andere nicht ohne Beschwerden ist und zuweilen höchst beunruhigende Erscheinungen hervorrufen kann, z. B. starken Blutverlust. Jörg hat dieselben Bedingungen, tiefen Kopfstand, leichte Operation, Schwierigkeit der Bereitung des Wendungslagers und Beschwerden beim Transport der Gebärenden als die Bedingungen festgestellt, unter welchen der Gebrauch des

gwöhnlichen Bettes erlaubt ist 1). Wenn wir aber bedenm. dass Erschworungen des Geburtsverlaufes durch medmische Missverhältnisse überhaupt gewiss seltner vorkomme, als man wohl in der Regel annimmt, dass in Fussnd Steissgeburten durch die Entwicklung des Kindskörpars die weichen Geschlechtstheile in einem bedeutenden Grade ausgedehnt und zur Geburt des Kopfes gleichsam whereitet sind; wenn wir berücksichtigen, dass es nanentlich die so oft im letzten Moment dieser Geburten stattindende, wenn auch nur momentane Verminderung der Webenkraft ist, welche die so gefährliche Zögerung in diese Geburtsperiode bedingt, die wir leicht durch unsere Inft zu ersetzen im Stande sind, so ergiebt sich daraus ach die am Geburtsbett verhältnissmässig sehr häufige Gekgenheit, die Zange bei diesen Fällen des zuletzt kommenden Kopfes im gewöhnlichen Bett anzuwenden. Dass das hir nothwendige Manuell in mancher Beziehung von dem ni dem Querlager anzuwendenden abweicht, dass es selbst whil etwas mehr Schwierigkeit darbietet, kann nicht gelängnet werden, doch lehrt vielfache Uebung und sorgfälige Beobachtung der später genauer anzugebenden Regeln, dese Schwierigkeiten mit Leichtigkeit überwinden, und die Vortheile, die aus der Anwendung des Instruments im gewöhnlichen Bett entspringen, sind so überwiegend, dass ene grössere Schwierigkeit in Betreff des Gebrauchs des lastruments, die, aber durch Aufmerksamkeit leicht überwanden werden kann, gar nicht beachtet werden darf.

Unter den 31 Fällen, bei denen ich die Zange bei zuietzt kommendern Kopfe anzulegen mich gezwungen sah, geschah dies 18 Mal auf dem Querbett und 18 Mal auf dem gewöhnlichen Geburtslager. Wenn somit die Mehrzahl der Fälle auf dem Querbett beendigt ist, und dieses so von mir dem gewöhnlichen Bett vorgezogen zu werden scheint, mir dem gewöhnlichen Bett vorgezogen zu werden scheint, ist indert sich dies Verhältniss dadurch bedeutend, dass enstlich 11 Mal bei diesen 31 Fällen die Wendung vorausgeschickt werden musste, dass diese, mit einer einzigen

<sup>1)</sup> Jörg, Handbuch der Geburtshülfe. 3te Aufl. Leipzig 1833. 5. 471.

Ausnahme, alle Mal auf dem Querbett verrichtet und dann auch die Geburt des Kindes auf diesem abgewartet wurde, dass zweitens in 4 Fällen schon vor Anlegung der Zange grössere Schwierigkeiten bei der Extraction des Kopfes vorauszusehen waren, indem theils das Becken sich als ein verengtes erwies (2 Mal), theils der Kopf eine ungünstige Stellung im Becken hatte, indem er mit dem Gesicht nach vorn gerichtet war (ebenfalls 2 Mal), und dass endlich drittens mehrere von diesen Frauen in der Klinik entbunden wurden, wo, zur bessern Beobachtung durch die Studirenden, namentlich das Querbett vorgezogen ward. In der Privatpraxis habe ich, wenn die Wendung nicht vorausging, fast immer das gewöhnliche Bett vorgezogen, indem ich hier nur 2 Mal das Querbett wählte; ein Mal, wo ich die Nothwendigkeit der Extraction des Kindes bei vorkommendem Steiss gleich im Beginn der Geburt voraussah, und das 2te Mal, wo der Kindskopf nach gebornem Körper vor meiner Ankunft schon 5 bis 6 Stunden sich im kleinen Becken befand, mit dem Gesicht nach vorn gerichtet. Aber auch in der Klinik habe ich einige Mal absichtlich das gewöhnliche Geburtslager gewählt, um die Möglichkeit, selbst die Leichtigkeit zu zeigen, mit der die Operation in diesem Bette verrichtet werden kann.

Berücksichtigt man die Resultate der in beiden Lagerungen verrichteten Operationen, indem man das hier besonders gefährdete Leben des Kindes beachtet, so scheint auf den ersten Anblick das gewöhnliche Bett sogar Vortheile vor dem Querbett zu bieten. Bei 13 im gewöhnlichen Bett, bei zuletzt kommendem Kopf, verrichteten Zangenoperationen kamen 3 Kinder todt, 10 dagegen lebend zur Welt, während auf dem Ouerbett unter 18 Fällen nur 9 Kinder lebend zur Welt gebracht wurden, eben so viele aber todt waren. Freilich ist bei genauerer Betrachtung dies Zahlenverhältniss ein ganz unsicheres, indem die Verhältnisse in beiden Fällen, wenigstens sehr oft, ganz verschieden waren. Denn während auf dem gewöhnlichen Bett die Zange besonders nur in den leichtern Geburtsfällen benutzt wurde. ward das Querbett vorzugsweise bei Frauen in Gebrauch gezogen, bei denen vorgängig die Wendung gemacht war. oder bei denen mechanische Hindernisse im Geburtsverlauf stattfanden. Zieht man die erwähnten Fälle der Wendung ab, berücksichtigen wir blos solche, wo bei Steisslage auf dem Querbett die Zange zuletzt nöthig ward, so bleibt indess, bei der dann geringen Zahl der Beobachtungen, das Verhältniss dasselbe, indem bei 8 auf solche Weise entbundenen Frauen 4 Kinder lebend und 4 todt zur Welt gebracht wurden. Nur ein Mal sah ich mich gezwungen, nach vergeblichem Versuche die Zange im gewöhnlichen Bett einzuführen, die Frau auf das Querbett zu bringen, wo die Operation leicht gelang und ein lebendes Kind entwickelt wurde.

Die Stellung des Geburtshelfers muss natürlich ganz verschieden sein, je nachdem die Operation auf dem Querbett oder dem gewöhnlichen Geburtslager verrichtet wird. Im ersten Falle findet kein Zweifel über die Stelle statt, die der Geburtshelfer einnimmt, indem er zwischen die Schenkel der Frau tritt, und nach der verschiedenen, bald höhern, bald tiefern Lagerung derselben, stehend, sitzend oder knieend operirt. Wird dagegen die Operation im gewöhnlichen Bett verrichtet, so kann der Geburtshelfer bald blos an einer, bald abwechselnd an einer und der andern Seite des Bettes stehend, das Einführen der Löffel und die Extraction des Kindes verrichten. So verlangt Ed. v. Siebold 1), dass der Geburtshelfer sich an die rechte Seite der Frau stelle, wenn er den linken Löffel einführt, und umgekehrt bei Einführung des rechten Löffels auf die linke Seite des Bettes trete. Wenn es gleich nicht zu läugnen ist, dass es vielleicht für den Geburtshelfer bequemer sein möchte. beim Einführen der Löffel die Stelle zu wechseln, so darf nicht übersehen werden, dass hier namentlich erstlich Alles auf Zeitgewinn ankommt, dass zweitens aber in sehr vielen Fällen, besonders in der Armenpraxis, der beschränkte Baum, so wie die Grösse und Schwere des Bettes eine Bewegung desselben in hohem Grade erschwert oder ganz unmöglich macht, dass man drittens im breiten Bett die

1) Ed. v. Siebold, Abbildungen aus dem Gesammtgebiet der theoretisch-practischen Geburtshülfe. Berlin 1835. S. 296. Mentsehr, f. Geburtek 1854. Bd. III, HA. 2. 8

Frau bald an den einen, bald an den andern Rand desselben lagern müsste, so dass eben deshalb es rathsam sein möchte, an der eben freien Seite des Bettes stehend, die Operation von ihrem Beginn bis zu ihrem Ende ohne Wechsel der Stellung zu verrichten. Ich möchte hier nur darauf aufmerksam machen, dass erstlich, wenn die Wahl zwischen beiden Bettseiten dem Geburtshelfer frei steht, er sich vorzugsweise an die linke Bettseite stelle, nicht sowohl. um die Zangenlöffel bequemer einzuführen, als vielmehr um bei der Extraction mit der rechten Hand die Schlossgegend der Zange erfassen und mit ihr einen höhern Grad von Kraft ausüben zu können, was der Geburtshelfer an der entgegengesetzten (rechten) Bettseite mit der linken Hand viel weniger zu thun im Stande ist; dass zweitens, wenn das Bett ein breites ist, wie es so oft in der Armenpraxis der Fall zu sein pflegt, man die Frau nahe der Bettseite lagert, wo der Geburtshelfer steht; dass endlich drittens das Einführen der Zangenlöffel um Vieles leichter zu gelingen pflegt, wenn man beim Einführen des vom Geburtshelfer entferntern Löffels einen Fuss tiefer gegen das Fussende des Bettes tritt, als dies beim Einführen des dem Operirenden nähern Blattes der Fall war. Bei diesem letztern nämlich steht er gleich unterhalb der Beckengegend der zu entbindenden Frau, während er bei dem entferntern Löffel sich etwas näher zum Knie derselben stellt. Steht man nämlich beim Einführen beider Blätter an derselben Stelle. so wird man beim Einführen des entferntern Löffels sich zu einer sehr gezwungenen Haltung des Oberkörpers und des das Zangenblatt führenden Arms genöthigt sehen. Tritt man dagegen, wie ich es angerathen, tiefer gegen das Fussende des Bettes hinab, etwa einen Fuss weit, so nimmt dadurch der den Löffel jetzt führende Arm dieselbe Stelle ein, die der erste Arm beim Einführen des andern, nähern Blattes inne hatte oder haben wird, und die ganze Haltung des Geburtshelfers sowohl, als namentlich des operirenden Arms wird dadurch eine um Vieles bequemere, weniger gezwungene, so wie das Einführen der Zange um Vieles leichter von statten zu gehen pflegt.

Unter 13 Fällen habe ich 12 Mal die Zange an einer

Seite des Bettes und nur 1 Mal abwechselnd an beiden Seiten stehend angelegt; anfänglich in der Armenpraxis, durch die früher angeführten Gründe dazu gezwungen, später, als mich die Erfahrung über die Leichtigkeit eines solchen Verfahrens belehrt hatte, auch unter günstigen Verhältnissen, selbst da, wo das Bett frei stehend, an beiden Seiten zugänglich war, um so Zeit zu gewinnen.

So gewiss es ist, dass der geübte Geburtshelfer im Stande sein wird, bei jeder Art des Erfassens der einzelnen Zangenblätter das Instrument mit Leichtigkeit und Sicherheit einzuführen, so ist es doch nicht zu bestreiten, dass die verschiedenen Methoden bei diesem Act der Operation geringere oder grössere Schwierigkeiten in dieser Beziehung darbieten. So wie der Chirurg das Messer führen kann, ohne sich an bestimmte Regeln beim Halten desselben zu binden, so wird er doch gewiss, um die Operation mit Sicherheit, Leichtigkeit und Eleganz zu verrichten, sich hierbei an bestimmte Normen, die bekannten Positionen halten. an die er sich freilich, durch Uebung bei Ausführung der Operation selbst, kaum erinnert, sondern die sich gleichsam von selbst ergeben, weil sie in bequemerer Verrichtung der Operation begründet sind. Dasselbe gilt auch vom Gebrauch der Geburtszange. Mehrfache Vorschläge sind bekanntermassen in dieser Beziehung von den verschiedenen Geburtsbelfern gemacht worden. Die ältere Methode, die bis auf die neueste Zeit ihre Vertheidiger findet, z. B. Scanzoni, Rosshirt etc., empfiehlt das Instrument wie eine Schreibfeder zu fassen, indem man die Hand von unten, von dem convexen Rande an das Instrument bringt, den Daumen an den schrägen Abschnitt des Schlosses stützt, den Zeige- und Mittelfinger dagegen an die äussere Fläche des Griffes so lagert, dass der Daumen dem Raume zwischen beiden Fingern entspricht, während der 4te und 5te Finger in die hohle Hand eingeschlagen werden. Dabei ist der Oberarm stark gesenkt, der Vorderarm mit dem Oberarm unter spitzem Winkel gebogen und das Handgelenk leicht gekrümmt. Eine zweite Methode besteht im Ergreifen des Instrumentes mit der vollen Hand, oder besser gesagt mit der vollen Faust. Man erfasst den ganzen Griff von

8\*

oben, von der concaven Seite her so, dass man den etwas vorgeschobenen Daumen an den schrägen Abschnitt des Schlosses stützt, während die andern 4 Finger um die äussere convexe Fläche des Griffes gelagert werden. Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk sind dabei unter rechtem Winkel gebogen. Es ist nicht zu verkennen, dass bei der ersten Methode das Instrument mit grösserer Leichtigkeit geführt werden kann, dagegen mangelt ihr die Sicherheit in der Haltung. Vorzüglich aber muss dieser Methode der Vorwurf gemacht werden, dass die Hand in bestimmten Momenten der Operation ihre Lagerung am Zangengriff verlässt, und, statt wie bisher, von unten das Instrument zu erfassen, dies von oben her thut. Dieses Wechseln in dem Halten der Griffe ist aber immer ein gefährlicher Zeitpunkt, in dem das Zangenblatt nur zu leicht die ihr bisher mitgetheilte Lage verlassen und tiefer herabsinken kann. Wohl hat deshalb Ed. v. Siebold gerathen 1), dies Wechseln in der Lage der Hand ganz zu unterlassen, und so wie das Instrument ein Mal erfasst ist, auch das Einführen desselben zu beendigen. Dann aber bekommt die Hand in den letzten Momenten der Operation, namentlich bei stärkerer Senkung der Griffe, eine so gezwungene, unbequeme Stellung, durch überstarke Zurückbeugung im Handgelenk, dass dadurch die so nothwendige Leichtigkeit derselben verloren geht. - Die zweite Methode bietet ein einfacheres Erfassen dar, doch ist das Aussehen weniger zierlich, man möchte versucht sein, zu sagen, mehr roh, zugleich muss auch die Hand, wenn sie ihre primäre Stellung beibehalten soll, in den letzten Momenten des Einführens, beim Senken der Griffe, stark im Handgelenk gebogen werden, was, wie schon erwähnt, nur auf Unkosten der Leichtigkeit in der Führung des Instruments geschieht. Jörg's Methode 2), die Löffel mit 3 Fingern in der Mitte der Griffe zu erfassen und

Ed. v. Siebold, Abbildungen aus dem Gebiete der theoretisch-practischen Geburtshülfe etc. Berlin 1835. S. 397. — Ed.
 Siebold, Lehrbuch der Geburtshülfe. Berlin 1841. §. 612. —
 Jörg, Handb. der Geburtshülfe für Geburtshelfer. 3te Auflage. Leipzig 1833. §. 474.

ohne Aenderung in der Haltung die Operation zu beendigen, würde eine ganz bequeme sein, wenn nicht das Instrument dabei zu überwichtig würde, indem bei ihr das am Griffende erfasste Instrument nur schwer zu leiten ist. Selbst bei Jörg's kleiner Zange fällt dies auf, noch mehr natürlich bei jedem längern Instrument. Demohngeachtet ist es bei jeder Zangenoperation, namentlich bei zuletzt kommendem Kopf und vorzugsweise wenn diese im gewöhnlichen Bett verrichtet wird, von nicht geringer Bedeutung, das Instrument sogleich so zu erfassen, dass dasselbe bequem in der Hand liegt, zugleich aber auch kein Wechsel in der Haltung während der ganzen Operation nöthig ist und die Hand keine gezwungene Stellung bekommt, damit die hier schon in vielfacher Beziehung in Anspruch genommene Aufmerksamkeit des Geburtshelfers nicht zu sehr durch verschiedene Gegenstände gefesselt werde. Ich erfasse deshalb das Zangenblatt ohngefähr so, wie der Chirurg das Bisturi in der dritten Position ergreift, von oben, von dem concaven Rande desselben her, indem ich den gerade ausgestreckten Zeigefinger mit seiner Spitze auf die obere Fläche des Schlosstheils setze, während der Daumen auf der flachen, der Mittelfinger auf der gewölbten Fläche des Griffes etwa 11 Zoll höher gelagert sind, und der 4te und 5te Finger locker höher hinauf den Griff umfassen. Das Griffende der Zange liegt an der innern Fläche der Handwurzel, zwischen dem Ballen des Daumens und dem des kleinen Fingers. Je nachdem die zu entbindende Frau höher oder tiefer im Verhältniss zum Geburtshelfer gelagert ist, wie dies beim Querbett sowohl, als auch im gewöhnlichen Bett stattfinden kann, beugt der Geburtshelfer im ersten Falle Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk unter rechtem Winkel, während er bei tieferer Lagerung der Gebärenden den Arm leicht gekrümmt mehr oder weniger abwärts streckt. Diese Haltung des Instrumentes bietet bei der Zangenoperation, namentlich bei zuletzt kommendem Kopfe, besonders wenn sie auf dem gewöhnlichen Bett verrichtet wird, alle Vorzüge dar, die man überhaupt an eine solche machen kann. Das einmal regelmässig gefasste in-

strument wird während des ganzen Actes des Einleitens unverändert gehalten, es braucht deshalb der Geburtshelfer nicht seine Aufmerksamkeit auf das Wechseln der Hand zu richten; es sind die fühlenden Fingerspitzen, die das Instrument ergreifen, die das sich der Spitze darbietende Hinderniss zu fühlen, auch wohl zu erkennen im Stande sind; es wird das Instrument leicht, aber auch sicher gehalten, und bietet dabei nichts Rohes, sondern etwas Zierliches (mehr Elegantes) in der Haltung dar.

Von welcher hohen Bedeutung die zweckmässige Lagerung der das Zangenblatt leitenden Finger wird, ist allgemein anerkannt. Sie sind es, die jedes einzelne Blatt an die passende Stelle des Kindskopfes und mütterlichen Bekkens, und, wo es sein muss, in die Gebärmutterhöhle führen und so gleichzeitiges Fassen, Quetschen und Herabziehen des untern Segments der Gebärmutter verhüten. Die öfter angeführten Verletzungen dieses Theils der Gebärmutter nehmen wohl am häufigsten aus Vernachlässigung dieser Regel ihren Ursprung. Um sicher in dieser Beziehung zu gehen, führt der Geburtshelfer die leitenden Finger entweder bis in den Muttermund, oder er dringt so hoch an dem Kopf des Kindes in die Höhe, dass er das Ohr desselben erreicht. Hat er seine Fingerspitze bis zu dieser Gegend des Kopfes geführt, so braucht er sich nicht mehr um den Muttermund zu bekümmern, denn das Ohr entspricht der grössten Circumferenz des Kopfes, und der Muttermund hat sich, wenn er sich nicht mehr bis zum Ohr findet, nach seiner möglichst stärksten Ausdehnung bis zum Halse zurückgezogen, und ist so der selbst hoch eingeführten Zange nicht mehr erreichbar. Bei zuletzt kommendem Kopfe habe ich in den Fällen, wo ich die Zange anzuwenden mich genöthigt sah, dies eben erwähnte Lagenverhältniss zwischen Kindskopf und Muttermund fast alle Mal beobachtet, weil der vorhergehende Rumpf des Kindes den Muttermund so stark ausdehnt, dass der Kopf leicht durch die Wehen durch ihn durch getrieben oder vom Geburtshelfer durchgezogen werden kann. Von der Befolgung der oben angeführten Regel hängt das Einführen von 2 oder 4 Fingern in die Scheide ab. Gewöhnlich genügen; aus dem angeführten

Grunde, bei dem meist tief stehenden Kopfe 2 Finger, während bei höherer Lagerung desselben 4 Finger hierzu genommen werden müssen. Meist erreicht man mit 2 Fingern. am Halse des Kindes wie an einem sichern Leiter hinaufdringend, ohne Beschwerden das Ohr, und kann der Frau das Binführen von 4 Fingern ersparen. Wenigstens bin ich in den hier zu Grunde gelegten 31 Fällen kein Mal gezwungen gewesen, zur Leitung mit 4 Fingern meine Zuflucht zu nehmen. Bei dem bekannten Einführen dieser leitenden Finger erlaube ich mir blos eine Bemerkung. Mit Recht macht Kilian darauf aufmerksam, dass, wenn man die Zange im gewöhnlichen Bett, an einer Seite blos stehend. einzuführen beabsichtigt, man die leitenden Finger bei dem Zangenblatt, das dem Geburthelfer näher liegt. unter dem entsprechenden Schenkel der Kreissen den einführt, indem dies eine sehr grosse Erleichterung gewähre 1). So wahr und gut dieser Rath ist, so passt er doch nicht in der von Kilian angegebenen Ausdehnung. Er wird sich in den Fällen zweckmässig erweisen, wo sich die Frau auf einem hohen Bett gelagert befindet; wo aber das Bett ein niedriges ist, würde dieser Bath nur mit Schwierigkeit auszuführen sein, indem sich der Geburtshelfer zu sehr beugen oder sich auf das Knie zur Seite des Bettes niederlassen müsste. In diesem Falle erreicht er viel besser seinen Zweck, wenn er auch bei dem zunächst liegenden Zangenblatt die leitende Hand über den Schenkel der Kreissenden einführt.

Scansons's Methode <sup>2</sup>) bei der Application der Zange im gewöhnlichen Bett, ist so sehr von jedem bisher üblichen Verfahren abweichend, dass ich gestehen muss, ich habe bisher den Nutzen dieser Operationsweise nicht einsehen können. Wohl beschreibt Scansoni sie blos genauer bei der Operation am vorankommendem Kopfe im gewöhnlichen Bett, sagt aber, wo er vom Anlegen des Instruments bei zuletzt kommendem Kopfe spricht: "Im Uebrigen weicht das Anlegen des Instruments von den oben angegebenen

<sup>1)</sup> Kilian, Operationalebre etc. 8. 575 u. 576. — 2) Scanson, Lehrbuch etc. Bd. III, S. 179.

allgemeinen Regeln nicht ab," so dass die früher gegebene Beschreibung auch hier in diesem Falle ihre Gültigkeit hat. Scanzoni's Worte sind: "Steht man an der linken Seite des Bettes, so führt man die 4 wohlgeölten Finger der linken Hand oberhalb des linken Schenkels der Kreissenden so in die Genitalien ein, dass die Rückenfläche der Finger der Gegend der linken Synchondrosis sacro-iliaca zugekehrt bleibt. Auf der Palmarfläche der eingelegten Hand wird der mit der rechten Hand gefasste linke Zangenlöffel 1) nach der oben beschriebenen Weise eingeführt und hierauf sein Griff so gegen die hintere Commissur der Schamspalte gesenkt, dass er an dem Ulnarrande der im Becken gelassenen Hand vorbeigeführt und unter der Dorsalfläche an den vordern Rand des Peritonäums angedrückt wird, wo ihn ein Gehülfe festhält. Hierauf wechselt die noch in den Genitalien befindliche Hand ihre Lage der Art, dass sie längs der hintern Beckenwand von der linken zu der rechten Synchondrosis sacro-iliaca geschoben wird, um dem nun wieder mit der rechten Hand gefassten rechten Löffel als Leiter zu dienen." Gegen diese Methode lassen sich wohl nicht ohne Grund mehrfache Einwendungen machen. Zuerst fällt es auf, dass zum Einleiten ganz allgemein das Einführen von vier Fingern empfohlen wird. Auf dem gewöhnlichen Bett werden aber bekanntlich nur die leichtern Geburtsfälle mit der Zange beendigt, d. h. namentlich die, bei denen der Kopf tief steht, so dass man hier sehr häufig mit 2 Fingern ausreichen wird. Wo man nicht hoch genug mit 2 Fingern hinaufdringen kann, da gehört der Fall, zu hohen Kopfstandes wegen, nicht mehr auf das gewöhnliche Geburtslager, sondern auf das Querbett. Dann ist es höchst auffallend. dass als Leiter in beide Beckenseiten dieselbe Hand gebraucht wird, während die andere Hand wieder beide Löffel in die Geschlechtstheile einführt. Bei der von Scanzomi gelieferten Beschreibung bemerkt man mit Ueberraschung die Lagerung der Hand in der Seite, die dem Ge-

<sup>1)</sup> Scansoni gestattet blos das Erfassen der Löffel in der Art einer Schreibfeder, mit 3 Fingern, vom convexen Rande der Zange aus, wie es oben beschrieben ward.

burtshelfer zunächst liegt. Sie ist eine höchst gezwungene, im Maximo der Supination. Bisher hat es aber als eine sehr zweckmässige Regel gegolten, die schon das Gefühl des bequemern Operirens dem Geburtshelfer aufzwang, der Hand die möglichst bequeme Stellung zu geben und deshalb jede gezwungene Haltung derselben, sei es sehr starke Pronation oder Supination dabei sorgfältig zu vermeiden. Bben so auffallend ist es, dass natürlich jetzt beide Löffel mit einer und derselben Hand eingeführt worden, was namentlich beim Binführen des dem Geburtshelfer zunächst liegenden Löffels bald zu einer sehr gezwungenen Haltung des leitenden Armes sowohl, als des ganzen Körpers führen muss. Am lebenden Weibe habe ich es nie gewagt nach dieser Methode zu operiren, wohl aber sehr häufig am Phantom, fand aber jedes Mal die Methode um Vieles unbequemer als die ältere. Sehr wahr sind Kilian's Worte 1), wenn er von der Leoret'schen Methode spricht, die ebenfalls beide Löffel mit einer und derselben Hand einzuführen rieth: "Man handelt daber immer am besten, nach den gewöhnlichen, ungekünstelten Kunstgriffen zu verfahren, sie sind die sichersten und eine lange glückliche Erfahrung hat sie geheiligt." Wenigstens so lange gilt dieser Grundsätz gewiss, so lange nicht etwas offenbar Besseres für das Alte, vielfach Geprüfte geboten wird, und das kann man von Scanzoni's Methode keineswegs sagen.

Zu vielfach verschiedenen Ansichten hat die Haltung des Kindskörpers die Veranlassung gegeben, allmälig haben sich dieselben jedoch mehr und mehr geeinigt, ob mit Recht? möchte indess wohl gefragt werden können. Ich muss hier zuerst über das Halten des Kindskörpers bei Anwendung der Zange auf dem Querbett bei zuletzt kommendem Kopf in den verschiedenen Stellungen desselben sprechen, um dann auf diesen Gegenstand bei Anwendung des Instruments im gewöhnlichen Bett zurückzukommen. In der neuesten Zeit stimmen die Geburtshelfer darin mehr und mehr überein, dass auf dem Querbett der Kindskörper in die Höhe gehoben werden muss, um die Zange unter dem-

<sup>1)</sup> Kilian, Operationslehre. 4te Lief. S. 577.

selben einzuführen, mag das Gesicht gegen die Aushöhlung des Kreuzbeins gerichtet sein, oder sich nach vorn, gegen die Symphysis ossium pubis gewandt zeigen 1). Wenn Mad. Boivin in dem Falle, wo das Gesicht nach vorn hinsieht, das Kinn aber sich von der Brust entfernt und sich auf dem obern Rand der Symphysis ossium pubis, oder hinter die Symphysis gestützt hat, das Anlegen der Zange oberhalb des Kindskörpers empfiehlt 2), so kann man einen solchen Rath kaum begreifen. Diese Fälle sind es vorzugsweise, die, wenn sie gleich eine verhältnissmässig schwierige Application der Zange darbieten, doch besonders das Einführen derselben unterhalb des Kindskörpers verlangen. Zwei Mal blos habe ich mich genöthigt gesehen, bei solcher Lage die Zange anzulegen, und habe mich in beiden Fällen genau davon überzeugt, wie unterhalb der Symphysis, durch den hier fest anliegenden Hals und die vordere Fläche der Brust, der Raum ein so beengter war, dass das Einführen der Zange oberhalb des Kindskörpers entweder gar nicht. oder doch nur mit der grössten Schwierigkeit geschehen konnte, während unterhalb desselben dies ohne Beschwerde möglich war. Michaelis hat schon in seiner oben erwähnten trefflichen Abhandlung dies auf das Bestimmteste nachgewiesen. Man brancht übrigens nur die von der Mad. Boioin gelieferte Kupfertafel genau anzusehen, um sich von der Unausführbarkeit des von ihr gemachten Vorschlages zu überzeugen. Der Kindskörper ist so sehr zurück gedrängt, dass der Rücken desselben die Spitze des Steissbines berührt (wo bleiben die so wichtigen Weichgebilde die zwischen diesem und der Commissura posterior labiorum liegen?) und demohngeachtet ist ein Theil der Brust und der Schultern in der Zange selbst enthalten, was

<sup>1)</sup> Kilian, Operationslehre. S. 590, 591. Nägele, Lehrbuch der Geburtshülfe. Mainz 1847. II. Thl. S. 79, 80. Busch, Lehrbuch der Geburtskunde etc. Berlin 1842. S. 491. Michaelis, Abhandlungen aus dem Gebiet der Geburtshülfe. Kiel 1833. S. 240.

<sup>2)</sup> Handbuch der Geburtshülfe von Mad. Boivin. Aus dem Franz. etc. Kassel u. Marburg 1627. S. 312, Tab. 116.

man wohl auf einer Kupfertafel, aber nicht am Geburtsbett machen kann.

Anders möchte aber das Verhalten des Geburtshelfers sein müssen, wenn bei nach vorn gewandter Gesichtsfläche, das Kinn sich nicht von der Brust entfernt, sondern das Gesicht selbst hinter die Symphysis hinabtritt. Diese Fälle sind indess so selten, dass ich lange Zeit diese Stellung des Kindskopfes ganz in Zweifel gezogen habe. Wenn die Naturkraft das mit der Brustfläche nach vorn gelagerte Kind mit dem Steisse oder den Füssen voran austreibt, so dreht sie auch dasselbe so, dass die Bauchfläche nach dem Kreuzbein hin zu stehen kommt; dasselbe thut ein zweckmässig ausgeübtes Kunstverfahren. Wo aber die Kunsthülfe das Kind am Steiss oder den Füssen zu schnell extrahirt, ohne die nothwendige Drehung desselben um seine Längsachse zu berücksichtigen oder bewirken zu können, da weicht auch, sich aufstützend, das Kinn in die Höhe, wie es ja auch die Arme thun. Vor einigen Jahren machte ich indess eine Beobachtung, die mir zeigte, dass solche Lagerung des Kindes wirklich bei der Geburt vorkommt. Ich ward zu einer Gebärenden gerufen, bei der eine Steisslage stattfand. Das Kind ward regelmässig, ohne alle Kunsthülfe, mit den Hüften im zweiten schrägen Durchmesser, dem Rücken nach vorn und links gerichtet, geboren. Es zeigte sich eine zweite Frucht in der Gebärmutter. Die kräftigen Contractionen des Uterus sprengten nach einigen Minuten die Blase, und das Kind trat in demselben schrägen Durchmesser, aber mit der Bauchfläche nach vorn, ins Becken. Ohne irgend eine Drehung um die Längsachse ging mit sehr kräftigen Wehen das Kind in der eben bezeichneten Lage durchs Becken, die Arme entwickelten sich unter dem Schambogen und hinter der Symphysis lag das Gesicht. Eine einzige sehr kräftige Wehe drängte den Kindskopf durch, und ein lebendes Kind war geboren. Wahrscheinlich lag in der Kleinheit des Zwillingskindes, in der schon erfolgten Ausdehnung der Geschlechtstheile, in der Stärke der Uterinkraft, so wie in der durch diese Verhältnisse bedingten Schnelle der Geburt, der Grund der in diesem Falle nicht erfolgten Drehung des Kindes um seine Längsachse

und des unverändert an der Brust des Kindes bleibenden Kinnes. — In diesem, wie schon gesagt, gewiss höchst seltenen Falle, würde wohl die Anlegung der Zange über dem gesenkten Kindskörper passen, wie dies schon Baudelocque <sup>1</sup>), Froriep <sup>2</sup>), Hussian <sup>3</sup>), Schwarzer <sup>4</sup>) und Irmer <sup>5</sup>) angegeben haben, und wie es Zeiller in seinen Kupfertafeln abgebildet hat <sup>6</sup>).

Wenn man in den gewöhnlichen Fällen den Körper des Kindes aufhebt, um die Zange unterhalb desselben einzuführen, so ist hier noch ein Punkt von Bedeutung zu beachten, nach welcher Seite der zu entbindenden Frau man nämlich den Körper des Kindes hin bewegen soll. Kiliase empfiehlt mit ganz bestimmten Worten, dass der Assistent den Kindskörper nach dem Schenkel der Mutter richten soll, der der Seite entgegengesetzt ist, in welcher das Zangenblatt einzulegen ist ?), und einen ganz ähnlichen Rath geben fast ohne Ausnahme alle Gebartshelfer, wie o. Siebold Vater <sup>8</sup>) und Sohn <sup>9</sup>), Busch <sup>10</sup>), Detroit <sup>11</sup>), Scansoni <sup>12</sup>), Wittlinger <sup>14</sup>), Schwarzer <sup>14</sup>), Hussian <sup>15</sup>). Abweichend hiervon empfehlen Rosshirt <sup>16</sup>) und Irmer <sup>17</sup>)

<sup>1)</sup> Baudelocque, l'art des accouchemens. Tom. IL Paris 1822. S. 204. - 2) Froriep, theoretisch-practisches Handbuch der Geburtshülfe. Weimar 1822. §. 481. - 3) Hussian, Handbuch d. Geburtshülfe. 3ter Theil. Wien 1828. S. 177. - 4) Schwarzer. Handbuch d. Geburtshülfe. Wien 1838. Bd. II. S. 496. - 5) Theodor Irmer, Nonnulla de forcipis obstetriciae capite postero applicato. Diss. inaug. Dorpati. p. 34. - 6) Paul Zeiller, geburtshülflicher Hand-Atlas etc. 5te Lieferung. S. 164 und die dasu gehörige Tafel. - 7) Kilian, Geburtshülfe. S. 228. Kilian, Operationslehre. S. 590. - 8) Elias p. Siebold, Lehrbuch der practischen Entbindungskunde, Nürnberg 1821, S. 350. - 9) Eduard v. Siebold, l. c. p. 510. - 10) Busch, Lehrbuch d. Geburtskunde. Berlin 1842. S. 491. Busch, die theoretisch-practische Geburtskunde durch Abbildungen erläutert. Berlin 1838. Seite 373. -11) Detroit, Cursus der Geburtskunde. Berlin 1846. S. 423. -12) Scanzoni, l. c. - 13) Wittlinger, Handb. der Geburtskunde. Quedlinburg und Leipzig 1848. S. 651. - 14) Schwarzer, l. c. p. 396. - 15) Hussian, I. c. Bd. III. §. 161. - 16) Rosshirt, I. c. §. 881. - 17) Irmer, l. c. p. 34.

das Kind nach der Seite zu heben, wo die Zange eingeführt wird. Ich muss gestehen, dass ich die Zweckmässigkeit des von den meisten Geburtshelfern gegebenen Rathes niemals habe einsehen können. Man bewegt den Kindskörper zur Seite, um sich mehr Raum zum beguemern Operiren zu verschaffen. Dieser grössere und freiere Raum kenn aber entweder der operirenden oder der leitenden Hand bereitet werden; für die das Zangenblatt in die Geschlechtstheile leitenden Finger ist es gleichgültig, nach welcher Seite man den Kindskörper bewegt, sie können in dem einen und dem andern Falle gleich bequem zur Wange des Kindes geführt werden, indem die Hand unter dem erhobenen Kindskörper liegt und in beiden Fällen Raum findet, Falsch geradezu wäre die Ansicht, dass, indem man den Kindskörper nach der Seite hin bewegt, wo das Zangenblatt nicht eingeführt werden soll, man sich auf der andern Seite mehr Raum für die leitenden Finger durch Bewegung des Kopfes bereitet. So locker und leicht beweglich liegt der Kopf nicht im kleinen Becken, hier besonders nicht, wo ja seine feste Stellung den Gebrauch der Zange verlangt; man beugt blos den Hals des Kindes, ohne eine Bewegung des Kindskopfes zu bewirken. Ganz anders aber verhält es sich bei diesem Act mit der das Zangenblatt führenden Hand. Dieser muss durch die Seitenbewegung des Kindskörpers Raum geschafft werden; diese wird aber, wenn man den von den meisten Geburtshelfern gegebenen Bath befolgt, im höchsten Grade in ihrer freien Bewegung gestört, da die operirende Hand sich ebenfalls in der Seite befinden muss, wo der Löffel nicht eingeführt wird; man kann sie nicht hoch genug erheben, da der in derselben Seite befindliche Kindskörper auf ihr liegt. Deshalb empfehlen Capuron 1) und Velpeau 1) auch, den Kindskörper blos aufzuheben. Ich habe es immer zweckmässiger gefunden, denselben nach der Seite zu bewegen, wo das Zangenblatt eingeführt werden soll. Hierbei ist keine Hand

<sup>1)</sup> Capuron, Cours théorique et pratique d'accouchemens etc. Bruxelles 1832. p. 204. — 2) Velpeau, traité complet de l'art des accouchemens. Bruxelles 1835. S. 425.

durch den Kindskörper in ihrer Bewegung beengt, namentlich hat die das Zangenblatt führende vollkommene Freiheit jede Lagerung einzunehmen; sie kann gehoben oder gesenkt werden, wie es der Geburtshelfer nötbig findet. Wenn dies schon auf dem Querbett der Fall ist, so gilt diese Regel, meiner Meinung nach, noch mehr bei der Zangenoperation im gewöhnlichen Bett. Der von Detroit gegebene Rath, das Einführen der Löffel in diesem Falle mit gesenktem Griff zu verrichten, ist geradezu ein falscher, indem die Hand dabei noch mehr als durch den Kindskörper durch den Schenkel der Frau behindert wird, zu gleicher Zeit aber auch das ganze Instrument, der Achse des Bekkens entsprechend gebogen, eine Lage zum kleinen Becken erhält, die das Einführen sehr erschwert, gefährlich, ja selbst unmöglich macht.

Schon Ösiander der Vater 1), dessen Gewandheit im Gebrauch der Zange wohl nur Wenige erreicht haben, führte in seiner Geburtshülfe an, wie wichtig hier die Unterstützung des Kindes wäre. "Es kommt hier sehr darauf an, dass bei der ganzen Operation der Gehülfe geschicht den Leib in ein Tuch hüllt, nie den Nacken sehr aufbiegt, nie Arme und Füsse aus dem Tuch fallen lässt, schnell und geschickt mit den Händen wechselt, beide Enden des Tuches straff anzieht, und wenn der Kopf geboren ist, ihn aufnimmt und das Kind geschickt umwendet. Aber eben deswegen muss auch das Halten gelehrt und gelernt sein, wenn der Geburtshelfer nicht unter der Operation lange aufgehalten und das Kind unter dieser Zögerung das Leben verlieren soll." Eben so sagt Kilian \*) mit vollem Recht: "Der Kindskörper wird einem Assistenten, der gleich geschickt und vorsichtig sein muss, zum Halten übergeben." Nur zu sehr hat mich die Erfahrung von der vollkommenen Wahrheit des so eben Erwähnten überzeugt. In einer Klinik, wo die Hülfe gebildeter und geübter Assistenten vorhanden ist, sind die im einzelnen Falle nöthigen Massregeln bequem durchzuführen. In der Privatpraxis verhält

<sup>1)</sup> Osiander, Grundriss der Entbindungskunst. Göttingen 1842. 3ter Thl. p. 53. — 2) Kilian, Operationslehre. S. 589.

es sich nur zu oft genz anders. Wohl findet man bei einem grössern Theil der Gebärenden die Hebamme, die dem Geburtshelfer eine gute Assistentin sein kann. Sie ist aber selbst hier die einzige Assistentin, die der Geburtsbelfer nur zu oft zu andern Zwecken, zur Vorbereitung and Darreichung des Instruments, zur Haltung des schon eingeführten Löffels, zur Unterstützung des Dammes, zur Unterstützung und Labung der Frau u. s. w. verwenden muss, so dass ihm bei Unterstützung des gebornen Kindskörpers dieselbe nur unvollkommen zur Hand gehen kann. Mehr noch tritt dieser Mangel der Assistenz, ich will nicht segen der guten Assistenz, da entgegen, wo die Hebamme ganz fehlt, d. h. in der Armenpraxis, wo gewöhnlich die erste beste Frau, wenn sie nur alt ist, die Stelle der Hebmme zu vertreten pflegt, und dem Geburtshelfer nicht nur keine Hülfe bringt, sondern nur zu oft blos störend ihm in den Weg tritt. In der Landpraxis ist mir in früherer Zeit dieser Umstand besonders bemerklich gewesen, doch ist in dieser Beziehung auch von der städtischen Armenpraxis ganz dasselbe zu sagen. Wohl verhält es sich in vielen andern Gegenden anders, bei uns, und nicht bei uns allein, gilt das oben Gesagte nur zu gewiss. Die Hülfe des Geburtshelfers nimmt die ganz arme Gebärende oft und zwar gern in Anspruch, während sie viel seltner und schwerer sich dazu entschliesst, die Hebamme zur Geburt hinzuzurufen, so dass der grösste Theil der Geburten auch in der Stadt ganz ohne zweckmässigen Beistand erfolgt. Tritt in diesen Fällen nun Zögerung in irgend einer Beziebung ein, so ist es der Geburtshelfer zu dem die arme Gebärende ihre Zuflucht nimmt, nicht die Hebamme. Dieser auf den ersten Anblick so, auffallende Umstand erklärt sich leicht, wenn man bedenkt, dass erstlich der Geburtshelfer in Stande ist, arzneiliche oder mechanische Hülfe zu bringen, oder selbst die Geburt zu beendigen, womit er den Hauptwunsch der Gebärenden erfüllt, nicht aber die Hebanne. dass zweitens die wirkliche grosse Armuth des gebärenden Weibes dasselbe zu solchem Verhalten bewegt. Der hinzugerufene Arzt leistet im ärmern Publicum nicht par die nöthige Hälfe unentgeltlich, sondern es werden die

ł

1

۱

1

ł.

oft nöthigen Arzneien und dergleichen, wo es sein muss, von ihm besorgt, während die Hebamme dies nicht zu than im Stande ist, und, in Beziehung auf pecuniäre Einnahme schlechter gestellt, auch ihren Lohn verlangt, der, wenn gleich an und für sich gewiss gering, doch der wirklich armen Frau unerschwinglich ist. Zu diesen ungünstigen Verhältnissen kommt bei uns noch die Schwierigkeit in Beziehung auf die Sprache. Es giebt wohl nur wenige Gegenden, wo so verschiedene Sprachen dem Arzt nothwendig sind, wie bei uns. Deutsch, Russisch, Esthnisch und Celtisch werden von den verschiedenen gleichzeitig hier wohnenden Volksstämmen gesprochen, und selten nur spricht der Arzt alle gleich geläufig, wenn gleich immer mehrere derselben. So sieht er sich denn öfters sogar des Mittels beraubt, die etwa vorhandene, im Geburtsgeschäft ganz ungeübte Person in der nöthigen Assistenz zu unterrichten. Zu diesen Schwierigkeiten gesellt sich öfters noch der schon bei der Wahl des Lagers erwähnte Mangel an Raum, der öfters so bedeutend ist, dass der Arzt, aber auch nur er allein, am Geburtsbett Platz findet, von einer zweiten, Hülfe leistenden Person dagegen gar nicht die Rede sein kahn. Unter so ungünstigen Verhältnissen habe ich mich oft gezwungen gesehen, allein, ohne alle Assistenz zu operiren, denn gar keine Hülfe ist besser als eine schlechte, die nur störend in den Weg tritt. In diesen Fällen nahm ich zum Binführen der Löffel über den Kindskörper meine Zuflucht, einem keineswegs neuen, sondern von den äktern Geburtshelfern vielfach empfohlenen Verfahren. So wie das gewöhnliche Geburtsbett indess nur für die leichtern Fälle der Zangenoperation passt, bei schwerern Operationen aber das Ouerbett iedes Mal gebraucht werden muss, so muss ich auch hier auf das Bestimmteste aussprechen, dass die Einführung der Zange über dem Kindskörper nur da in Gebrauch gezogen werden darf, wo der Kopf tief, dem Bekkenausgange nahe steht, mit dem Gesicht nach hinten gewandt; unter entgegengesetzten Verhältnissen aber ist die Einführung der Löffel nothwendiger Weise unterhalb des Kindskörpers vorzunehmen. In diesen leichtern Fällen, wo nur Zögerung im Geburtsact durch vorübergehendes Ausbleiben der Wehenkraft stattfindet; wo die Geburt bei längerer Dauer ohne Zweifel erfolgen würde, wo indess die manuelle Hülfe allein nicht ausreicht die Wehenkraft zu ersetzen, und wo in der erwähnten Zögerung die so dringende Lebensgefahr für das Kind begründet ist, die nur zu oft den Tod desselben erzeugt, in diesen Fällen gelingt die Application der Zange über dem Kindskörper mit grosser Leichtigkeit; die leitenden Finger gleiten bequem von der Seite des Halses zu den Wangen und den Ohren, und eben so leicht lassen sich die Zangenlöffel über die genannten Theile einführen. Im gewöhnlichen Geburtsbett ist diese Art, die Zange zu applieiren, insofern höchst einfach, als man den gebornen Kindskörper zwischen den Schenkeln der Mutter liegen lässt und ihn blos zum Schutz gegen die kältere Luft mit einem erwärmten Tuche bedeckt. -- Wenn ich Anfangs nur bei Mangel an zweckmässiger Assistenz die Zange über dem Kindskörper einführte, so habe ich später, durch Erfahrung am Geburtsbett von der grossen Leichtigkeit dieser Anwendungsart überzeugt, auch unter günstigern Verhältnissen dieselbe öfters gewählt. Unter den von mir hier betrachteten 31 Zangenoperationen bei zuletzt kommendem Kopfe führte ich die Zangenblätter 16 Mal unter und 15 Mal über dem Körper des Kindes in die Geschlechtstheile der Mutter. Bei den erstern kamen 9 Kinder lebend und 7 todt zur Welt; bei den letztern wurden 10 lebend und 5 todt zu Tage gefördert. Wenn danach das Einführen der Zange über dem Kindskörper bedeutend günstigere Resultate gegeben zu haben scheint, so darf hier nicht vergessen werden, dass die schwierigen Fälle, bei vorangegangener Wendung, bei Beckenenge, höherem Kopfstande und ungünstiger Kopfstellung immer im Querbett verrichtet wurden, und hier auch ganz gewöhnlich zum Binführen des Instruments unter dem Kindskörper bewogen. Bin Mal gelang das Einführen unter dem Kindskörper im gewöhnlichen Bett nicht, während die Operation auf demselben Lager über dem Kindskörper mit Leichtigkeit vollzogen ward.

Nachdem die Blätter des Instruments beide über dem Kindskörper eingeführt sind, kann man die Zange entweder Bentmetr, f. Gebruk, 1854. Bd. 111, Bb. 2. 9

sogleich in derselben Lage schliessen, oder man bewegt die Griffe des Instruments einzeln um den nach der entgegengesetzten Seite gedrängten Kindskörper, um die Vereinigung der Zangenblätter unter dem Kinde vorzunehmen. Das Letztere ist namentlich da zu empfehlen, wo der Kopf höher im Becken steht, die Tractionen deshalb mehr abwärts gerichtet werden müssen; das letzterwähnte Verfahren passt dagegen in dem Falle, wo der Kopf tief, nahe dem Beckenausgange steht, und wo Alles auf Zeitgewinn ankommt, wo jede Zögerung dem Kinde verderblich werden kann. Unter den 15 Fällen, wo die Zange unter dem Kindskörper eingeführt ward, vereinigte ich sie 12 Mal sogleich über demselben, und nur 3 Mal brachte ich die eingeführten Löffel unter den Kindskörper und schloss hier das Instrument. Von den auf diese Weise zur Welt gebrachten Kindern waren 2 todt und eins lebend; von den 12 Entbindungen, wo die Zange über dem Körper geschlossen wurde, kamen 9 lebend und 3 todt zur Welt.

Sehr grosse Schwierigkeit beim Einführen der Löffel am zuletzt kommenden Kopfe, bietet dem Geburtsbelfer die Stellung des Kopfes im gueren Durchmesser dar, indem hier bei dem Einführen des Löffels, der in der Seite zu liegen kommt, nach welcher das Gesicht gewandt ist, sich meist grosse Hindernisse entgegen stellen, da der Löffel über die unebene Fläche des Gesichts hinübergleiten muss, und leicht am Kinn, der Nase, so wie dem obern Augenhöhlenrande mit der Spitze sich feststellt. Es gehört diese Lagerung des Kopfes bei den Beckenendgeburten glücklicher Weise zu den nur selten vorkommenden Fällen, die mich nur 2 Mal zur Anlegung der Zange genöthigt haben. Das erste Mal war es bei einem schon seit 24 Stunden abgestorbenen Kinde, wo ich das linkshändige Zangenblatt mit Leichtigkeit über das Hinterhaupt einführte, bei dem rechtshändigen aber, das auf dem Gesicht zu liegen kommen sollte, auf sehr grosse, nur mit Mühe zu überwindende Hindernisse stiess. Hier ist es wünschenswerth, die ungünstige Lagerung des Kopfes in eine bessere zu verwandeln, was sich wohl auch, theils mit den Händen allein (auf die bekannte Weise), theils mit Instrument und Hand gleich-

zeitig thun lässt. Für die letzterwähnte Methode steht mir freilich nur eine einzige Erfahrung als Beleg zu Gebote. In einem Falle nämlich, wo sich der zuletzt kommende Kopf ebenfalls in den queren Durchmesser gestellt hatte, und zwar mit dem Hinterhaupt nach links, mit dem Gesicht nach rechts, führte ich auf dem Querbett das linkshändige Zangenblatt in die Gegend der linken Synchondrosis sacroiliaca, als ob ich die Zange im 3ten schrägen Durchmesser des Beckens zu lagern beabsichtigte. Dann ergriff ich mit meiner rechten Hand den Griff dieses linkshändigen Blattes. führte Zeige- und Mittelfinger meiner rechten Hand an die nach vorn gerichtete linke Wange und drehte den Kopf mit dem Zangenblatt und den Fingern so, dass er sich mit dem Gesicht in die Aushöhlung des Kreuzbeins wandte. Das einzelne Zangenblatt ward hier also als Hebel, und zwar als Druckhebel gebraucht 1). Das dann angelegte zweite

1) Ich hatte diesen Aufsatz geschlossen und auf ein Jahr bei Seite gelegt, als sich mir die Gelegenheit darbot, das einzelne. eingeführte Zangenblatt auch als Zughebel zu versuchen. Es war bei einer sehr langsam verlaufenden Steissgeburt (2te Hauptart, 1ste Unterart), die ich durch Extraction des Kindes zu beendigen mich gezwungen sah. Der linke Fuss und Unterschenkel hatten sich quer über den rechten geschlagen und lagen fest auf der Symphysis ossium pubis. Das sehr grosse Kind ward auf dem Querbett langsam entwickelt, ohne Beschwerde um seine Querachse gedreht, die Lösung der Arme erfolgte im Ganzen leicht, der Kopf trat in den ersten schrägen Durchmesser. Das linkshändige Zangenblatt glitt gut, unter dem Kindskörper geführt, in die linke Seite des Beckens, was mit dem rechten indess nicht der Fall war. Statt wiederholte seitraubende Versuche anzustellen, erfasste ich das eingeführte linkshändige Zangenblatt mit der rechten Hand, drückte 2 Finger der linken Hand an die linke Wange des Kindes, und extrahirte, den Kopf zwischen Zangenblatt und Fingern fixirend, denselben mit Leichtigkeit. In einem 2ten Falle, wo ich bei Gesichtslage und einer Conjugata von 3½ Zoll das Kind auf die Fusse gewandt hatte, gelang aber die Extraction auf diese Weise nicht; ich musste beide Blätter über dem Kindskörper einführen, und brachte ein scheintodtes, ins Leben surückgerufenes-Kind sur Welt, das aber sohon nach 18 Stunden starb. . .

9\*

### 132 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

Zangenblatt glitt ohne Hinderniss ein und ein lebendes Kind ward mit Leichtigkeit entwickelt.

Die Extraction des zuletzt kommenden Kindskopfes in dem gewöhnlichen Bett ist in der Regel nicht schwierig. Da nur bei tief ins Becken getretenem Kopf, bei guter Lagerung und Stellung desselben, bei guten räumlichen Verhältnissen auf solchem Lager die Operation unternommen werden darf, da die Geschlechtstheile der Mutter durch die Geburt des Kindskörpers schon erweitert sind, so pflegt der Kindskopf gewöhnlich einem leichten Zuge zu folgen. Nur bei 11 Entwicklungen des zuletzt kommenden Kopfes auf dem gewöhnlichen Bett habe ich indess in meinen Journalen mehr oder weniger genau diesen Punkt berücksichtigt. Unter diesen 11 Fällen ist blos einer bemerkt, der bei der Extraction des Kopfes die Ausübung eines stärkern Grades von Kraft verlangte. Bei 6 Fällen ist die Extraction als eine rasch, schnell beendigte bemerkt; bei den übrig bleibenden 4 Operationen genügten bei der ersten eine, bei der 2ten und 3ten zwei und bei der 4ten drei Tractionen um den Kopf zur Welt zu bringen. Meist wandte ich die stehenden Tractionen Osiander's an, bei denen die den Geschlechtstheilen zunächst liegende Hand das Zangenschloss von oben ergreift, die entferntere dagegen die Enden der Zangengriffe von unten erfasst. Während die erstere abwärts drückt, macht die letztere die "Rotationen und hebt die Griffe allmälig auf, so den Kopf in einer Bogenlinie durch das Becken bewegend. Sobald der Kopf den Damm auszudehnen anfängt, übernimmt die bisher am Schlosstheil gelagerte Hand allein die Leitung des Instruments, indem sie die Griffe höher, entfernter vom Schloss erfasst, während die andere die Unterstützung des Dammes besorgt. Auch kann man sich, in diesen leichtern Fällen, sehr gut auf den Bettrand setzen, den Oberkörper stark zur Seite, zur Frau hin neigend, mit beiden Händen die Zangengriffe erfassen und die Extraction ebenso beendigen, als wenn man es, zwischen den Schenkeln der Frau stehend, auf dem Ouerbett thäte. Den Platz am Fussende des Bettes einzunehmen und die Extraction von hier aus zu besorgen, nachdem man die Frau so viel wie möglich

### bei zuletzt kommendem Kopfe.

dem untern Bettende genähert hat, habe ich blos bei vorakommendem Kopfe versucht, halte das Verfahren indess immer für ein dem Damm Gefahr drohendes, da man alle La mit etwas ausgestreckten Armen operiren muss und nicht immer im Stande ist, beim Zuge die ausgeübte Kraft schörig zu beherrschen, der Kopf so plötzlich hervorschiessen und den Damm zerreissen kann. Zweckmässig, glaube ich, möchte dagegen die von Scanzoni<sup>1</sup>) angerathene schräge Legerung der Gebärenden in ihrem Bett sein, sowohl zum Enfihren des Instruments, als zur Extraction des Kopfes, namentlich für den weniger Geübten, indem man sich dadurch das ganze Verfahren vereinfacht. Hierbei soll der cine Fuss, im Knie gebogen, auf einen Stuhl zur Seite des Bettes gesetzt werden, während der andere im Bett fixirt ist und der Operateur zwischen den Schenkeln der Frau steht -

Um die von mir bei häufigerm Gebrauch der Zange erhaltenen Resultate mit der Erfahrung anderer Geburtshelfer zu vergleichen, die in diesen Fällen seltner die Zange zu benutzen pflegen, nahm ich die von Hofmann<sup>2</sup>) mitgetheilte Uebersicht der Ereignisse in der Entbindungsanstalt zu Würzburg, die einen grössern Zeitraum von 40 Jahren umfasst. In diesen Jahren wurden 107 Steissgeburten, 8 Kniegeburten, 24 halbe Fuss- und Steissgeburten, 48 vollkommene Fussgeburten, im Ganzen 184 Beckenendgeburten beobachtet, die Fälle nicht gerechnet, wo die Kunst durch Wendung eine solche Lage einleitete.

In diesen 187 Beckenendgeburten wurde 6 Mal die Zange bei zuletzt kommendem Kopfe angelegt, d. h. 1 Mal unter 31 Fällen.

Wenn ich gleich, wie schon früher erwähnt, ein solches Verhältniss nicht anzugeben im Stande bin, so muss

<sup>1)</sup> Scansoni, I. c. III, Seite 180. — 2) Hofmann, statistische Usbersicht in der Königt. Gebäranstalt zu Würzburg etc. Neue Zeitschrift für Geburtskunde, XXII, 1.

# 134 VII. Dr. Walter, über die Anwendung der Zange

ich ohne Weiteres eingestehen, dass ich die Zange bei diesen Geburten viel häufiger anzuwenden pflege.

Sehen wir zuerst auf die Resultate dieser Geburten in Beziehung auf das Leben des Kindes, so kamen lebend zur Welt oder wurden ins Leben zurückgebracht von 107 Steissgeburten 62 Kinder, dagegen todt 45; 'von 8 Kniegeburten 3 Kinder, dagegen todt 5; von 24 halben Steissgeburten 13 Kinder, dagegen todt 11; von 48 vollkommenen Fussgeburten 26 Kinder, dagegen todt 22. Von Summa 187 Beckenendgeburten 104 lebende Kinder und 83 todte. Lebend kamen also zur Welt 55,61 Procent, todt 44,38 Procent. --- Wenn ich diesen Resultaten die von mir beobachteten Fälle zur Seite stelle und zuerst alle Fälle zusammen nehme, auch die, bei denen früher die Wendung ausgeübt wurde, so kamen bei 31 Geburten 19 lebende und 12 todte Kinder zur Welt, demnach lebend 61.29 Procent, todt 38,70 Procent, so dass in diesem, für die von mir gemachten Operationen, ungünstigern Verhältnisse, indem die Wendungsfälle mit gerechnet wurden, die von mir bei bäufigerer Anwendung der Zange erhaltenen Resultate sich um 5} Procent günstiger gestalten, als bei seltnerem Gebrauch derselben.

Lassen wir dagegen die 11 Fälle weg, wo die Wendung der Zangenoperation vorausgeschickt werden musste, so bleiben noch 20 Geburten, in denen bei durch die Natur bewirkten Beckenendlagen die Zange angewandt wurde und die Resultate gestalten sich hier noch günstiger. Bei diesen 20 Geburten kamen 13 lebende und 7 todte Kinder zur Welt. Demnach waren lebend 65 Procent, todt 35 Procent, so dass bei häufigerer Anwendung des Instruments in diesen Beckenendgeburten das Resultat um 10 Procent besser ausfällt, als bei seltnerem Gebrauch der Zange. Dabei ist nicht zu übersehen, dass die von Hofmann mitgetheilten Resultate alle einer bekannt guten Klinik entnommen sind, die meinigen dagegen vorzugsweise der Privatpraxis, und zwar natürlich meist den ärmern Klassen des Volkes, und dass die erstern sich eigentlich günstiger gestalten sollten, weil die nöthige Hülfe bei ihnen viel zeitiger angewandt werden kann, als dies nur zu oft in der Privatpraxis,

amentlich der Armenpraxis der Fall ist, wo der Geburtsbelier häufig zu spät kommt.

Vergleichen wir zweitens die Resultate in Beziehung auf die Mutter und nehmen wir wieder zuerst alle von mir mitgetheilten Fälle, auch die, bei denen die Wendung voransgeschickt wurde, so gestalten sie sich hier günstiger für den seitnern als für den häufigern Gebrauch der Zange.

Unter 187 Beckenendgeburten erkrankten in Würzburg 25 Frauen = 13,36 Procent, es starben 4 Frauen = 2,14 Procent.

Unter den von mir beobachteten 31 Fällen erkrankten 5 Frauen = 17,85 Procent, es starben 2 Frauen = 7,14 Procent.

Lassen wir aber wieder die Entbindungen weg, wo die Wendung der Zangenoperation vorausgeschickt wurde, so tritt uns ein ganz anderes Verhältniss entgegen, und zwar wieder günstiger beim häufigern Gebrauch des Instruments.

Unter 20 Fällen von Beckenendgeburten erkrankten 2 Frauen = 10 Procent, es starb keine Frau = 0 Procent.

Diese Zusammenstellung spricht um so mehr für den häufigern Gebrauch der Zange, als die von *Hofmann* mitgetheilten Resultate alle Beckenendgeburten umfassen, ich dagegen nur solche berücksichtigt habe, wo mehr oder weniger schwere Kunsthülfe nöthig war.

## VIII.

Siebenunddreissigster Jahresbericht über die Ereignisse in dem Entbindungs-Institute bei der Kgl. Sächsischen chirurgisch-medicinischen Akademie zu Dresden im Jahre 1851.

Von

Professor Dr. Gremser.

In diesem Jahre wurden 368 Schwangere und Wöchnerinnen verpflegt, von denen 5 Schwangere und 8 Wöchnerinnen ultim. December 1850 im Bestand verblieben waren, so dass 355 im Laufe des Jahres Aufnahme fanden. Von den 345 Entbundenen haben 186 zum 1sten, 101 zum 2ten, 33 zum 3ten, 11 zum 4ten, 4 zum 5ten, 8 zum 6ten, 3 zum 7ten, 1 zum 8ten, 1 zum 10ten, 1 zum 13ten und 1 zum 20sten Male geboren.

Davon wurden 335 gesund entlassen, 6 theils an das Stadtkrankenhaus, theils an die therapeutische Klinik abgogeben (nämlich 2 Maniacae, die wegen Ueberfüllung der Anstalt nicht isolirt werden konnten und die übrigen Wöchnerinnen zu sehr beunruhigten, 4 wegen chronischer Krankheit) und 10 starben, nämlich: 7 an Metrophlebitis, Oophoritis und Peritonitis, 1 an Peritonitis p., 1 an Endometritis und 1 an Hypertrophia cordis cum pleuritide.

Gesundheitgemäss gebaren 329, durch Kunsthülfe wurden entbunden 16, als: 15 mittels der Zange, 1 durch die Wendung. Die Nachgeburt musste 3 Mal, theils wegen zu fester Adhärenz mit bedeutender Metrorrhagie, theils wegen Incarceration künstlich entfernt werden. Hierzu kommen noch die Hülfsleistungen, welche bei Steiss- und Fusslagen in einzelnen Acten der Extraction bestanden, wie Lösung eines oder beider Arme, Nachhülfe mit den Fingern bei der Entwickelung des Kopfes u. s. w.

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1851. 137

Die Zahl der Neugebornen, betrug 345, darunter 1 Mal Iwilinge. 326 wurden lebend und 19 todt geboren. Die Telesarsache war in 2 Fällen Compression des Gehirns, 7 Hal Druck der Nabelschnur, 8 Mal Erkrankung des Fötus sebst, daher diese Früchte mit Zeichen des bereits schon früher erfolgten Todes zu Welt kamen, 1 Mal Krankheit der Piecenta und 1 Mal Partus immaturus. Abortus kam 1 Mal wr, frühzeitig wurden 5 Knaben und 10 Mädchen geboren. Des längste Kind maass 21 Par. Z., das schwerste Kind weg 10; Pfund.

Der grösste Mutterkuchen hielt 8½ und 9 Par. Z. in seinen beiden Durchmessern, der kleinste 4. Der längste Kubelstrang maass 34½ Par. Z., der kürzeste 10.

In erster Schädellage stellten sich 234, in zweiter 94, in erster Gesichtslage 1, in zweiter 1, in erster Steisslage 2, in zweiter 2, in erster Fusslage 2, in zweiter 1 zur Geburt. Querlage kam 1 Mal vor, wobei die linke Schulter der Frucht vorlag. In 6 Fällen konnte der Mechanismus der Geburt nicht beobachtet werden, weil die Geburt bereits ausserhalb der Anstalt erfolgt war.

### Anomalien der Schwangerschaft.

Coma somnolentum. Es trat dieser Zustand plötzlich bei einer 34 jährigen, zum fünften Male Schwangern ein, die sich bisher wohl befunden hatte. Dieselbe konnte selbst durch Rütteln und Schütteln aus ihrem tiefen, bereits 18 stündigen Schlafe nicht erweckt werden und lag unbeweglich da; die Hauttemperatur und der Puls waren dabei normal, die Pupillen reagirten. Nachdem Frottirungen, Sinspismen und geschärfte Lavements keinen Nachlass bewirkt hatten, vermochte erst am andern Tage eine Venäsection einen halbwachen Zustand herbeizuführen, bis endlich am dritten Tage das volle Bewusstsein wiederkehrte und die Schwangere wiederaufstehen und ihre Geschäfte verrichten konnte. Sie wurde hierauf nach 6 Wochen ohne Wiederkehr dieses Zufalls von einem lebenden Mädohen schnell entbunden und hatte ein glückliches Wochenbett.

Retroversio uteri gravidi kam bei einer 83 jähri-

### 138 VIII. Dr. Grenser, XXXVII. Jahresber. d. Entbind-Instit.

gen. zum Sten Male schwangern Person vor. Die dritte Schwangerschaft datirte seit Weihnachten und war bis in den Monat März regelmässig verlaufen, wo sich Urinbeschwerden und Schmerzen im Unterleibe einstellten, welche Symptome sich immermehr steigerten, so dass die Kranke ihre Zuflucht zur Anstalt nahm. Die äussere Untersuchung liess keine Regelwidrigkeiten der äussern Beckenverhältnisse erkennen, die Bauchdecken zeigten einen hohen Grad von Erschlaffung, wie überhaupt die Ernährung des ganzen Körpers eine sehr dürftige war. Innerlich fühlte man deutlich den Muttergrund tief in der Aushöhlung des Kreuzbeins, den Mutterhals vorn über der Schambeinverbindung. Es wurde zunächst der Katheter applicirt, durch Ricinusöl für Entleerung des Darmkanals gesorgt und eine ruhige Seitenlage mit stark vorwärts geneigtem Oberkörper angeordnet. Schon am dritten Tage nach dieser Behandlung konnte der Urin freiwillig gelassen werden und der Muttermund war tiefer herabgetreten. Sieben Tage lang wurde dieses Verfahren fortgesetzt, worauf der Uterus seine normale Stellung vollkommen wieder angenommen hatte und alle Beschwerden beseitigt waren.

Vollkommen blind war eine Schwangere und zwar wegen Cataracta cum amaurosi, die schon seit vielen Jahren bestand. Sie gebar gesundheitgemäss einen gesunden Knaben.

### Anomalien der Geburt.

In einem Falle von ungewöhnlicher Rigidität des Muttermundes reichten erweichende Sitzbäder zur Besoitigung des Geburtshindernisses nicht hin. Es wurden daher drei kleine Incisionen in die Ränder des Muttermundes gemacht, wonach die Erweiterung desselben auffallend rasch von Statten ging. Das Wochenbett verlief ohne alle Störung.

Schiefheit und Schieflagen des Uterus kamen öfters vor, stellten aber der Geburt niemals Hindernisse entgegen.

Gegen Wehenschwäche während der zwei ersten

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1851. 189

Geburtsperioden fanden wir uns nicht veranlasst irgendwie einzuschreiten und hatten so Gelegenheit zu beobachten wie nicht selten die Wehenthätigkeit ganz von selbst sich steigerte und die dritte und vierte Periode um so schneller verliefen.

Zu zeitige theilweise Lostrennung des Mutterkuchens wurde 3 Mal beobachtet. In allen drei Fällen stillte sich die Blutung dadurch, dass nach Abgang des Fruchtwassers die kräftigen Wehen den Kindeskopf in's kleine Becken herausdrängten und so die Natur selbst tamponirte.

Scheidenvorfall kam 2 Mal complet, 8 Mal dagegen theils die vordere, theils die hintere Vaginalwand betreffend vor, wurde mit den Fingsrn zurückgehalten und gab in keinem Falle zu üblen Zufällen Veranlassung.

Umschlingung der Nabelschnur war in 50 Fällen einfach, in 22 mehrfach. In mehreren Fällen hatte dieselbe Asphyxie des Kindes und vier Mal, wo der Kopf längere Zeit im Einschneiden stand, den Tod der Frucht zur Folge.

Während wir falsche Knoten der Nabelschnur sehr häufig sahen, kamen wahre nur vier Mal vor und zeigten sich ohne alle Binwirkung auf den Fötus.

Vorfall der Nabelschnur ward in einem Falle schon bei der Aufnahme der Kreissenden in die Anstalt und zugleich gefunden, dass die Schnur keine Pulsation mehr hatte, wie auch die Auscultation die Herztöne der Frucht nicht mehr wahrnehmen liess, daher die Geburt der todten Frucht den Naturkräften überlassen blieb. In dem zweiten Falle wurde der Versuch gemacht, die noch schwach pulsirende Schnur mittels der Finger zu reponiren, allein der Versuch misslang, und da der Kindeskopf noch zu hoch stand und zugleich das Becken verengt war, konnte zur Lebensrettung des Kindes rationell etwas Weiteres nicht geschehen.

Starke Metrorrhagien wurden in der fühften Geburtsperiode 7 Mal beobachtet. Sie hatten zwei Mal in theilweise zu fester Verwachsung der Placenta, fünf Mal in mangelhafter Zusammenziehung der Gebärmutter ihren Grund. In den beiden ersten Fällen wurde der Mutterkuchen künst-

### 140 VIII. Dr. Grenser, XXXVII. Jahresber. d. Entbind,-Instit.

lich losgetrennt, in den fünf übrigen reichten mit Ausnehme eines Falles, wo Injectionen von gleichen Theilen von kaltem Wasser und Essig gemacht werden mussten, Reibungen des Fundus uteri unter gleichzeitigem Auftröpfeln von Aether sulphuricus und einige Gaben Zimmttinctur zur Blutstillung hin.

### Geburtshülfliche Operationen.

Die Zangenoperation machte sich, wie schon erwähnt, im Ganzen 15 Mal nöthig, und zwar:

1) wegen allgemein verengten Beckens zwei Mal. In beiden Fällen liess sich nicht Rhachitis, wohl aber nachweisen, dass sowohl die Mutter, als auch die Schwester der Gebärenden mittels der Zange hatten entbunden werden müssen. In dem einen Falle kam das Kind, ein sehr wohlgenährter Knabe, todt zur Welt.

2) wegen Missverhältniss der Grösse des Kindeskopfes zu der Weite der Geburtswege mässigen Grades acht Mal, wobei 7 Kinder lebend zur Welt gefördert wurden.

3) wegen Wehenschwäche in der dritten und vierten Geburtsperiode fünf Mal. Die Kinder wurden sämmtlich lebend extrahirt.

Die Wendung, durch Querlage der Frucht indicirt, wurde bei einer Person vorgenommen, welche swei Mal frühzeitig geboren hatte und das dritte Mal von einem reifen Kinde mittels der Zange entbunden worden war. Sie war von kleiner Statur, wollte erst im vierten Lebensjahre laufen gelernt und später immer gekränkelt haben, doch konnte man keine auffälligen Zeichen früher überstandener Bhachitis an ihr entdecken. Bei der innern Untersuchung zeigte sich der Muttermund bereits völlig erweitert, das Wasser abgegangen und die linke Schulter der Frucht vorliegend. Es wurde daher sofort auf den linken Fuss gewendet und die weitere Austreibung der Frucht den Naturkräften überlassen. Nur der eine Arm musste gelöst

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1851. 141

und der Kopf mit den Fingern herausgehoben werden. Das End war asphyctisch, erholte sich aber bald völlig.

### Anomalien des Wochenbettes.

Während der Gesundheitszustand der Wöchnerinnen his zum Spätherbst im Allgemeinen ein sehr befriedigender gewesen war, indem nur wenige schwer erkrankten, so dass von Anfang des Jahres bis zu Anfang Decembers von 312 Entbundenen 3 starben (nämlich 1 im März an Hypertrephia cordis cum pleuritide und 2 im September, die eine an Endometritis, die andere an Metrophlebitis puerperalis) mehrte sich vom October an die Zahl der Erkrankungen and alig, bis sich mit Eintritt des Monats December eine sehr bösartige Puerperalfieberepidemie entwickelte. Die Witterung war um diese Zeit nasskalt. Nord-West-Wind verbereschend, daher die Kreissenden häufig mit intensiven Katarrhen und Diarrhöen behaftet in die Anstalt kamen: Hiermit übereinstimmend bot anfänglich vorzugsweise die Schleimhaut der Genitalien den Boden dar, wo die epidemischen Rinflüsse Wurzel fassten, so dass im October von 29 Entbundenen 8, im November von 23 gar 15 an Endocolpitis und Puerperalgeschwüren litten. Da die Verhältnisse eine Beschränkung der Aufnahme nicht gestatteten, so hatten die vielen Erkrankungen sehr bald Ueberfüllung der Anstalt zur Folge, welche zuletzt so weit ging, dass selbst das eigentlich nur für die Schwangern bestimmte Zimmer mit Wöchnerinnen belegt werden musste und am 1. December auch nicht eine einzige Lagerstätte mehr zu Gebote stand. Jetzt nahmen die puerperalen Erkrankungen den Charakter der Metrophlebitis mit Oophoritis und Peritenitis an. wozu sich in einigen Fällen auch intensive Pleuritis und lobuläre Lungenhepatisation gesellten. Die Krankheit trat gewöhnlich schon am 2ten, 3ten Tage des Wochenbettes mit Schüttelfrost und bald mehr, bald minder heftigen Schmerz in der Ovariengegend ein; diesen folgte sehr schnell allgemeiner Kräfteverfall, veränderter Gesichtsausdruck mit bleicher Gesichtsfarbe, Tympanitis, Diarrhöe, Er-

# 142 VIII. Dr. Grenser, XXXVII. Jahresber. d. Entbind-Instit.

brechen grasgrüner Massen, Zusammenwelken der Brüste, veränderter, sehr geringer Lochienfluss, Kurzathmigkeit, sehr frequenter (110-130 Schläge in der Minute), kleiner Puls, und so erfolgte meist schon am 6ten bis 9ten Tage des Wochenbettes der Tod. Die Leichname gingen sämmtlich sehr schnell in Verwesung über; die Uterinvenen waren bald mehr vereinzelt, bald in grösserer Zahl mit Eiterpfröpfen erfüllt, am häufigsten in der Umgebung der Ostia tubarum uterina und im untern Uterinsegment, wo sich in den Gebärmutterwandungen oft wirkliche Eiterhöhlen von der Grösse einer Haselnuss und darüber zeigten. Die Schleimhaut des Uterus erschien entweder in einen schmierigen, chocoladenfarbenen Brei umgewandelt oder mit grünlich grauem plastischem Exsudat bedeckt; die Tuben byperämisch, bisweilen Eiter führend, die Eierstöcke meist beide bis zur Grösse einer grossen Wallnuss und darüber aufgetrieben, mit Eiterinfiltrationen zersetzt, die Beckenhöhle mit dickflüssigem Eiter erfüllt, das Bauchfell in seiner ganzen Ausbreitung bald mehr, bald minder fein injicirt; am stärksten trat diese Injection gewöhnlich am Peritonäalüberzuge der dünnen Gedärme hervor. Dabei waren alle Unterleibseingeweide von plastischem oder serös-eitrigem Exsudat bedeckt, an vielen Stellen leicht verklebt, die Leber meist gross, blass und mürbe, die Milz oft um das Doppelte vergrössert, matsch. In einigen Fällen enthielten auch beide Pleurasäcke seröses und eitrig-plastisches Excudat, die Ränder der Lungen zeigten hin und wieder lobuläre Hepatisationen; das Herz war schlaff, dünnflüssiges, zersetztes Blut enthaltend.

In Bezug auf die Therapie bemerken wir, dass Blutentziehungen durchaus keinen Nutzen gewährten, die allgemeinen den tödtlichen Ausgang sogar beschleunigten, daher wir nach einigen solchen Erfahrungen in dieser Epidemie später ganz davon absahen. Wenn gleich anfänglich grosse Sinapismen über den ganzen Unterleib weg in Anwendung kamen, Injectionen von Cicutaaufguss in die Gebärmutterhöhle gemacht und innerlich Emulsionen gereicht wurden, war das Resultat der Behandlung noch am günstigsten, je-

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1851. 148

isch freilich nicht immer ausreichend. Binreibungen von inguentum cinereum in die innere Fläche der Schenkel (dreistündlich bis zu einer Drachme), so dass in ein Paar Tagen mehrere Unzen verbraucht wurden, liessen dies Mal genz im Stich, und es kam nicht einmal zu den Vorboten der Salivation.

Während so in der Anstalt das Puerperalfieber grasinte und im Monat December 7 Wöchnerinnen dieser Seude erlagen, war auch die Sterblichkeit unter den Wöchnerinnen in der Stadt eine ungewöhnlich vermehrte, und zwei Kreissende, welche wegen Mangels an Platz und Lagerstätten sofort bei ihrem Eintritt in das Entbindungsinstitat dem Stadtkrankenhaus überwiesen wurden; starben daseibst ebenfalls an Metrophlebitis und Peritonitis puerperais. Ferner zeigten einige Gebärende offenbar schon bei her Aufnahme Symptome erfolgter Blutvergiftung. Sie hatten nämlich eine bleiche erdfahle Gesichtsfarbe, fühlten sich hinfällig und wie zerschlagen, waren geistig sehr deprimirt, der Uterus entweder bei Berührung empfindlich und de Wehen sehr schmerzhaft, aber dabei unwirksam, oder es bestand eine blosse, auffällige Wehenschwäche, und der Geburtsverlauf war sehr träg. Die Kinder waren entweder keensschwach und starben schon häufig in den ersten Lebeastagen oder kamen schon todt zur Welt. Die Erkrankung der Mütter steigerte sich dann sehr schnell im Wochenhett, und solche Fälle nahmen dann meist einen üblen Ausgang.

Der Seltenheit halber lassen wir hier noch die Beschreibung einer Eclampsie, welche erst am 9ten Tage des Wochenbettes ausbrach, folgen:

Eine 24 Jahr alte Nähterin, mittler Statur und mässiger Ernährung, erschien am 25. Februar früh 6 Uhr als Zweitgebärende in der Anstalt. In den Nachmittagsstunden wurden die Wehen sehr schmerzhaft und stürmisch, gegen 5 Uhr Abends war der Muttermund völlig erweitert und um 6<sup>‡</sup> Uhr erfolgte sogleich nach dem Blasensprunge die Geburt eines asphyktischen Knaben, der durch Belebungsversuche sehr bald zum kräftigen Schreien gebracht

# 144 VIII. Dr. Grenser, XXXVII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

wurde. Die Nachgeburt liess sich leicht entfernen, und das Wochenbett verlief Anfangs bis auf eine geringe, durch Application von Sinapismen bald beseitigte Empfindlichkeit der linken Seite des Unterleibes regelmässig. Am 9ten Tage des Wochenbettes klagte die Wöchnerin, die ihr Kind säugte, über Kopfschmerz; ihr Gesicht war geröthet, der Kopf heiss, der Puls frequent. Plötzlich traten Convulsionen der Muskeln des Gesichts und sogleich darauf des ganzen Körpers mit Bewusstlosigkeit, blaurother Gesichtsfarbe, stossweisem, zischendem Athmen und Schaum vor dem Munde ein, die ungefähr nach 5 Minuten mit schnarchendem Schlafe endeten. Eine Stunde darauf wiederholte sich der Anfall, jedoch schwächer. Nach einer unruhig verbrachten Nacht und beinah immer bestehendem Kopfschmerz trat am andern Morgen ein heftigerer Anfall eclamptischer Convulsionen ein, welchem einige maniakische Aufregung folgte. Es wurde sogleich ein Aderlass von 12 Unzen gemacht, 16 Stück Blutegel an Stirn und Schläfe, darauf Eis auf den Kopf applicirt und innerlich Calomel (1 Gr. pr. d. zweistündlich) gereicht. Die Anfälle kehrten von jetzt an nicht wieder, nur blieb noch längere Zeit einige Schwerbesinnlichkeit zurück. Doch erholte sich die Kranke schon in den nächsten Tagen völlig, so dass sie am 14ten Tage des Wochenbetts mit ihrem Kinde gesund entlassen werden konnte.

Endlich gedenken wir noch einer Paresis der untern Extremitäten bei einer 24 jährigen Erstgebärenden, die früher sich immer wohl befunden hatte. Dieselbe erkrankte nach einer gesundheitgemässen Geburt an Endocolpitis mit Geschwürsbildung und einer sehr geringen Peritonäalaffection. Nach Beseitigung dieser Anomalien bemerkte die Wöchnerin, dass sie die untern Extremitäten nicht bewegen konnte, während in der Gegend des letzten Lendenwirbels Schmerz empfunden ward, der sich durch Druck vermehrte. Kräftige Ableitungen durch Sinapismen an die betreffende Stelle und diaphoretische Behandlung besserten jedoch sehr bald den Zustand, so dass die Person am 18ten Tage des Wochenbettes gesund aus der Anstalt entlassen werden konnte.

#### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1851. 145

Anomalien der Neugebornen.

Unter den Kindern kamen während der kalten Jahreszeit zu Anfang und zu Ende des Jahres sehr häufig Ophthalmieen vor, immer gruppenweise, so dass sich epidemische Einwirkungen nicht verkennen liessen. Zwar reichte die gewöhnliche Behandlung mit einer Solution des Argentum nitricum u. s. w., wie wir sie in einem unsrer frühern khresberichte ausführlich beschrieben haben, fast ohne Ausnahme hin, Heilung zu bewirken, aber in zwei Fällen, wo die Kinder an Aphthen litten und ein kachectisches Aussehen hatten, zeigte sich das Secret von so übler Beschaffenheit, dass Durchbruch der Cornea mit theilweisem Prolapsus iridis sich nicht verhüten liess. Wir griffen in diesen Fällen zu der von v. Ammon empfohlenen Behandlung, findem lauwarme Fomentationen und Einträufelungen von Extract. Belladonn. gr. jv, Aq. Chlori gtt. viji, Aq. destill. žiji gemacht wurden. - Nächst den Ophthalmieen beobachteten wir von leichteren Erkrankungen den Icterus, Pemphigus, Aphthen, Diarrhöen und 1 Cephalaematoma, die geheilt wurden. 1 Labium leporinum und 1 Hypospadiaeus blieben ohne Behandlung.

Es starben 18, nämlich: an Atelectasis pulmonum 3, an Atrophie und Lebensschwäche 13, an Trismus 1 und an Enteritis 1.

Die Zahl der Schüler betrug 53, die der Schülerinnen 56.

Bounteschr. f. Geburtsk. 1854, Bd. 111, Bft. 2.

10

Summa:	Januar Februar März April Juni Juni August September October November December	Monst.	
13	5 Schwangere u. 8 Wöchner.	Bestand am 31. Dec. 1850.	
355	27 33 33 33 34 33 33 33 33 33 27 29 22 30 223 30	Zahl der aufgenommenen Schwangeren und Gebä- renden.	Tabellarische Uebersicht der Ereignisse in dem Königl. Sächs. Entbindungs-Institute zu Dresden im Jahre 1851
345	229 229 229 229 229 229 229 229 229 229	Zahl der Geburten.	sign
345 328	25 29 29 29 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	Schådellsgen fölgender Vurden gender Vurden gender Unslagen gender Vurden gen geboren im Aligenen Unbestimmi Kinsenschnikt gen geboren im Aligemeinen Kaiserschnikt gen geboren im Aligemeinen vorgen in dung gender scheren in d	1880
	<u> </u>	Gesichtslagen	in
2 4 -	11 - 0 - 1 - 1	Steisslagen	der
		Knielagen B 2	8
4		Fusslagen de B	ζĞŋ
-		Unbestimmt	وق
615		Schädelingen Dinder Gesichtslagen Og ender Steisslagen Runden Lagen Bertor Fusslagen Dindertimmi Zangenoperation Mung Rutraction 2. d. Püssen Entbind Perforstion Allgemein Asceuchement forcé Accouchem. provoqué	ဒ္ဏရှ
5		Wendung B	ich ell
$\frac{1}{1}$		Ratraction 2. d. Füssen	r ari
Ĩ		Perforation D	nt!
T		Asceuchement force	ji i
T		Accouchem. provoqué	n d
Ī		Kaiserschnitt OA B	Sa Be
<u>e</u> 2		Nachgeburtsoperationen	
3 176 169 19 18 335 6 10 2 10 -	16 12 13 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	Kashen Q	Tabellarische Uebersicht . Sächs. Entbindungs-Institu
169	<u>8111743611575</u>	Kasben Geschlecht Mädchen Loder cht	ite 🗄
19	888844 8884	todigeboren in the C	zu
18	6NN 111 1100	gestorben	Å
33	34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 34 3	gesund DAD	ead
5		resund Derind : wegen Krankheit wegen andrer Verhältn. gestorben gestorben wegen andrer Verhältn. gestorben gestor	en
10	21101111	gestorben P P	B
2		wegen Krankheit CC CP wegen andrer Verhältu. CP V 20. gestorben D	പ്പ
10		wegen andrer Verhältn. 00 20.	bre
T		gestorben .	100
5	3 Schwangere u. 2 Wöchner.	Bestand ult. Dezemb. 1851.	51.
	1 Mal Zwil- linge.	Besondere Bemerkungen.	
53	53	Studirende 24 - 5	
53 56		Studirende de birton Lehrtochter	
δl	56		

.

# 146 VIII. Dr. Grenser, XXXVII. Jahresbericht etc.

# IX.

### Notizen aus der Journal-Literatur.

#### Blass: Fall von Extrauterin-Schwangerschaft.

Eine 39 jährige schwächliche Frau wurde Ende Januar 1853 sum 4ten Male schwanger. In den 4 folgenden Monaten erschienen noch die Menstruen, wenn auch nur schwach. Die erste Hälfte der Schwangerschaft verlief ohne Störung, von der Zeit der Kindeshewegungen ab stellten sich aber immer heftigere, zuletzt kaum zu ertragende Schmerzen im Bauche, ähnlich den Kolikanfällen, besonders zur Nachtzeit ein. Die Verdauung litt dabei bedeutend, die Frau magerte ab, kam zuletzt ganz von Kräften und starb an vollständiger Erschöpfung kurz vor dem rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft. Die Erscheinungen der Schwangerschaft waren dabei regelmässig vorwärts gegangen, der Fötus war deutlich unter der düpnen Bauchdecke zu fühlen, in der Regio hypochondriaca war der gewöhnliche Darmton, in und unter der Nabelgegend war er dumpf, die beiden Inguinalgegenden fühlten sich weich und leer an. Aus den Genitalien floss zeitweilig etwas Schleim ab, die Untersuchung derselben zeigte nichts Abnormes, der Muttermund war hoch, geöffnet und an seinen Lippen gewulstet, aber durchaus unschmerzhaft. Die Excretio urinae et alvi war unbehindert. Die Brüste waren mässig turgescirend und sonderten beim Druck Milchflüssigkeit ab. Die Ursache und das Wesen der Krankheit war also die Leibesfrucht, welche durch ihre Lage und Bewegungen diese heftigen Schmerzen hervorrief, ohne je zu einer Entzündung Anlass zu geben. Alle angewendeten Mittel waren erfolgios geblieben oder hatten nur sehr vorübergehende Linderung verschafft. Die Schmerzen waren am erträglichsten, wenn die Kranke auf Kniee und Ellenbogen sich stützte und dadurch die nach hinten gewendeten Extremitäten des Kindes möglichst von den Därmen entfernte.

Die Section zeigte die Bauchdecken dünn, blutleer; als das Bauchfell goöffnet war, floss blutiges Serum reichlich hervor und quer unter den Bauchdecken lag der Rücken des gut gebildeten ausgetragenen Kindes, der Kopf nach links, der Steiss nach rechts

gewendet. Es war im ersten Grade der Verwesung. Die Vorderseite des Kindes mit Händen und Füssen lag also gegen die innere Bauchhöhle der Mutter, von dessen Inhalte es durch keine Scheidewand getrennt war. Der Nabelstrang war lang, die Placenta war auf der rechten Seitenwand des Uterus bis zu dessen rechtem oberem Winkel angewachsen, 3" lang und 14" breit. Ihre Lösung liess sich leicht bewerkstelligen. Der Uterus, von der Grösse einer derben Mannsfaust, war regelmässig geformt; die Dicke desselben vom Seitenrande gegen die Höhle betrug 24", die Höhle war wallnussgross, mit einem graulichen Gerinnsel überkleidet, der Muttermund offen, das Collum 1" lang, dick, der Canal frei. Die Anheftungsstelle der Placenta am Uterus beschränkte sich nur auf den äusseren Ueberzug desselben, darunter lag das regelmässige Gewebe des Uterus.

(Wiener mediz, Wochenschrift Nr. 49, 3, Decbr. und Nr. 50, 10. Decbr. 1853.)

Bogren (in Wesenburg): Extrauterinschwangerschaft, wobei die Knochen des Fötus erst nach 25 Jahren durch den Mastdarm abgingen.

Eine 64 jährige Frau leidet seit einiger Zeit an dem Abgange von Fötalknochen durch den Mastdarm und hat noch das Gefühl der Anwesenheit mehrerer grosser Knochen, welche ihr ins Fleisch gewachsen zu sein scheinen. Bei Betrachtung der von ihr gesammelten Knochen ergiebt sich, dass das Stirnbein und die Scheitelbeine, sowie ein Darmbein, ein Oberschenkel und die Schulterblätter noch fehlen. Die bisher abgegangenen Knochen scheinen einem 7 monatlichen Fötus angehört zu haben, sie sind ziemlich fest und bis auf die Enden der Röhrenknochen vollständig erhalten. An verschiedenen Stellen der platten Knochen sind reichliche, deutlich krystallinische Ablagerungen von Knochenerde angehäuft. Die Kranke hat 2 Mal geboren, und wurde in ihrem 38 sten Lebensjahre zum dritten Mal schwanger: 6 Wochen vor dem Geburtstermin sollen Wehen eingetreten sein und den Abgang einer übelriechenden, blutigen Flüssigkeit bewirkt haben; ein Kind war nicht abgegangen und es hatte sich der Umfang des Leibes auch nicht verringert. Ohne grösseren Anstrengungen gewachsen zu sein, hat die Frau seit jener Zeit fortwährend ihre Arbeiten verrichtet, die Menstruation ist wiedergekehrt, bis sie im entsprechenden Alter ausblieb. Die Frau behauptete fortwährend, dass sie ein Kind

angeboren noch im Leibe trage, was denn auch nach beilänfig 25 Jahren seine Bestätigung gefunden hat.

(Medis. Zeitg. Russlands Nr. 31, 1853 und Schmidt's Jahrb. Bd. 80, Nr. 12, S. 326. 1853.)

Steits (in Hamburg): Ueber die von Dr. Cohen empfohlene Methode, die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

Um die Zweifel zu heben, welche der Brauchbarkeit der Cobes'schen Methode \*) entgegengesetst werden: theilt Verf. 10 Fälle mit, in deuen er sich dieses Verfahrens mit dem besten Erfolge bedient hat. In allen war Beckenenge die Indication. Die Operation wurde stets genau so ausgeführt; wie Cohen es vorschreibt. Die Erscheinungen in Folge der ersten Einspritzung boten immer das Bild der ersten Geburtsperiode dar, wie man sie bei Erstgebärenden zu beobachten pflegt. Ebenso wie bei diesen, dauerte sie bald kürzere, bald längere Zeit, bald kaum 12 Stunden, in anderen Fällen 6 Tage. Nie wurde der Verlauf der Geburt durch dies Verfahren gestört, nie trat in Folge desselben eine starke Blutung ein, doch war in einzelnen Fällen das Rohr am oberen Ende nit blutigem Schleime bedeckt. Gewöhnliches Wasser hatte denselben Erfolg, wie die von Cohen empfohlene Aq. picea. Die Quantitt der eingespritzten Flüssigkeit betrug jedes Mal zwei Unzen. Die einzelnen Fälle sind nur ganz kurz aufgeführt. Im ersten Falle bei einer Erstgebärenden traten die Wehen 1 Stunde nach der ersten Einspritzung ein, es folgten noch 2 Einspritzungen. 43 Stunden nach der ersten war die Geburt glücklich beendigt. Die sweite Schwangere war sum ersten Male im Jahre 1846 mit der Zange von einem todten Kinde entbunden worden. Darauf wurde hei ihr 3 Mal in den Jahren 1849, 1851 und 1852 die künstliche Frühgeburt jedes Mal nach Cohen's Methode eingeleitet. Die Geburt erfolgte 6, 5 und 9 Tage nach der ersten Einspritzung. Das erste Mal lag das Kind mit der Schulter vor und die Nabelschnur war vorgefallen, es wurde todt geboren, da der Kopf schliesslich stecken blieb, die beiden anderen traten in Steisslagen sur Geburt, das eine wurde lebend, das letste wieder todt geboren, da auch hier der Kopf fest stecken blieb. -- Die dritte zum ersten Mal Schwangere wurde 2 Tage nach der ersten Einspritzung von einem lebenden Kinde regelmässig entbunden, - die vierte,

149

<sup>\*) 8.</sup> Neue Zeitschrift f. Geburtsk. Bd. 21, S. 116, 1846 und Monatsschrift f. Geburtsk. u. Frauenkrankh. Bd. 2, S. 321, 1853.

eine Erstgeschwängerte, gebar ein lebendes Kind 4 Tage nach der ersten Einspritzung, - die fünfte, eine Erstgeschwängerte, gebar nach 6 Tagen ein lebendes Kind, -- die sechste, eine Erstgeschwängerte, nach 2 Tagen ein lebendes Kind, - die siebente. eine Erstgebärende, nach 6 Tagen ein lebendes Kind, - die achte, eine Erstgebärende, nach 35 Stunden ein lebendes Kind.

Nach diesen Erfahrungen wäre der Cohen'schen Methode ein hoher Grad von Sicherheit nicht abzusprechen, nebenbei gewährt sie Leichtigkeit in der Ausführung und günstige Erfolge für das Leben des Kindes und für die Gesundheit der Mutter, Verf. widerlegt schliesslich die von Scansoni in seinem Lehrbuche der Geburtshülfe Bd. 3, Wien 1852 der Cohen'schen Methode gemachten Vorwürfe. Wenngleich Schweighäuser diese Methode bereits 1825 in seinem Werke: "Das Gebären nach der beobachteten Natur und die Geburtshülfe nach dem Ergebnisse der Erfahrung" empfohlen hat, so beruht jedenfalls das Verdienst auf Cohen, diese Einspritzungen zuerst angewandt und einer Vergessenheit entrissen zu hahen, in welche sie andere Methoden, gestützt auf andere Autoritäten, gedrängt hatten.

(Deutsche Klinik Nr. 2, 14. Jan., und Nr. 3, 21. Jan. 1854.)

Wolff: Fall von Vagitus uterinus mit Deglutitio uterina.

Bei einer regelmässigen in 1ster Schädelstellung verlaufenden Geburt liess sich plötzlich, während die Gebärende noch auf dem Geburtslager lag, und während der Kindeskopf noch lange nicht entwickelt war, ein lautes Schreien des Kindes wahrnahmen, welches von allen Anwesenden deutlich gehört wurde. Dieses Schreien wiederholte sich in kurzen Absätzen und dauerte nebst einem zwischendurch hörbaren Röcheln bis zur vollständigen Entwickelung des Kindeskopfes, welche erst nach etwa 4-5 Minuten erfolgte. Die Nachgeburt war an mehreren Stellen eingerissen, mit vielem geronnenem Blute bedeckt und folgte unmittelbar dem geborenen Kinde. Das Kind war kräftig und gesund und trank bald an der Brust. Zwanzig Stunden nach der Geburt, nachdem schon mehrmals Meconium abgegangen war, stellte sich starkes Erbrechen ein, durch welches zuerst geronnene Milch und bald darauf grosse Blutklumpen mit vielem blutigem Schleim entleert wurden. Fast zu derselben Zeit erschienen 🐔 "tige Stublausleerungen. Das Anfälle wiederholten Kind blieb dabei ganz mu' sich innerhalb 3 bis 4: Stur Giebt es hierfür. fragt Wolff, wohl what

📲 🕷 🕷 📲

150

menhalb des Uterus, nachdiem es zu athmen begennen hatte, nichliche Mengen Blut eingeschluckt hatte?

(Mediz. Vereins-Zeitung Nr. 3, 18. Jan. 1854.)

Dages: Zwei Fälle von Knochenbrüchen des Fötus.

In der Sitzung vom 9. November 1853 der chirurg. Gesellschaft zu Paris stellte Dassyau ein neugebornes Kind vor, dessen ein Unterschenkel im untern Drittheil in einem stark nach vorn vorpringenden Winkel gekrümmt ist. Die Verkrüppelung gleicht eiser schlecht verheilten Fractur; gleichzeitig befindet sich auf dem Vorprung eine Hautnarbe, die Achillessehne ist stark verkürzt, und an beiden Füssen fehlt der fünfte Zehe. Ueber die Entstetung und die Natur der Verbildung waren die Ansichten der sich bei der Besprechung betheiligenden Herren Guersant, Huguier, Degnise, Lenoir, Houel getheilt. Bei ganz genauer Untersuchung zigte sich, dass der äussere Knöchel und die Fibula fehlten. Die Nutter war in der Schwangerschaft auf einer Treppe gefallen.

In der Sitzung vom 23. November 1853 berichtete Danyau einen sweiten sehr ähnlichen Fall, der ihm von Neuem in der Matemité vorgekommen war. Hier war die rechte Tibia in der Mitte gebrochen und in einem scharf nach vorn gewendeten Winkel vervachsen. An dem Vorsprunge befindet sich auch eine kleine Narbe, welche davon herzurühren scheint, dass während des Bruches das eine der Knochenenden die Haut perforirt hat. Die Achillesschne ist verkürzt, der Fuss ist Valgus, die beiden letzten Zehen ichlen, der grosse Zehe ist frei, der zweite und dritte sind verwachsen. Die Fibula, die beiden letzten Metatarsalknochen und wahrscheinlich auch einige Tarsalknochen fehlen. Die Mutter des Kindes hatte am 8. October einen heftigen Stoss auf den Bauch durch die Ecke einer Kommode erlitten. Da das Kind in der ersten Schädelstellung lag, so konnte leicht der rechte Schenkel getroffen verden.

(Gaz. des hôpit. Nr. 144., 6. Décbr. 1853.)

Gray: Ya'' Var' 3 Mai '«chnurumschlingung.

einen Geburtsfall, wo die Nabelschnur lungen war. Das Kind war bei der

Geburt etwas asphyktisch, wurde aber bald sum Leben gebracht. Die Menge des Fruchtwassers betrug im Ganzen höchstens ½ Unze. (Schmidt's Jahrb. Nr. 1, 1854, S. 70 aus der Lancet, Sept. 1853.)

Baur (in Tübingen): Ein Beitrag zur Kenntniss des Grundleidens und zu einer diesem entsprechenden Behandlung der Abweichungen in der Lage (und Form) der Gebärmutter.

Nach Verf. sind die bisherigen Behandlungsweisen obiger Leiden entweder zu langwierig und peinlich für die Kranken oder unzureichend. Er ist der Ansicht, dass die Ursache der Abweichungen der Gebärmutter hauptsächlich in dem Gewebe derselben, in einem einseitigen Krampfe der Gewebsfasern begründet sei, und zwar so, dass bei Rückbeugungen der Krampf in der hinteren, bei Vorbeugungen in der vorderen Wand liege. Durch den einseitigen Krampf entsteht eine theilweise Abschnürung der Gebärmutter, wodurch die Nerven gedrückt werden, die Sensibilität derselben sich steigert, der Rückfluss des Venenblutes verhindert, Anschoppung der Wandungen und Ausschwitzung in das Gewebe veranlasst wird, ein Zustand, der vielleicht dem der Gedärme bei eingeklemmten Hernien und bei lleus zu vergleichen ist. Gegen diesen Krampf wendet Verf. die Belladonna in Salbenform (nach der Würtembergschen Pharmakopöe) an, und lässt von ihr drei Tage lang drei Mal täglich 1 Kaffeelöffel voll in der Gegend zwischen Nabel und Blase einreiben. In den 9 näher mitgetheilten Fällen, wo diese Behandlung in Anwendung kam, trat schnelle und entschiedene Wirkung und Heilung ein, weshalb Verf. weitere Versuche dringend empfiehlt.

(Deutsche Klinik Nr. 3, 21. Jan. 1854.)

152

X. Literatur.

X. Literatur.

Klinik der Geburtsbülfe und Gynaekologie. Von den DD. I. Chiari, C. Braun und I. Spaeth. 2. Lieferung. 167-422. S. 8. Erlangen. Verlag v. F. Enke. 1853.

Die Verf. vorstehenden Werkes, dessen erste Lieferung wir in unserer Monatsschrift H. 6. 1853. S. 470 angezeigt haben, liessen nit dem Erscheinen der Fortsetzung nicht zu lange warten, wofür vir ihnen Dank zuerkennen müssen. Das Nonum prematur etc. indet hei den Mittheilungen von wirklich Erlebtem keine Anwendung, im Gegentheile können interessante Erfahrungen nicht rasch genug bekannt gemacht werden. Wir beeilen uns daher, den Inheit der zweiten Lieferung hier mit kurzen Worten anzuzeigen, Der eilfte Beitrag ist überschrieben: Zur Lehre und Behandlung der Haemorrhagien. Es reiht sich dieser an den zehnten Beitrag an, wo von Blutungen bei Placenta praevia die Rede war. Die Rintflügge, welche ihre Quelle in anderen Ursachen haben, bringen die Verf. in 2 Kategorien: A. Freie Blutergüsse; B. Blutergüsse ins Zellgewebe. Die unter A. betrachten sie als Blutungen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. I. Als Sits der Schwangerschaftsblutungen erkannten die Verf. am häufigsten den Uterus, seltener die äusseren Genitalien. Zuvörderst werden die Blutungen in den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft mit Abortus durchgegangen. Sie entstehen meistens durch traumatische Einwirkungen: auch die mannichfaltigsten Veranlassungen sur Aufregung des Gefässsystems durch Congestionen gegen die sarten Utero-ovar-Gefässe oder zu vorzeitige Wehenthätigteit bewirken dasselbe. Nach der verschiedenen Höhe dieser schäd. Schen Momente zerreissen die obbenannten Gefässe in mehr oder minder grossem Umfange, und dadurch werden verschiedene Wirkungen bedingt. Zerreissen nur wenige Gefässe, so kann es ohne Nachtheil für die Schwangerschaft bleiben: sind die Decid.-uterinal-Gefänse in grösserer Menge zerrissen, so wird der Fötalkreislauf gehemmt, dauert dieser Zustand länger, ohne dass das Ei ausgestossen wird, so stirbt dadurch der Fötus ab, verschwindet spurios in der Amnionshöhle und es wird bald früher bald später

das Abortivei ausgestossen. Wird das Ei bald ausgestossen, so treten in den Extravasaten die gewöhnlichen Metamorphosen ein, und vorzüglich wichtig ist es, dass dadurch die Verbindung des Eies mit der Uterusoberfläche an einzelnen Stellen so fest wird. dass die Lostrennung des Eies von der Uteruswandung den su dieser Zeit schwachen Contractionen der Gebärmutter nicht gelingt. und dadurch zu den oft durch Monate sich wiederholenden Blutungen Veranlassung giebt. Treten endlich die Zerreissungen der Gefässe in noch grösserem Umfange ein, so wird dadurch die Contractionsthätigkeit des Uterus angeregt, um sich des ausser organischer Verbindung getretenen Eies zu entledigen. Die Behandlung betreffend, so wird dieser durch manuelle Herausbeförderung des bereits gelösten Eies, durch das Einlegen von Kautschouk - Tampons und durch Kälte in Form von Injectionen und Umschlägen Genüge geleistet. Von der Anwendung des Secale corn. oder des Ergotins zur Beförderung des Abortus saben die Verf. niemals auffallende Wirkung, und schreiben dieses der su dieser Periode noch wenig entwickelten Muskelfasern des Uterus zu. Auch der Zimmt leistet nichts. Hinsichtlich der Lösung eines zurückgebliebenen Eies bemerken die Verf, dass diese wegen des festeren Zusammenhangs schwierig und schmerzhaft ist. Vortheilhaft ist dabei die Anaesthesirung durch Chloroform. Als Folgezustände des Abortus sahen die Verf, einige Mal Puerperal-Affectionen in den gewöhnlichen Verbindungen der Peritonitis und Metrophlebitis mit dem Unterschiede jedoch, dass in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft diese Processe nicht so häufig lethal wurden, als nach mehr vorgerückter Schwangerschaft. Sie sahen wiederholt Genesung in Fällen eintreten, in welchen die wiederholten Frostanfälle sichere Zeichen bereits eingetretener Pyaemie waren. Lange währende Anaemie ist aber die gewöhnliche Folge solcher Fehigeburten. Blutungen von Zerreissen der Utero-ovar-Gefässe nach dem 4ten Monate treten seltener auf, was gewiss im festeren Zusammenhange der Placenta mit dem Uterus und in der bedeutenden Resistenz der Wandungen der vollständig entwickelten Uteroplacentar-Gefässe seinen Grund hat. Häufiger und intensiver werden Blutungen in dieser Zeit, veranlasst durch Placenta praevia, tiefen Sitz derselben, Blasenmolen und ausgebreitete Fibrinablagerungen des Mutterkuchens. Letztere können zu vorzeitiger Lösung der Placenta nur dann Veranlassung geben, wenn sie sich an der Uterinalfläche des Kuchens vorfinden und massenhaft sind, in welchem Falle sie die Dehnbarkeit des Placentargewebes vermindern, und dadurch ihren Cotyledonen nicht mehr gestatten, der Ausdehnung des Uterus zu folgen. Andererseits setzen sie durch stär-

kere Verdichtung des Gewebes die Placenta auch viel leichter den Gefahren erschütternder Einflüsse aus. Die Behandlung der Blutfüsse nach dem vierten Monate betreffend, so nimmt man besonders darauf Rücksicht, ob noch die Aussicht vorhanden ist, die Blutung zu stillen, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen, oder nicht. Ersteres halten die Verf. so lange für möglich, als der Bluterguss nicht so bedeutend ist, die Wände des Eies noch nicht geborsten sind, keine regelmässig wiederkehrenden Wehen eintreten, und das Orificium sich ganz geschlossen findet, oder nur eine Weite hat, die es zu der Schwangerschaftsperiode zu haben pflegt. Fehlt auch nur eine dieser Bedingungen, d. h. wird der Bluterguss stark, was stets auf eine Lostrennung der Placenta in grösserem Umfange schliessen lässt, oder sind die Wässer schon abgeflossen, was leicht in Folge mechanischer Einwirkung geschehen kann; zeigen sich schon regelmässig wiederkehrende Wehen, oder hat sich das Orificium schon namhaft erweitert; so gelingt die Stillung der Blutung ohne Beendigung der Geburt nicht mehr. Noch handeln die Verf. von den Continuitätsstörungen des schwangeren Uterus (spontan oder traumatisch), und von den Blutungen aus der freien Uterusfläche, welche sie immer als wiederkehrende Menstruation und als Folge krankhafter Zustände des Uterus, besonders des Carcinoms betrachten mussten. II. Blutungen während der Geburt, a) In der Eröffnungsperiode: die meisten Blutungen von zu früher Lostrennung der Placenta, Blutungen durch Zerreissen der Nabelgefässe sahen die Verf. nie, dagegen 2 Mal das Zerreissen des Uterus als Ursache der Blutung. Die Mütter starben. Die Behandlung ist nach den Ursachen verschieden; ist die Blutung durch zu frühe Lostrennung der Placenta bedingt, berücksichtigt man zunächst die Stärke derselben und die Weite des Orificiums. Ist letzteres noch schr enge, der Blutabgang sehr gering und das Befinden der Mutter gut, so empfiehlt man ruhiges Verhalten, und lässt der Geburt ihren ungestörten Verlauf. Wird aber der Blutverlust bedeutender, so macht man kalte Umschläge auf die untere Bauchgegend, kalte Injectionen in die Scheide, und greift nöthigenfalls zum Tampon. Ist aber das Orificium schon erweitert, oder vermöge seiner Dehnbarkeit schnell zu erweitern, so sprengt man die Blase, wenn sich das Kind in einer Längenlage findet, die Wehen regelmässig erscheinen, und der Blutabgang nicht bedeutend ist. Droht aber der Blutverlust durch seine Stärke grosse Gefahr, so ist die Wendung und Extraction das einzige Mittel. b) Die Blutungen der Austreibungsperiode. Diese haben ihre Quelle in den Nabelschnurgefässen, in den zerissenen Utero-Placentar-Gefiesen, oder in den Gefässen des Uterus und der Vagina bei Rup-

turen der genannten Theile. Hinsichtlich der ersteren sahen die Verf, eine Zerreissung der Gefässverzweigungen bei Insertio velamentalis. Die Blutungen aus zerrissenen Utero-Placentar-Gefässen entstehen bei zu kurzer Nabelschur und bei plötslicher Verkleinerung der Uterinhöhle: Blutungen aus den zerrissenen Uterinal- oder Vaginalgefässen bei Rupturen des Uterus, so wie bei solchen der Scheide, worüber sich die Verf. ausführlicher verbreiten. Von Rupturen des Uterus beobachteten die Verf. unter 12,132 Geburten 8 Fälle. Alle endeten tödtlich. Die Behandlung der Rupturen serfällt in eine prophylaktische und curative. Erstere ist nur in Fällen mit Missverhältniss, Querlage und ungewöhnlicher Resistens des Mutterkuchens möglich, und besteht in Verhütung stürmischer Wehen und Anwendung zweckmässiger Kunsthülfe zur rechten Zeit. Umsichtige Vorsicht, Chloroform (besonders bei schweren Wendungen) vermögen oft die Ruptur su verhüten. Ist diese aber erfolgt, so suche man so schonend wie möglich die Geburt durch Extraction des Fötus zu vollenden, wenn derselbe sich noch im Uterus befindet, um sowohl die Vergrösserung des Risses zu verhüten und das Leben des Fötus, wenn es anders noch möglich ist, su erhalten. Ist der Fötus im Uterus und steht der Kopf noch hoch, ist wohl die Wendung unter grosser Vorsicht angezeigt, wenn nicht Missverhältniss für die nachfolgende Extraction eine ungünstige Prognose macht, in welchem Falle, wenn der Konf hinlänglich fest steht, die Perforation an ihren Platz tritt. Erfolgt die Ruptur bei schon ins Becken gerücktem Kopfe, leistet die Zange die erforderliche Hülfe. Ist der Fötus schon theilweise in die Bauchhöhle getreten, aber noch leicht zu erreichen, so muss er durch Extraction entfernt werden. Ist er aber vollends ausgetreten und die Ruptur durch Contraction des Uterus schon verkleinert, so überlasse man ihn lieber seinem Schicksale und entferne ihn für den Fall des Ablebens der Mutter erst nach ihrem Tode durch die Laparotomie. Findet man noch die Nachgeburt im Uterus, so muss sie stets entfernt werden. Die Nachbehandlung richtet sich besonders auf Stillung der Hämorrhagie und Bekämpfung der entsündlichen Reaction. Eisumschläge und Opiate sind in dieser Beziehung zunächst angezeigt; der weitere Verlauf der Eutzündung ist antiphlogistisch zu behandeln. Zeigt die Natur das Streben, den Fötus durch Exulceration auszustossen, so suche man den Process durch warme Fomentationen und operative Eingriffe abzukürzen. Von Ruptur der Scheide sind 4 Fälle mitgetheilt, unter diesen konnte eine Person geheilt entlassen werden. Die Behandlung ist ebenfalls prophylaktisch und curativ. Ist enge Scheide durch Vernarbung bedingt, so sind erweichende Umschläge und

Hier voraussuschicken. Reichen sie nicht aus, dann das Messer. he curative Verfahren richtet sich sunächst auf Stillung der Bluing, wenn sie bedeutend wird. Kalte Umschläge und Injectiom, Einlegen von kleinen Eisstückchen in die Scheide, reichen wil meistens hin, sie zum Schweigen zu bringen. Einen frischen his ins Rectum oder die Blase suche man eiligst durch die bluig Naht su vereinigen. Findet in Folge starker Quetschung erst addriglich Durchbruch in die Blase oder in das Rectum statt. n ist Reinhalten das einzige Mittel bis ein Operationseingriff zur Being der entstandenen Fisteln möglich wird. Als Ursachen der Butagen in der Nachgeburtsperiode erkannten die Verf. folgende Zastinde, die oft miteinander complicirt vorkommen. Atonie des Utros 70 Mal, Paralyse 2 Mal, stellenweise zu feste Adhäsion der Pacenta 20 mal, ungleichmässige Contraction (Strictur) des Uterus 17 Mal, tiefen Sitz der Placenta und Placenta praevia 4 Mal, anonale Blutmischung 2 Mal, Zurückbleiben eines Stücks der Plaunta 3 Mal. Hinsichtlich der Behandlung dieser Blutflüsse überhangt rathen die Verf. die Placenta zu entfernen. In schweren Film ist das Chloroform anzuwenden. Opium wirkt viel zu langan und unsicher. Nach der Entleerung des Uterus Frictionen und Kälte; Compression der grossen Abdominalgefässe bei sehr befligen Blutungen. Endlich handeln die Verf. sub III. von den Bintungen im Wochenbette. Sie sind selten, unter 7835 Geburten sahen sie die Verf. nur 29 Mal. Von Blutungen ins Zellgewebe (Thrombus) führen die Verf. 4 Fälle an. Die Verf. wenden dabei den Kautschouk - Tampon mit Eismassen gefüllt an, sonst auch kalte Umschläge, oder Eisstücke. Die Höhle öffnen sie erst am dritten oder vierten Tage, damit bis dahin die Gefässe mit Blutcoagua gut geschlossen sind. - Der 12te Beitrag: Zur Lehre von der blutigen Erweiterung der weichen Geburtswege, handelt suenst von der Hysterostomotomie. Die Verf. erklären sich für die Anwendung dieser Operation in folgenden Fällen: 1) bei völliger Venchliessung des Muttermundes; 2) bei Induration des äusseren Orificiums oder der ganzen Portio vaginalis; 3) bei einfacher Rigidität ohne krankhafte Veränderung; 4) bei spastischer Contraction des Orificiums um durchgetretene Kindstheile. Die blutige Erweiterung der Scheide hat ihre Anwendung nur in Fällen von partieller Verengerung als Folge von angeborner Missbildung oder eworbener Stenose. Mehrere Fälle and mitgetheilt. Die blutige Reveiterung der Schamspalte wurde von den Verf, nur in sehr settenen Fällen sum Schutze des Dammes geübt. Die Verf. finden sie in folgenden Fällen indicirt: 1) Wenn die Schamlippen und Damm eine solche Resistenz bieten, dass die bis zu einem gewissen Grade erweiterte Schamspalte ungeachtet guter Wehen sich nicht mehr ausdehnt und daher den Durchtritt des Kopfes hindert, sur Erhaltung des Perinaeums und Beförderung der Geburt; 2) Wenn das Mittelfleisch sehr breit gedehnt ist und sich in der Nähe des Afters immer mehr vorwölbt und verdännt, oder gar schon durchbricht, während die Schamspalte ungewöhnlich eng und rigid bleibt, zur Verhütung einer Centralruptur; 3) Wenn nach plötzlich erfolgter Centralruptur der Kopf schon mit einem bedeutenden Segmente durch dieselbe getreten wäre, zur Erhaltung des Sphinct. ani. Unter den Operationsmethoden geben die Verf. allen denjenigen den Vorzug, bei welchen die Gegend des Frenulums vermieden wird. - Der 13te Beitrag ist der Behandlung der Dammrisse durch die Serres fines von Vidal de Cassis gewidmet, welche die Verf. sehr brauchbar finden. - 14ter Beitrag: Zur Lebre und Behandlung der Pityriasis versicolor und des Ikterus der Schwangeren und Wöchnerinnen. Die Verf. glauben vor Allem die verschiedenen mehr oder weniger dunkel pigmentirten Flecken auf der Haut der Schwangern, Cloasmata uterina, von ikterischen Ersobeinungen trennen zu müssen, und erklären sie für gans unabhängig von jeder Affection der Leber, denn sie erscheinen häufig schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft, wo eine Compression der Leber noch nicht stattfinden kann, und jedenfalls nicht unabhängig von der Jahreszeit, da sie in wärmeren Monaten häufiger und stärker pigmentirt beobachtet werden, und können noch während der Schwangerschaft geheilt werden. Elsaesser erklärt solche Hautstellen für Pityriasis, weil sie sich auch wirklich abschuppen, was man leichter an Flecken anderer Hautstellen als am Gesichte beobachten kann, wo die Schuppen durch die täglichen Waschungen entfernt werden. Auch kann man mit dem Microscop bei 300 facher Vergrösserung leicht Thallusfäden und Sporidieukörner an den Schuppen wahrnehmen, wie es auch Simon bei Pityriasis angiebt. Heilbar ist sie durch Tinct. Veratr. alb. nach deren einmaligem Einreiben sie in 8 Tagen verschwindet. Was den Ikterus betrifft, so haben die Verf. denselben unter 16097 Schwangeren 4 Mal beobachtet. Ausserdem beobachteten sie noch häufig ikterisches Aussehen bei kranken Wöchnerinnen. Die wenigen Erfahrungen scheinen zu beweisen, dass wahrer Ikterus seltener bei Schwangeren vorkommt, als die Autoren behaupten. - Der 15te Beitrag: Zur Lehre und Behandlung der in der Fortpflanzungsperiode des weiblichen Geschlechts vorkommenden Convulsionen mit ihren Besiehungen zur Hysterie, Epilepsie, Gehirnleiden, Vergiftungen mit Mineral- und Pflanzenstoffen und urämischer Intoxication (Eclampsie) bei Morbus Brightii, ist von C. Braun. Wir

geben aus dem ausführlichen Aufsatze in Folgendem das Resumé; 1) die Convalsionen sind entweder in Hysterie, Epilepsie, Gebirnkrankbeiten, Vergiftungen mit Mineral- oder Pflanzenstoffen oder in urämischen Intoxicationen durch Morbus Brightii begründet. 2) Die häufigste Ursache ist Urämie und Morbus Brightii. 3) Hysterie und Epilepsie sind ohne Bedeutung. 4) Primäre Gehirnkrankheiten wie Apoplexie, Meningitis etc. sind höchst selten die Ursachen von Convulsionen. Werden sie aber gleichzeitig mit Morbus Brightii angetroffen, so sind sie die Folge und nicht die Ursache der Convulsionen. 5) Die Stauung des venösen Blutes in den Nieren durch den Druck des vergrösserten Uterus und der strafferen Bauchdecken sind, so wie die Blutbeschaffenheit der Schwangern als eine der wichtigeren Ursachen von Morb. Bright, der Schwangern anzusehen. 6) Wegen der Nierenerkrankung wird Harnstoff im Blute surückgehalten, der sich in ein Ammoniak-Carbonat verwandelt, und dann Convulsionen hervorruft, 7) Aus dem Auffinden dieses Stoffs im Blute lässt sich bei Bright. Nierenkrankheiten ein baldiger Ausbruch der Convulsionen erwarten. 8) Bei Bright. Nierenkrankheiten der Schwangern folgen aber keine Convulsionen, wenn der Harnstoff im Blute in geringerer Menge sich ansammelte, oder dessen Umwandlung in ein Ammoniak-Carbonat nicht statt fand. 9) Die bei urämischen Convulsionen häufig eintretenden Frühgeburten sind eine Folge der Uraemie, aber nicht die Ursache der Convulsionen. 10) Diese stehen in keinem unmittelbaren Connex mit den Wehen oder dem Geburtsakte. 11) Die Albuminurie kann nicht eine Folge der durch die Convulsionen veranlassten Circulationsstörungen sein, da sie tage- und wochenlang den urämischen Convulsionen vorausgeht und bei den übrigen Formen von Convulsionen, wie bei Epilepsie, Hysterie u. s. w., in der Regel nicht vorkommt. 12) Hören die Anfälle der Eclampsie während der Schwangerschaft auf, so dauert die Albuminurie fort. 13) Hören die Anfälle aber nach der Geburt auf, so verschwindet die Albuminurie nach einigen Tagen, wenn die niedern Grade der Bright. Nierenkrankheit sich vorfanden, dauert aber beim 2. und 3. Stadium derselben länger fort. 14) Zu dem Aufhören der Albuminurie trägt die Volumsverminderung des Uterus durch Vollendung der Entbindung bei fehlender Fettinfiltration und Atrophie der Niere das Meiste bei. 15) Bei jeder Eclampsie wenn sie nicht in Hysterie u. s. w. begründet ist, wird Albuminurie aufgefunden. 16) Bei öfterer Wiederholung der urämischen Convulsionen stirbt der Fötus durch den schädlichen Einfluss des Blutes. 17) Bei der Section findet sich Bright, Krankheit, Hyperaemie und entsündliche Excudation sind dabei in den Nieren öfter als Fettmetamorphose

and Atrophie ansutreffen. 18) Venaesectionen sind bei Eclampsie nachtheilig: am besten Chloroforminhalationen. 19) Die Volumsverminderung des Uterus und die Geburt des Kindes sind die entsprechendsten Mittel zur Heilung. 20) Die künstliche Erweckung und Beschleunigung der Geburt vermindert die aus den urämischen Convulsionen entspringenden Gefahren. 21) Die künstliche Frühgeburt ist bei Morbus Brightii in der Regel nicht gestattet. aber empfehlenswerth bei eingetretenen urämischen Convulsionen. Dazu das beste Mittel der Kolpeurvnter. - ir Bericht der gynaekologischen Abtheilung in Wien von 1848-1851, v. Chiari. Der Verf. stellt zuerst seine Untersuchungsmethode dar. Er warnt vor unvorsichtigem Gebrauche der Uterussonde, und ersählt aus seiner eigenen Erfahrung ein warnendes Beispiel, indem er Abortus dadurch bewirkte. Wie reichhaltig das Material der Abtheilung ist, geht aus der Mittheilung der speciellen Fälle hervor, welche kaum eine Krankheitsform der betreffenden Theile vermissen lässt. Hinsichtlich des Einzelnen verweisen wir auf den Aufsatz selbst, dessen Fortsetzung versprochen wird. - Endlich schliesst diese Lieferung mit Beitrag 17: Zur Lehre über Perforations-Instrumente. Beschrieben und abgebildet sind: Braun's krummer Perforativ-Trepan ; desselben Cephalotrib (Cephalothryptor) und Chigri's Knochenzange. - Unsere Leser ersehen aus dieser Anzeige, dass auch diese Lieferung an Reichhaltigkeit und interessanten Fällen, wie sie nur ein so grosser Wirkungskreis der Verf, bieten kann. der ersten nicht nachsteht; dass sie diesen letzteren auf die beste Weise verwerthet, und ihre Erfahrungen auch dem weiteren ärztlichen Publikum zugänglich gemacht haben, muss dankbar anerkannt werden. E. v. S.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

# XI.

# Geburtshülfliche Mittheilungen

... vom

Medicinalrath Dr. Frams Ludwig Feist

## L Ueber Gebärmutterwassersucht während der Schwangerschaft.

Wenn Camper einerseits das Vorkommen der Gebärmutterwassersucht bezweifelt, Baudelocque andererseits behauptet, in einem Jahrhundert seien kaum zwei Fälle von Hydrometra beobachtet worden, und dritterseits J. P. Frank versichert, Hydrometra gravidarum komme so häufig vor dass sie oft kaum den Namen einer Krankheit verdiene, so entsprechen diese drei Ansichten der Erfahrung nicht, indem diese Krankheit mit Gewissheit nachgewiesen werden kann, dieselbe nicht so selten ist, wie Baudelocque, und nicht so häufig, wie Frank annimmt. Der Hydrops saccatas oder die Hydatidenbildung kommt allerdings sehr selten im geschwängerten Uterus vor, und ein Oedema uteri indet sich gewöhnlich nur bei einer allgemeinen Diathesis hydropica, bei Ascites und Anasarca, allein die einfache Gebärmatterwassersucht (Hydrometra ascitica) ist eine nicht ganz Rentsechr, f. Geburtek, 1884. Bd. III, Hft. 3. 11

# 162 XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

seltene Complication der Schwangerschaft, und darf nicht verwechselt werden mit einer übermässigen Ansammlung des Liquor Amnii (Hydramnios) oder einer aussergewöhnlichen Entwickelung von falschem Fruchtwasser zwischen Amnion und Chorion (Hydrallante); da diese nicht Krankheiten der Gebärmutter, sondern des Eies sind. Hard (Dictionnaire des sciences médicales. Tom. XXII. Art. Hydromètre) hat sich eine solche Verwechselung zu Schulden kommen lassen, indem er die Gebärmutterwassersucht der Schwangern in Hydrometra intramembranosa, wo die übermässige Wasseranhäufung innerhalb der Eihäute statt hat, in Hydrometra extramembranosa, wo das Wasser ausserhalb der Eihäute sich befindet und welche der H. ascitica entspricht, und jn Hydrometra intermembranosa, wo das Wasser zwischen den Eihäuten ist, eintheilt.

P. Camper (Diss. med. de hydropum variorum indole, causis et medicina, übersetzt in der Sammlung auserlesener Abhandlungen zum Gebrauche prakt. Aerzte. Leipzig. Bd. XVI. S. 422 ff.) kann, obschon bereits ältere Aerzte, insbesondere der scharfsichtige Araeteus, die Hydrometra beobachtet haben wollen, nicht begreifen, wie die Gebärmutter, ein Eingeweide, das eine so merkliche und so leicht zu erweiternde Mündung hat, eine gewisse Portion Wasser aufbehalten und durch sie sich ausdehnen lassen könne. ohne dasselbe zu entleeren. --- Höchst waärscheinlich in Bezug auf diese Stelle Camper's erwidert Stein jun. (Lehre der Geburtshülfe, als neue Grundlage des Faches. Elberfeld 1825. Thi. L. Seite 214, Anmerk. 1), man könne wohl nur dann zweifeln, dass Flüssigkeit im Uterus vom Muttermunde zurückgehalten werde, wenn man von der Ausdehnung des Uterus seibst nur das Mechanische im Auge habe, nicht aber die Erwägung, wie wohl Ansammlung von Wasser und äusseres Verhalten des Üterus in gewissen gemeinsamen Causalverhältnissen stehen möchten.

Bs ist nicht in Abrede zu stellen, dass manche frühere Erzählungen von Gebärmutterwassersucht nicht den Stempel der Wahrheit an sich tragen, dass manche Stellen früherer Autoren von spätern Schriftstellern für Gebärmutterwassersucht citirt worden sind, woselbst sich hiervon nichts

11

findet, und dass auch mancher Hydrops ovarii für Hydrometra gehalten worden ist. So citirt z. B. Lietaud (Hist. amat. med. Tom. I. p. 322 seq.) unter andern ohne Angabe der Stelle eine Beobachtung von Vesalius, wo er von einer Gebärmutter spricht, in welcher man 180 Pfund Wasser gefunden habe. Offenbar ist hier folgende Stelle bei Veral (De corp. human. fabr. lib. V. C. IX. p. 627. Axisgabe von 1542.) gemeint: "In mulieris — utero serosae aquae post mortem 180 lib. - reperi, nullibi interius circum intestina praesente equa, aut laxo in manibus aut pedibus tumore, aut etiam viscerum - Magnus ille uterus, cujus fandi os miris modis coaluerat, toto, anteriori sua sede, peritonaco erat connatus, et dextri testis glandulae miris modis non secus excreverant quam si novem decemve anserum aut struthio-camelorum potius ova uni inessent membranae, singula humore ovorum albo non absimili, aut paule crassiore oppleta." Mit Recht vermuthet schon Camper, dass hier eine Sackwassergeschwulst der linken Seite, vielleicht eine Wassersucht des linken Bierstocks vorhanden gewesen sei. - Joh. Friedr. Bolten (De insigni aquae ex utero effluxu. Strasb. 1780) erzählt einen Fall, wo der Frau eines Kaufmanns 27 Jahre lang täglich 6 bis 7 Pfund helles geruchloses Gewässer, bald mehr, bald weniger, abging. Nach einer angenommenen Mittelzahl beträgt die Menge des von dieser Frau abgegangenen Wassers 24375 Plund, ohne dass ihr, die bei der Mittheilung noch lebte, dieses etwas geschadet habe. Bolten vermuthet, dass dieses Gewässer nicht eigentlich in der Gebärmutter, sondern in der Bauchhöhle sei abgesondert, durch die Muttertrompeten in erstere geleitet und nachher durch die Scheide ausgeleert worden.

**Rippocrates** schon thut an mehreren Stellen seiner Schriften (De natur. muliebri cap. 2 und cap. 36; de mulier. morb. Lib. II. cap. 53) dieser Krankheit Erwähnung, und fügt bei: Die Frau geneset, sobald sie geboren hat.

**Bildanus** (Opera omn. observ. centur. 2. p. 128 seq.) beobachtete bei seiner eignen Frau in der Schwangerschaft eine Gebärmutterwassersucht. Dieselbe fühlte gleich im Beginn der Schwangerschaft sich sehr schwach, ihr Leib

11\*

wuchs später zu einer monströsen Grösse, so dass Alle, die sie sahen, mehrere Kinder vermutheten; Schenkel und Füsse schwollen ödematös an. Sie erlitt viele und grosse Beschwerden, bis endlich Wehen eintraten und nach zweitägigen gelinden Schmerzen unter einer stärkern Wehe plötzlich der Muttermund sich öffnete, und mit sehr grosser Gewalt 18 Pfund ganz helles Wasser, ohne Beimischung von Blut, abflossen. Nachdem sie eine halbe Stunde geruht and durch stärkende Mittel sich erholt hatte, ging das eigentliche Fruchtwasser in der Menge von etwa 9 Pfund ab, und die Frau gebar einen ganz gesunden Knaben, der kräftiger war, als die übrigen Kinder, welche sie früher geboren hatte, und dem sie selbst die Brust reichte. Nach Monatsfrist fühlte sie sich vollkommen wohl. Später wurde sie abermals schwanger und blieb in dieser Schwangerschaft ganz gesund.

In 9 Fällen von Hydrometra gravidarum, welche ich beobachtete, floss während der Schwangerschaft in bald grössern, bald geringern Quantitäten, bald nur ein Mal, bald mehr Mal in unregelmässigen Zwischenräumen Wasser ab, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen wurde. Näaele (vergl. J. B. Geil, Dissert. de hydrorrhoea gravidarum, 1822, und Heidelb. klin. Annal. Bd. III, St. 4, S. 489) hob diesen Umstand unter der Bezeichnung Hydrorrhoea gravidarum besonders hervor. In Canstatt's Jahresbericht. Erlangen 1843 (vergl. Feist, Bericht über die Leistungen im Gebiet der Geburtshülfe 1842, S. 14 u. 15) habe ich mehrere der oben angeführten Fälle mitgetheilt. Die übrigen sind diesen so ähnlich, dass ich dieselben um so weniger einzeln aufführen will, als seit dieser Zeit viele Fälle der Art von Andern veröffentlicht worden sind. Nur will ich beifügen, dass in allen von mir beobachteten Fählen bei der Geburt die Blase sich stellte, und ich in 7 derselben die Nachgeburt genau untersuchte. In diesen 7 Fällen hingen Chorion und Amnion allenthalben zusammen, und zeigten nirgends einen Raum, worin das früher abgegangene Wasser hätte angesammelt sein können; obgleich in 8 Fällen davon noch wenige Tage vor der Geburt und in einem Falle noch

Ε,

4 Stunden vor dem Eintritt der Wehen ein Wasserabfluss erfolgt war.

Ein einmaliger oder wiederholter. Wasserabfluss während der Schwangerschaft sichert noch nicht die Diagnese der Hydrometra, da auch bei Hydrallante älinliche Hydrorrhöen, und zwar nicht selten, vorkommen, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen wird. Allerdings erfolgt nach mehrmaligem Wasserabfluss bei Hydrallante leicht eine Brühgeburt, allein es ist doch nicht immer der Fall. Nach Hydrorrhöen bei Hydrometra sowohl, als bei Hydrallante stellt sich im Verlauf der Geburt gewöhnlich die Blase. Nur nach dem Abgange der Nachgeburt lässt sich in dieser Beziehung die Diagnose feststellen, indem man an derselben bei Hydrometra eine Verklebung, Verlöthung, ein festes Anliegen der Leder- und Schafhaut findet, während diese bei Hydrahlante getrennt sind. • • ; . ۰,

In der jungsten Zeit ist mir ein Fell von Hydrometra vorgekommen, wo während der ganzen Schwangerschaftszeit keine Hydrotyhöe erfelgt ist, und der wegen anderer Umstände wohl einer Veröffentlichung werth sein dürfte.

Frau X., 38 Jahr alt, von lymphatischer Constitution, gut genährt, in glücklichen Verhältnissen lebend, zum 7ten Male schwanger, consultirte mich Anfangs October 1852, Sie war in den ersten Tagen des April zum letzten Male menstruirt, und hatte zu Anfang der zweiten Hälfte August die ersten leichten Kindesbewegungen empfunden. Dieser mit der grössten Bestimmtheit gemachten Angaba entsprach der Umfang des Unterleibes durchaus nicht, indem dieser zu Anfang October schon eine Ausdehnung erreicht hatte, wie er nur gegen das Ende der Schwangerschaft gefunden wird. Diese auffallend starke Ausdehnung des Bauches war in den letzten 4 Wochen erfolgt, und die Frau selbst vermuthete Wassersucht. Die Gebärmutter war in einem sehr erweiterten Umfange durch die Beuchwandungen deutlich zu fühlen. Der Muttergrund stand in der Herzgrube, die beiden Hypochendrien waren ausgefüllt. Der ganze Uterus fühlte sich weich an und bot nur rechts von dem Nabel einen festern Körper, den ich für den Steiss des Kindes hielt, dar; Der Nabel war als ein kleiner Hügel erhoben, mit seiner Spitze nach abwärts gerichtet. Die Auseultation liess den Herzschlag des Kindes und das sogenannte blasende Geräusch nur ganz schwach wahrnehmen. Die Labia majora waren ödematös infiltrirt. Die innere Untersuchung, welche der in hohem Grade aufgeregten Frau sehr schmerzhaft war, lieferte kein besonderes Ergebniss. Der Muttermund war nicht zu erreichen, ein Bellotement nicht zu bewerkstelligen und ein Kindstheil nicht zu fühlen. Anfangs dachte ich an ein weiteres Vorgerücktsein der Schwangerschaft, an eine mehrfache Schwangerschaft, allein die Frau gab mit der grössten Bestimmtheit den Anfang der Schwangerschaft an und fügte bei, dass sie seit den letzten 4 Wochen die Kindesbewegungen allmälig immer schwächer empfinde. -- Der Gedanke einer Complication der Schwangerschaft mit Hydramnios oder Hydrallante oder Hydrometra lag nun nahe. Das Aussehen der über ihren Zustand in hohem Grade beängstigten und entmuthigten Kranken war blass, das Gesicht etwas gedunsen, die Bewegungen waren unbeholfen, schwerfällig, leicht ermitdend und Schmerz im Unterleibe erregend. Sie klagte über Völle und Gespanntheit des Unterleibes, über ein Drängen nach den Genitalien und über leichte Brustbeengung, -- Die Harnsecretion ging gehörig von statten, die Hautausscheidung war beschränkt; Fieber war nicht vorhanden. -- Es wurde das Tragen einer zweckentsprechenden Leibbinde und warme Bekleidung angerathen und Diuretica verordnet.

Von nun an nahm die Ausdehnung der Gebärmutter nach allen Dimensionen ausserordentlich rasch zu, und der Unterleib erhielt einen solchen Umfang, dass die äussere Haut glänzend hell wurde, und man die Gebärmutterwandungen nicht mehr durchfühlen komste. Die Bauchwandungen waren nach allen Richtungen stark gewölbt, Fluctuation war durch dieselben deutlich wahrnehmbar, der Percussionston war gedämpft. — Gegen Ende Novembers hatte der Bauch einen solchen Umfang erreicht, dass die Kranke im Stehen, das ihr höchst beschwerlich war, kaum das Gleichgewicht erhalten konnte, und das Gehen fast unmöglich war. Es hatte sich ein vollständiger Hängebauch gebildet, die untern Extremitäten, die Beuchwandungen, insbesondere die äussern Genitzlien waren stark ödémetös angeschwollen, vom Schamberg hersb hing ein mit Wasser infiltrirter Beutel, der durch Aussickern und dadurch entstandenes Wundsein grosse Schmerzen verursachte. Die Fluctuation des Unterleibes war so deutlich su fühlen, dass der sehr erfahrene Hausarzt und ich versucht waren, des Vorhandensein von Ascites anzunehmen. Weder bei der äussern, noch bei der innern Untersuchung waren Ende November Kindestheile zu finden, und der Muttermund war nicht erreichbar. Die Kranke nahm grösstentheils eine halbsitzende, halbliegende Stellung ein. Beim Versuch sum tiefern Liegen traten Beengungen und Beängstigungen ein. Appetit und Verdauung blieben ziemlich; die Urinseorction erlitt keine Störung, der Harn zeigte kein Eiweiss; Fieber war nicht zugegen. Wir stellten uns die Frage, ob nicht eine künstliche Frühgeburt eingeleitet werden solle?

Schwierig war allerdings in diesem Falle die Wahl der Methode. Bisher war ich mit der Brütsinghausen-Klugeschen Methode bei Rinleitung der künstlichen Frühgeburt stets ausgereicht. In den Privatwohnungen: fehlt der Apparat zur aufsteigenden Douche, Pressschwamm und Eihautstich waren hier nicht anwendbar, weil der Muttermund nicht zu erreichen war, die Tamponade war wegen des starken Oedems der äussern Genitalien nicht ausführbar, das Einbringen einer Blase, nach Hüter, oder des Colpenrynters nach Braun aus gleichem Grande und wegen der grossen Empfindlichkeit sehr schwierig und schmerz-Die dynamischen Methoden geben selten das gehaft. wünschte Resultat. Diese Erwägungen und Gründe bestimmten mich, die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt noch etwas zu verschieben, in der Hoffnung, der Muttermund werde sich beld dem untersuchenden Finger darhieten.

Am 8. Dezember gegen 5 Uhr Abends; stellten sich, nachdem die Leidende den ganzen Tag hindurch über gresse Unruhe, Angst, Beklommenheit und Ziehen im Rükken und in den Schenkeln geklagt hatte, leichte Contractionen des Uterus ein, und gegen 9 Uhr erfolgte aus der Scheide ein Wasserahfluss, welcher der Art stark wurde,

### 168 XI. Dr. Foist, geburtehulfliche Mittheilungen,

dass alle 10, 15 bis 20 Minuten die Unterlagen wegen vollständiger Durchnässung geweenselt werden mussten. Obgleich die Hanshaltung einen Reichthum an Weisszeug hatte. so langte desselbe keum für den Wechsel der Unterlegen aus. Es gingen in 3 Stunden etwa 42 Pfund ganz helles Wasser durch die Vagina ab. Das Gewicht der Flüssigkeit wurde nach dem Gewicht des Verhältnisses der trocknen zur durchnässten Wäsche abgeschätzt. - Der Muttermund war nun in die Mittellinie des Beckens getréten und erlaubte einem Finger den Durchgeng. Ein Kindestheil war durch denselben noch nicht zu fühlen. Durch diesen Wasserabfluss war der Bauch so zusammengefallen, dess man durch dessen Wandungen die Zusammenziehungen der Gebärmutter und die Kindestheile wahrnehmen konnte. Der Anfangs October gefühlte grössere, härtere Kindstheil war jetzt als Steiss deutlich erkennbar, und der Herzschlag des Kindes ohne Anstrengung zu hören. Kurz nach 12 Uhr in der Nacht des 9. December traten stärkere Wehen ein, der Muttermund eröffnete sich normal; hinter und über den Schambeinen fühlte man den Kopf des Kindes, und es stellte sich die Blase. Die Geburt verlief nun ganz regelmässig. Nach 4 Uhr Morgens sprang bei gehöriger Brweiterung des Muttermundes die Blase, wobei nur eine geringe Quantität Fruchtwasser abging; der Kopf rückte in erster Stellung herab, und gegen 5 Uhr Morgens wurde ohne irgend eine Kunsthülfe ein Mädchen geboren. Das Kind war scheintodt, wurde aber nach wenigen Minuten zum Athmen und Schreien gebracht. Es war klein und mager, und offenbar nicht ganz ausgetragen. An der Brust einer gesunden Säugamme gedieh es, zwar Anfangs langsam, doch altmälig recht gut, und ist jetzt, wo ich diese Zeilen niederschreibe, gerade 1 Jahr alt, ganz kräftig, wohlgenährt und hat sämmtliche Schneidezähne.

Die Nachgeburt war mit der Gebärmutter verwachsen und musste künstlich getrennt werden. Sie war von Wasser durchfeuchtet, ödematös. Chorion und Amnion hingen fest zusammen, die Nabelschnur war sulzarm.

Die Frau verlor in den ersten Tagen des Wochenbeites unter starken, schmerzhaften Nachwehen viel dünnes,

### XI. Dr. Foist, gehartsbulliche Mittlieilungen: \$69

wässeniges Blut ohne alle Blutcoegula; später-wurde der Lochienabgang normal. Anfangs fühlte sie sehr gresse Schwäche und eine sehr unangenehne Empfindung von Leere im Unterleibe, erholte sich aber auf belebende und stärkende Arzneimittel und kräftige Nahrung bald, so dass sie 14 Tagei nach der Niederkunft, schon auf kürzere Zeit das Bett värlassen konnte.: Jetzt ist sie: ganz. gesund: und rägelmässig menstruirt. — Milch entwickelte sich nur in sehr geringem Masse in den ersten Tagen den Wochenzeit und verlor sich bald ohne jede Beschwerden:

Die Frage: Wie und wodurch ist diese Gebönmetterwassersucht entstanden? ist schwer oder kaum zu beantworten. Die Hautscoretion war nur beschränkt, nicht unterdrückt; die Nierensusscheidung in keinen Beziehung gestört; der Harn zeigte kein Eiweise, und es war überhaunt keine Erscheinung zugegen, die auf ein Nierenleiden ideutete. Von der geringen Beschränkung der Hautausdünstung kann man nicht fliglich einen vermehrten. Wasserreichthum ableiten; auch würde ivohl; wehn ein soleher stattgehabt hätte, eine gesteigerte Nierenscoretion viceriirend für die Hautthätigkeit eingetreten sein. - Eine aussere Verankes sung zur Krankheit war nicht aufzufinden .... Die Kranke lebte in günstigen Verhältnissen, hatte eine geränmige, trockene, gesunde Wohnung, sie hatte sich keinen Erkält tungen ausgesetzt, körperliche Anstrengungen hatten ihre Kräfte nicht aufgerieben, deprimirende Affecte nicht eingewirkt u. s. w. .1. 1 ۰. 11.1 . ..

In der Pathogenie weiss man sich under solchen Umständen leicht mit dem Ausspruche zu helfen: Die Exsudation hat ein Uebergewicht über die Resorption erlangt. Allein dann liegt die zweite Frage nahe: Wodurch ist demn dies geschehen? Allerdings ist bei jedek Anhäufung von Blutwasser ausserhalb der Gefässe ein Uebergewicht der Exsudation über die Resorption vorhanden, sei dies, dass bei normaler Resorption die Exsudation gesteigert, oder bei normaler Resorption die Resorption verhindert ist, oder diese überhäupt sich nicht das Gleichgewicht; balten. Ist einmal eine krankhafte Exsudation da; se wird diese durch das eintretende Missverhältniss der Gensistenzy

### 170 XI. Dr. Feist, geburtshulftielen Mittheilungen.

des Blutwassers zur Porosität der Gefässwände leisht vermehrt werden. — Bie Annahme einer hydropischen Diathese oder einer hydrämischen Krase würde in dem vorliegenden Falle jeder Begründung entbehren und das über ihm liegende Dunkel ebensowenig aufhellen.

Dieser Fall zeigt aber auch, wie schwierig die Diagnose der Hydrometra gravidarum ist, wenn damit keine Hydrorrhoea uteri verbunden ist. Obwohl schon Anfangs October eine Complication der Schwangersckaft mit Wasseranhäufung in der Gebärmutter diagnostieirt war; so wurde doch gegen das Ende November durch die enorme Ausdehnung des Uterus und die Verdünnung seiner Wandangen, wie durch die deutlich fühlbare Fluctuation die Diagnose wieder etwas getrübt, da man an eine Complication der Schwangerschaft mit Hydrops aseites denken musste.

Ferner lehrt dieser Fall, dass eine ganz ausserordentlich grosse Menge von Flüssigkeit im schwangern Uterus sich anhäufen kann, ohne dass der Fötus beeinträchtigt wird, und dass man nicht kurzer Hand die von frühern Schriftstellern erzählten derartigen Fälle auf die Seite schieben darf. Camper z. B. weist alle von Gerard van Swieten (Commentaria in Hermanni Boerhave Aphorismos de oognoscendis et ourandis morbis. Editio secunda.: Lugd. Bat. 1770. Tom. IV. p. 150 sq.) aufgezählten Fälle mit dem Bemerken zurück, es seien entweder Wassersuchten der Eierstöcke oder Abflüsse übermässig angehäuften Schafswassers gewesen, ohne einen zureichenden Grund für diese Annahme zu haben.

In einer 30 jährigen Praxis ist mir nicht ein Fall von Hydrometra asoitica s. dependens im nicht schwangern Uterus vorgekommen. Allerdings habe ich öfter (und zwar habe ich 18 Fälle notirt) Wasserabgänge, mitunter in regelmässigen Pausen, aus der ungeschwängerten Gebärmutter beobachtet; allein in sämmtlichen Fällen waren Eierstockgeschwälste mit Bestimmtheit nachsuweisen. In keinem eiszigen dieser Fälle war ein Leiden des Uterus vorhanden, ebensowenig eine Ausdehnung desselben;

### XI. Dr. Foist, geburtshulfliche Mittheilungen. 171

Eine Verwechselung der Eierstockswassersucht mit Hydrometra mag in früherer Zeit zuweilen vorgekommen sein, auch mag mitunter Sackwassersucht zu einer solchen Verwechselung Anlass gegeben haben; allein man hat dadurch nicht das Recht, an der Wirklichkeit einer echten Gebärmutterwassersucht zu zweifeln.

Von Hydrops saccatus seu hydaticus habe ich 6 Falle im nicht schwangern Uterus beobachtet, nie habe ich Hydetiden in Verbindung mit Schwangerschaft geschen. Alle mir vorgekommenen Fälle betrafen verheirathete Frauen. die schon geboren hatten. Eine derselben, die schon 11 Mal niedergekommen war, glaubte abermals schwanger zu sein, weil ihr Leib sich allmälig ausdehnte und sie 4 Monate die Menstruation verloren hatte. Im 5ten Monat trat ein heftiger Gebärmutterblutfluss ein, der sich in Zwischenräumen von 3 bis 4 Wochen, fast regelmässig wiederholte und die Kräfte der Leidenden sehr hernbbrachte. Der Fundus uteri stand { Zoll über dem Nabel im 6ten Monat der vermeintlichen Schwangerschaft, die Gebärmutter fühlte sich weich an und war nach allen Seiten ausgedehnt. Die innere Untersuchung zeigte den Mutterhals und Muttermund im sewöhnlichen Zustande und eine Ausdehnung der Gebärmutter, wie man sie im 4ten Monat der Schwangerschaft findet. Vierundfunfzig Wochen nach dem ersten Ausbleiben der Menstruction trat abermals eine heftige Blutang unter wehensrtigen Schmerzen ein. Ich fand den Muttermund in der Grösse eines Oundratzolles eröffnet und in demselben einen fromden Körper. Es gingen nun unter Wehen innerhalb 56 Stunden 4 Pfund 20 Loth Civilgewicht Hydatiden ab, welche kleinere und grössere mit heller Flüssigkeit gefüllte Blasen, die theilweise traubenartig zusammenhingen, darstellten. Nach dem Abgange dieser grossen Hydatidenmasse erholte sich die Frau allmälig, die Kräfte kamen langsam wieder; nach 2 Monaten konnte die Frau ihren häuslichen Verrichtungen wieder nachgehen und wurde 15 Monat später abermals schwanger. Diese Schwangerschaft verlief ohne besondere Störung, und es wurde ein lebendes, gesundes Kind zur rechten Zeit geboren.

Viele Schriftsteller, unter den neuern Bainin-Duges,

#### 172 XI. Dr. Poist; geburtshulfliche Mittheilungen.

sind der Ansicht, die Hydatiden fänden sich nur in ; dem geschwängerten Uterus und träten nur in Nerbindung mit regelmässiger Schwangerschaft und als Molen auf. Die von mir gemachten Beobachtungen sprechen nicht; für diese; Annahine: --- Raysch (Ady. anot. Dec. 2) achrieb die Hydatidenentwickelung zurückgebliebenen Nachgeburtsresten zu. indem er sagt: "Hacc retenta meles, penitus amittens genuinam suam indolem, quia est merus vasorum sanguífererum contextus, integro suo corpore mutatur in congeriem hydatidum," und an einer andern Stelle: "Placenta post abortum relicta degeneravit saepe in hydatides etc." Sehr. viele Schriftsteller betrachten die Hydatiden als durch eine feblerhafte Conception erzeugte Molen oder schreiben sie einem unvollkommnen Coitus und einem entanteten Nisus formativus; zu.... Gegen diese Ansicht sprechen viele Beebachtungen, obgleich eine Hydatidenmole nicht geleugnet werden kann, allein bei dieser findet maa noch Reste des Eies und eine organische Textur. Man vergl. Dreyseig, Patholog. d. chron-: Krankh: Ed. II, S. 484 ff.). --- Schon frih schrieb, man die Hydatiden der Taenia hydatigene zu, und auch jetzt noch herrschen darüber Zweifel, ob dieselben leblose, einfache. seröse Bilge oder Blasenwürmer (Acephalocystes) sind. Viele der neuern Schriftsteller neuen zu der letzten Annahme. Bremser zählt sie zu den Pseudoholminthen, und Cloquet lässt sie eine eigene Species, Apephalocystis racimosa, bilden. Cruveilkier, der nichts Verfängliches darin findet, sie als schmarotzende Gebilde anzusehen, spricht sich nicht mit Bestimmtheit über deren Natur aus. · . · . `\_\_\_**:** . . . . - .:

Man unterscheidet zwei Arten von Hydatiden; die gestielten, zusammenhängenden, tranbenförmigen, und die freien.... in den von mir beobachteten Fällen war es stets erste Art. . . . . . . 1 11 11 1

... . . .

II. Ueber die Lehre von dem Stürzen des Kindes in den letzten Monaten der Schwangerschaft. 1 . . .

Die Lehre von dem Stürzen der Kinden (Burnelbuumschlagen i la Gulbute, inversio foetus) war schon fast in Vergessenheit gerathen, als einer unserer ausgezeichnetsten und einflussreichsten Lehrer der Geburtshulfe, Professor Dr. Scanzoni in der neuesten Zeit in seinem Lehrbuche der Geburtshulfe, Wien 1849, Bd. 1, S. 104, 2te Aufl. 1858; S. 93, dieselbe wieder in Anregung brachte.

**Hippoorates** und Aristoteles erwähnen schen der Umdrehung der Früchte in den letzten Monaten der Schwangerschaft, und Galen und Rhases zogen aus der Beobachtung, dass Smonattiche Früchte häufiger als ausgetragene mit den Füssen voran zur Welt kommen, den Schluss, der Fötus wende sich erst nach dieser Schwangerschaftszeit im Mutterleibe auf den Kopf.

·Bei Celsus; der schon die künstliche Wendung auf die Fusse lehrte (de medicina. Lib. VII, cap. 29) findet men davon keine Brwähnung. C. Arawine (De hamano foetu liber. Basil. 1519); ein Schüler Vesal's und Professor in Bologna, vertheidigte, obgleich er bei Leichenöffnungen seiner eignen Aussage nach sehr häufig den Kopf des Fötus auf dem Muttermunde in den frühesten Zeiten der Schwangerschaft fand, die Ansicht von dem Sturzen des Kindes auf den Kopf, verlegte aber die Zeit desselben auf den Bei ginn der Geburt. Nach ihm sitzt, ohne abnorme Ursteche; das Kind bis zur Geburt auf dem Muttermunde, da der Muttergrand mehr Raum für den Kopf des Fötus biete, als der dem Mutterhalse nahe Theil. Fielding Ould (A treatise of midwifery. Dublin 1742) glaubt ebenfails, die Lageveränderung geschehe während der ersten Geburtswehen, wogegen Mauriceau (Des maladies des femmes grosses et ac. couchées. Par. 1668) und selbst Levret (Bssai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchemens. Par. 1766. p. 40, \$. 426 et suiv.) den Sturz plötzlich im 7ten oder Sten Monat vorkommen lassen. Röderer (element, art. obstetric. Götting. 1758, IL Edit. v. Wrisberg 1766, p. 37, S. 80 sq.) and Stein sen. (Theoret, Anleit, sur Geburtsh, Cassel 1770 und selbst noch in der Ften von seinem Neffen und Antsnachfolger 1805 herausgegebenen Aufl. G. 434 (ff.) lassen die Drehung des Kindes sich allmälig vollenden. In der nevern Zeit sprach sich für diese Lehre nur Girard (Journ.

## 174 XI. Dr. Foint, geburtsbulfliche Mittheilungen.

général de médeoine T. 48, p. 286 et suiv.) sus. Residue Columbus (de re anatomica libr. XV, lib. XII de formatione fostus ac de situ infantis in utero. Vanet. 1559), ebenfalls ein Schüler Vesal's und dessen Nachfolger in Padua, erklärte es nach seinen Untersuchungen an Leichnamen für ein ausgepeitschtes Mährchen, dass die Kindar vor der Geburt wie Affen und Gaukler einen Burgelhaum schlagen; dies sei auch schon des engen Raumes wegen nicht möglich. Ebenso stemmten sich De la Motte (Traité compl. des accouchemens. Par. 1721) und Wilh. Noortwyk (Utari humani gravidi anatoma et historia. Lugd. Bat. 1743) gegen diese Lehre.

Am entschiedensten traten dagegen W. Smellie (A. treatise on the theory and pract, of midwifery. Lond. 1752. p. 178) und Solayrès de Renhac (De partu viribus materpis absoluto. Par. 1771. 4. p. 8. Edit. Eduardi de Siebold. Berol. 1831. 8, p. 24 et sq.) auf. Smellie's anatomische Tafeln (A sett of anatomical Tables, with explanations and on abridgment, of the practice of midwifery, with a view to illustrate a Treatise on that subject and collection of cases. London 1754. gr. fol.) trugen viel zur richtigen Vorstellung von den verschiedenen Kindeslagen bei, in welchen er nach trefflichen Zeichnungen von Rymsduk und Pet. Camper die Fruchtlagen und Gestalten der geöffneten Gebärmutter, nach wirklichen anatomischen Präparaten abgebildet, veranschaulichte, und wodurch er die falschen Vorstellungen und unrichtigen Begriffe, die sich in die Schriften über Geburtshülfe eingenistet hatten, verdrängte.

Solayrès de Renhae sagt, nachdem er sich über die Baltung der Körpertheile des Kindes zu einander im Uterus näher ausgesprochen hat: "Embryulcus taetus medio sexto mense saepe et facili negotio foetus caput offendet in praegaantibus, quarum pelvis apertura superior latior est. Incisio cadaverum in variis graviditatis temporibus partus praematuri demonstrant, caput foetus fere semper per omnem graviditatis decursum niti orificio uteri, quod forte a graviditatis centro depromere non absonum est: huic cansae succenturiatur trunci et capitis mutata preportio, qua fieri necasse est, corpus foetus ita locari, ut ejus pars latior, puta

#### XI. Dr. Poiet, gebertabilifiche Mittheilungen. 175

nompo truncus, competenteri fundum, caput autom collum. His radicitus evertitur commentatio quorandam ad septimum mensem foetus inversio, quae praceoncepta opinio hino potissimum derivanda est, quod ante sextum mensem, pars digito occurrens inter tangendum, aegre dignoscatur. Haeg ambigua, diagnosis etiam post septimum mensem interdum perstat: pritur ab inorementi et evolutionis uteri ratione, qua collum pertinacius huic dilatationi resistit. Hinc fit. quod caput Infantuli, etsi ad apicem versum, ab exploranti digito longius distet, quam ut deprehendi valeat. In septimo menso, apex coni megis atque magis patulus evadit, et caput digito vel alia foetus corporis pars occurrere sinit; hine facile est eruere collapsus rationem, quo praegnantes foetuli inversionem jam factam praedicant, atque vividiorum motuum infantuli causam." Mit dieser Darlegung waren verzugsweise Levret'sche Aussprüche, die einen so grossen Rinfluss auf die französische und deutsche Geburtshülfe geüht, zurückgewiesen. Sein Schüler J. L. Baudelocque (l'art des accouchemens, Par. 1781. 4. édit. 1807. Tom. I. p. 222, 6. 434 et suiy, 5. édit, 1815 Tom. I, p. 226, S. 444 et suiv.) folgte seinem Lehrer unter Erweiterung der Gründe gegen die Culbute. Er behauptet, dass, wenn man über die Lage, welche das Kind nach der Meinung der Vertheidiger der Culbute bis auf den Zeitpunkt, wo es sich stürze, einnehmen soll, gehörig nachdenke, man sogleich einsehen werde, dass die Lage, welche sie dem Kinde sowohl vor, als nach dem Stürzen einräumen, nicht allein die allerunbequemste seit welche das Kind nehmen könne, eine solche, die es pur einen Augenblick beibehalten konne, weil es in derselben zwei nicht aushalte. Dann widerspreche auch eine solche Lage dem Baue und den Verhältnissen der einzelnen Theile, wie auch den Gesetzen der Schwere des Körpers. Fasse man die unendliche Kleinheit des Kindes in den ersten Monaten ins Auge, bedenke man die Grösse der Gebärmutterhähle und die Menge des dasselbe umgebenden Wassers; seine daher rührende Beweglichkeit, beachte man seine Krümmung nach vorn und das grosse Uebergewicht seines Kopfes über den ganzen übrigen Körper; so werde man nicht begreifen können, wie es ganze Monate hindurch

ļ

Ì

#### XI. Dr. Reist, gebürtsbildiche Mittheilunigen. 176

sitzend auf dem antern Theile der Gebärmatter und ver der Krümmung der Lendenwirbei verweilen sollte. Nehme man auf die eifermige Gestalt der Gebärmutter auch bei threr stärksten Entwickelung Rücksicht und auch auf die des Kindes, so werde man sich überzeugen, dass der Kopf des Kindes den untersten Theil des Uterus einnehmen musse; denn dieser bilde das spitzere Ende seines Ovals, der Steise, die Schenkel, Unterschenkel und Pisse in der Zusammenschlagung das stumpfere Ende desselben; gerade so sei im Grunde der Gebärmutter das stumpfe und am untern Theil derselben das spitze Ende ihres Ovals. Die Stellung, welche die Vertheidiger der Galbute dem Kopfe des Kindes nach dieser ausserordentlichen Bewegung zuschrieben, sei dem Verhältniss der Theile keineswegs anpassend; wie könne man annehmen; dass die Stira, die nach dem Stürzen auf den Vorsprung des Kreuzbeins su stehen komme, während mehrerer Monate da stehen bleiben werde? Vergleiche man die Dimensionen der Gebärmutterhöhle bei den meisten Frauen mit denen "des eiförmigen Körpers, den das zusammengebogene Kind im 7ten Monate der Schwangerschaft, wo gewöhnlich die 'Gulbute vor sich gehen solle, bilde, so werde man darin einen neuen Grund gegen diese Umwandlung finden: denn man sehe leicht, dass der Längendurchmesser des Fötus, als der grösste, die Durchmesser des Uterus von vorh nach hinten sowohl, als von einer Seite zur andern weit übertreffe. ---Der gewichtigste Grund gegen die Culbute müsse aber aus der Erfahrung genommen werden. Leichenöffnungen hätten tausendmal bewiesen, dass zu jeder Schwangerschaftszeit der Kopf des Kindes den untersten Theil der Gebärmutter fast immer eingenommen habe, auch stelle sich in den meisten Fällen von Frühgeburt der Kopf zur Geburt. Wenn sich auch abweichend, sei es bei Leichenöffaungen oder bei Abortus eine andere Stellung zuweilen gefunden habe, so sei dies nicht häufiger der Fall, als im Sten Monet. Das Kind habe die natürlichste Lage, wenn es mit dem Kopfe nach unten zu schräg auf dem Eingange des Beokens stehe, so dass das Hinterhaupt an eine von den Pfonnen und die Stirn an die gegenüberstehende Huftkreuz-

#### XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen. 177

beinfuge anliege. Bei übermässiger Menge von Fruchtwasser könne der Fötus allerdings die Beweglichkeit der frühern Monate beibehalten und sich auf verschiedene Weise, sogar während der Geburtsthätigkeit herumwenden.

Mit diesen Erörterungen von Smellie. Solaures und Baudelocque war die Lehre der Culbute in England, Frankreich und Deutschland fast der Vergessenheit übergeben, höchstens wurde ihrer noch geschichtlich erwähnt, bis Scanzoni 1849 derselben, wenigstens zum Theil, wiederum das Wort redete.

Nach der Form der schwangern Gebärmutter in den verschiedenen Monaten der Schwangerschaft dünkt es Scansoni wahrscheinlich, dass der Fötus in den ersten Wochen seiner Existenz eine beinahe horizontale Lage mit nach abwärts gekehrtem Rücken einnimmt. Wächst nun derselbe in die Länge, so bietet ihm die in dem Querdurchmesser weniger weite Uterushöhle 'nicht mehr den gehörigen Raum, und der allmälig consistenter gewordene, einen grössern Widerstand bildende Fötus wird durch sein Wachsthum gezwungen, seine Längenachse in jene der Gebärmutter zu bringen, wodurch nothwendig das eine oder andere Rumpfende in den Grund des Uterus hinaufsteigen muss. Dа aber der noch enge, wenig erweiterte untere Abschnitt zu wenig Raum für den unverhältnissmässig voluminösen Kopf des Fotus bietet, so geschieht es, dass dieser, vielleicht theilweise durch active Bewegungen der Frucht, in den weitesten, dem Grunde entsprechenden Theil der Uterushöhle hinaufsteigt, das Beckenende aber die tiefste, dem Halse zugekehrte Stelle einnimmt. Diese Ansicht soll nach Sc. durch die Häufigkeit der Steiss- und Fassgeburten in den ersten 6 Schwangerschaftsmonaten an Wahrscheinlichkeit gewinnen. In der Prager Gebäranstalt wurden im Ver-Jauf von 6 Jahren unter 12,539 Geburten 21 Geburten vor dem 7ten Monat beobachtet und hierunter wurde der Fötus 15 Mal mit dem Steiss und nur 6 Mal mit dem Kopfende voran geboren. In der Privatpraxis hat Scanzoni in der Zwischenzeit von dem Erscheinen der ersten Auflage (1849) seines Lehrbuchs bis zu dem der zweiten Auflage (1853) 24 Aborten beobachtet, bei weichen der Fötus 14 Mal Honaisschr. f. Geburtsk, 1854. Bd. 111. Hft. 3. 12

## 178 XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

mit dem untern Rumpfende voran ausgestossen wurde, während bei rechtzeitigen Geburten erst auf etwa 60 Konflagen eine Steisslage gezählt wird, ein Verhältniss, welches bei der grossen Anzahl von Geburten, welche diesen Untersuchungen zu Grunde liegen, nach Scanzowi nachweist, dass in den ersten 6 Monaten der Fötus häufiger mit dem untern Rumpfende vorliegt. Aber selbst in den spätern Monaten findet man bei Frühgeburten unverhältnissmässig oft solche, wo der Fötus mit dem Steissende voraus geboren wird. Unter 186 von Scansoni angeführten Frühgeburten vom Ende des 6. Monats an wurden 132 Kopf-, 47 Steiss- und Fuss- und 7 Querlagen beobachtet, so dass auf 3 Kopflagen 1 Steisslage gezählt werden kann. Noch auffallender werden diese Zahlen, wenn man darauf Rücksicht nimmt, ob die Kinder lebend oder todt zur Welt gekommen sind. Unter jenen 186 Frühgeburten nach dem 6ten Monat wurden 115 lebende und 71 todte Kinder geboren. von welchen die ersteren 91 Kopf-, 22 Becken- und 2 Querlagen zeigten, so dass auf 4 Kopflagen 1 Beckenlage kommt; von den 71 todten Früchten stellten sich 36 in der Kopf., 30 in der Becken- und 5 in der Querlage zur Geburt, so dass sich hier das Verhältniss der Kopf- zu den Beckenlagen wie 1.03:1 herausstellt. Aehnliche Resultate erzielte Dubois bei seinen Untersuchungen über diesen Gegenstand. Er beobachtete bei 121 Aborten 65 Kopf-, 51 Becken- und 5 Querlagen; bei 142 todtgebornen frühzeitigen Kindern 90 Kopf-, 46 Steiss- und Fuss- und 6 Schulterlagen, und von 73 lebend gebornen frühzeitigen Kindern stellten sich 61 in der Kopf-, 10 in der Becken- und 2 in der Schulterlage zur Geburt.

Scanzoni stellt nun seine eignen und die von Dubois gewonnenen Zahlen in folgender Tabelle zusammen:

Schwängerschaftszeit.		Zebi der Pälle.	Kopflagen.	Steiss- und Fuselagen.	Queriagen.	Procente der Kapfingen.
Vor dem 6ten Monat Frühgeburten nach dem 6ten Monat (lebende Kinder		166	81	80	5	48,7 von 100
	lebende Kinder	213 188	126 152	76 32	11 4	59,6 von 100 80,8 von 100

### XL Dr. Foist, geburtshülfliche Mittheilungen. 179

Daraus soll man entnehmen, dass bei Frühgeburten in den ersten Schwangerschaftsmonaten der Fötus unverhältnissmässig oft mit dem Steiss gegen den Hals des Uterus serichtet sei und dass die Häufigkeit dieser Lagen in eben dem Maasse abnehme, als sich die Schwangerschaft ihrem Ende nähere. Auffallend sei es ferner, dass Kopfgeburten in derselben Schwangerschaftszeit so häufig werden, wenn des Kind lebend zur Welt komme. -- Ohne Zweifel spiele bei diesem Verhalten das schon angedeutete Verhältniss zwischen der Form der Uterushöhle und jener des Fötus in den frühern Monaten eine grosse Rolle; nehme aber, wie es in den letzten 12 Wochen der Fall ist, der untere Gebërmatterabschnitt an Ausdehnung zu, werde die Uterusboble nach abwärts weiter, so habe der mit dem Konfe nach aufwärts gerichtete Fötus, dessen Schwerpunkt nach Dubois's Versuchen dem obern Rumpfende näher liege, in dem schmälern Steiss keine feste Stütze, der ganze Körper ricke, in der grossen Masse von Fruchtwasser ziemlich frei hin und her schwebend, aus der Längenachse des Uterus, indem das Beckenende von der Gegend des Mutternundes abgleite, gegen die Seitenwand und endlich gegen den Grund der Gebärmutter hinaufsteige, während der Kopf gegen den Muttermund herabsinke.

Mit dieser Erklärung sucht Scansoni der alten Lehre von dem Stürzen der Kinder, Culbute, Inversio foetus, sonach wieder Eingang zu verschaffen und neue Stützpunkte zu geben. Doch räumt er ein, dass diese Lageveränderung vielleicht nicht immer erfolge, allein für unmöglich dürfe man sie nicht erklären und er sei zu deren Annahme um so mehr gedrungen, als er nicht selten Gelegenheit gehabt, den Fötus im Sten und 9ten Monat, ja selbst noch einige Tage vor der Geburt in deutlich nachweisbaren Steiss- oder Querlagen zu finden, und ihn zu scinem Brstaunen in einer oder der andern Kopflage sich ur Geburt stellen zu sehen. Dass der Uterus in seinem Overdurchmesser einer bedeutenden Ausdehnung fähig sei und auch in dieser Beziehung der besprochenen Lageverinderung kein Hinderniss im Wege stehe, beweise das Vorkanmen von Querlagen noch zu Ende der Schwangerschaft

## 190 XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

und während der Geburt, sowie auch die Möglichkeit, bei künstlichen Wendungen den Fötus ohne besondere Kraftanstrengung zu drehen. In der zweiten Ausgabe fügt Scanzeni bei, dass es ihm keineswegs in den Sinn komme zu behaupten, der Fötus sei zu Anfang der Schwangerschaft immer mit dem Steissende nach abwärts gerichtet und die Drehung desselben erfolge immer jedes Mal, er hofft aber nachgewiesen zu haben, dass dieses von so vie len Seiten als unzulässig angenommene Verhalten in vielen Fällen vorkomme, und dass man zu weit gegangen sei, wenn man behauptet, die Lage der Frucht sei in der Regel von der frühesten Zeit der Schwangerschaft eine mit dem Kopfe unveränderbar (?) nach abwärts gerichtete (?), und die frühere Lehre von dem sogenannten "Stürzen des Kindes" im 7. Schwangerschaftsmonat ganz zu verwerfen.

Die Erfahrung hat allseitig bestätigt, dass bei Frühgeburten eine unverhältnissmässig grosse Zahl von Unterendlagen vorkomme. Den von Scanzoni angeführten will ich noch die von Chiari, Braun und Späth (Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie. Erlangen 1852. H. 1, S. 88) aus den Wiener Gebäranstalten des Jahres 1851 zufigen: Im, 5ten Schwangerschaftsmonat kamen 5 frische Kinder zur Welt, davon 2 in Beckenendlagen (1,5:1), 4 macerirt, darunter 1 in Beckenendlage (3:1), im 6ten Monat frisch 27, darunter 5 in Beckenendlage (4,4:1), macerirt 17, darunter 4 in Beckenendlage (3,2:1), im 7ten Monat frisch 71. darunter 11 in Beckenendlage (5,4:1), macerirt 42, darunter 7 in Beckenendlage (5:1), im Sten Monat frisch 123, darunter in Beckenendlage 20 (5,1:1), macerirt 41, darunter 8 in Beckenendlage (4,1:1), im 9ten Monat frisch 107, darunter 22 in Beckenendlage (3,8:1), macerirt 11, darunter 3 in Beckenendlage (2,6:1), im 10ten Monat frisch 7401, daranter in Beckenendlage 72 (101,7:1), macerirt 18, darunter 1 in Beckenendlage (17:1). Betrachtet man das Verhältniss genau, so kenn man nicht in Abrede stellen, dass das Uebergewicht der Oberendlagen zu den Unterendlagen auch bei den frühzeitigen sehr gross ist, ja dass das Zahlenverhältniss zwischen dem 7ten und 9ten Monat nicht auffallend verschieden ist, was es doch seis

mässte, wenn die Annahme Scanzoni's von dem "Stürzen der Kinder" im 7ten Monat richtig wäre.

Diese auffallende Erscheinung der grossen Zahl von Unterendgeburten bei frühzeitigen Kindern liess manche Hypothese auftauchen. *Carus* wirft in der zweiten Auflage seines Lehrbuchs der Gynäkologie (§. 703 Anmerk.) die Frage auf, ob nicht anzunehmen sei, dass regelwidrig liegende Früchte leichter zu zeitig ausgestossen werden ? und *Kinzisch* ist in seiner Geburtskunde (Abth. 1. S. 193) der Ansicht, dass Früchte mit nach abwärts gekehrtem Steiss leichter absterben oder leichter frühzeitig geboren werden könnten. — Für beide einander sehr ähnliche Ansichten liegen keine besondern Gründe vor, und würden schwer zu finden sein, selbst wenn sie richtig wären, da ein positiver Beweis hierfür kaum zu liefern sein dürfte.

Beachtet man, dass selbst in der frühesten Zeit, so lange der Embryo in der verhältnissmässig sehr grossen Nenge des Fruchtwassers jegliche Lage leicht einnehmen kann, sich der Kopf wegen seiner überwiegenden Grösse, die bis zum fünften Schwangerschaftsmonat fast die Hälfte des ganzen Körpers ausmacht, nach abwärts senkt, dass der Fötus durch die Wirkung der Beugmuskeln fast in einen Knäuel zusammengezogen ist, und dass die Gebärmutter bis in den 6ten Schwangerschaftsmonat, gewisse Abplattungen abgerechnet, eine mehr kugelförmige Gestalt hat; so wird man zur Annahme genöthigt, dass der Kopf des Embryo schon früh gegen den Muttermund mehr oder weniger gerichtet sein müsse. Die Abflachungen des Uterus haben vor, in und nach dem 7ten Monat der Schwangerschaft an der vordern und hintern Seite, besonders des Gebärmutterkörpers statt. Aus der Kugelform des Uterus entwickelt sich allmälig ein Sphäroid und gegen Ende des 9ten Monats ein Ovoid.

Nach Dubois Versuchen, die Scanzoni bestätigt, liegt der Schwerpunkt des Fötus dem obern Rumpfende näher, ohne beim ausgetragenen Kinde den Kopf zu treffen, und diesem Schwerpunkt entspricht auch in dem 5ten und 6ten Monat der Schwangerschaft, wie v. Ritgen nachzuweisen sucht, die Lage des Kindskopfes, indem gewöhnlich das

## 182 XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

Hinterhaupt seitlich mit dem Nacken vorliegt. Brst im 7. Monat und später entwickeln sich mehr die Streckmuskeln, besonders des Nackens, die Krümmung des Fötusrückens wird dadurch gemindert und das sich mehr entwickelnde Hinterhaupt etwas nach hinten gezogen. Jemehr die Gebärmutter die sphäroide und später die ovoide Form annimmt, destomehr accommodirt sich die Haltung des Fötus diesen Gestalten. Das Ei hat ein breites und ein spitzes Ende, wie die Gebärmutter; im breiten Ende befindet sich in der Begel der Steiss mit den an den Bauch gezogenen Schenkeln, Knieen und Füssen, deren Durchmesser beim reifen Kinde fast 8 Zoll beträgt, in dem spitzen der Kopf, der nur 4 Zoll misst. Demselben entsprechend hat die Gebärmutterhöhle nach dem Grunde zu eine grössere Breite, und nach dem Muttermunde zu eine schmälere. Nach diesen richtet sich die Lage des Eies, und wir finden deshalb gewöhnlich den Steiss des Kindes in dem obern Theil des fiterus.

Die Beobachtung, dass eine grosse Zahl der Frühgeburten als Unterendgeburten verlaufen, scheint eine andere Erklärung zuzulassen, als Scansoni annimmt. - In den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft wird der Mutterhals allmälig zur Ausdehnung der Gebärmutter verwendet, es erfolgt die Eröffnung des innern Muttermundes und die Ausweitung des Mutterhalses. Tritt vor dieser Zeit die Geburt ein, so nimmt man die Contractionen des Uterus vorzugsweise im Körper und Grunde desselben wahr, während der Mutterhals nur sehr langsam und allmälig verschwindet. Durch die Zusammenziehungen im obern Theil der Gebärmutter wird bei dem Widerstande des Mutterhalses und der sich verzögernden Eröffnung des innern Muttermundes zuerst der obere Theil des Fötusrückens, dann der mittlere Theil des Rückens und endlich der untere Theil des Rückens, ähnlich, wie bei der sogenannten Selbstwendung reifer Kinder, herabgedrückt, bis allmälig das Beckenende des Kindes auf dem Muttermunde sitzt, während welcher Zeit die Brust und der Kopf des Fötus sich aufwärts schieben.

Dieser Hergang der Frühgeburten gehört, und zumal

### XI. Dr. Relet, geburtshülfliche Mitcheilungen. 193

wenn die Früchte abgestorben oder die Fruchtwasser früh abgeflossen sind, nicht zu dem Ungewöhnlichen. Wird man zur rechten Zeit gerufen, so findet der untersuchende Finger gewöhnlich zuerst den untersten Theil des Kopfes oder eine Nacken- oder Schulterlage, später eine Rückenlage und endlich eine Steisslage. Verstreicht dagegen der Mutterhals rasch, so bleibt der Kopf vorliegen und die Geburt verläuft als Schädelgeburt. Solchen Verlauf habe ich öfter beobachtet. — Dieser Hergang der Frühgeburt erklärt die Beobachtung des häufigen Vorkommens von Unterendgeburten bei zu frühzeitigem Eintritt der Geburt.

Gegen die Annahme der Culbute, namentlich im 6ten und 7ten Monat, sprechen ausser den schon angeführten sehr gewichtige Gründe. Nur bei sehr kleinen Früchten und übermässigem Reichthum an Fruchtwasser wäre eine solche denkbar, ohne dass die Mutter eine solche wahrnehmen sollte. Bei gehöriger Ausbildung des Fötus und gewöhnlicher Menge amniotischer Flüssigkeit ist nur eine Drehung durch besondere, meist äussere Einflüsse anzunehmen. Alle Verhältnisse, die dem Uterus nicht erlauben, die verschiedenen angedeuteten Formveränderungen anzunehmen, werden auf die Lage des Fötus Einfluss ausüben. Ich erinnere beispielsweise nur an das häufige Vorkommen von Unterendlagen bei Placenta praevia.

Nicht selten kann man im 7ten Schwangerschaftsmonat bei der Untersuchung den Kopf des Fötus durch das Scheidengewölbe fühlen. Aber auch Sectionen in der Schwangerschaft verstorbener Personen haben gezeigt, dass die Lage des Kopfes, selbst in früheren Monaten der Schwangerschaft, nach abwärts, gegen den innern Muttermund, gewöhnlich ist und die Regel bildet.

ich selbst habe 4 Personen, welche zwischen dem 4ten und 6ten Schwangerschaftsmonat gestorben sind, seeirt, und bei allen 4 den Fötus mit abwärts gerichteter Oberendlage gefunden. Auch in der Mainzer Entbindungsanstalt sind Präparate von dem verstorbenen Geheimen Rath Dr. Leydig, welche die ursprüngliche Kopflage des Kindes beweisen.

Ob es bei dem Fötus Déterminations instinctives et vohutaires giebt, wie Dubois (Mémoires de l'Académie Royale de Médec. 1833, Tom. II, p. 265) meint, ist schwer zu bestimmen und dürfte ohne Einfluss auf die Kindeslage sein. In dieser Beziehung wird man wohl mit Simpson (The Attitude and Positions, Natural and Praeternatural of the Foetus in Utero acts of the reflex or excito-motory system. Edinb. 1849) übereinstimmen, dass sich der Fötus der Gestalt des Uterus anschmiege.

Unterendlagen kommen ursprünglich vor; allein die Annahme der Culbute ist und bleibt eine gewagte Hypothese.

### XII. -

# Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe.

### Eine Mittheilung aus der Praxis

#### des

#### Hofraths Dr. Spengler zu Bad Ems.

Die Wendung durch äussere Handgriffe setzt immer voraus, dass man Lage und Richtung des Kindes genau kennt, als erste Bedingung; als die zweite wird die angegeben, dass die Fruchtblase noch nicht oder eben erst gerissen sei, und dass die Frucht noch eine grosse Beweglichkeit habe. Es sind die Fälle nun überhaupt selten, wo der Geburtshelfer so früh gerufen wird, dass es ihm noch möglich wird, die Wendung durch äussere Handgriffe zu machen, weil gewöhnlich die Hebammen den Fall nicht früh genug erkennen, um die Hülfe des Geburtshelfers sobald wie möglich zu verlangen. Als der geeignete Zeitpunkt wird nun angegeben das Ende der 2ten Geburtsperiode. "Während der Geburt," heisst es z. B. bei Nägele, Lehrbach II, S. 338, "findet sie ihre Anwendung bis gegen die Neige der 2ten Periode." Allein dieser Satz der Schule leidet dennoch Ausnahmen, denn in dem hier zu beschreibenden Falle war das Fruchtwasser schon lange abgeflossen.

Eine Erstgebärende, 31 Jahre alt, bekam nach ihrer Rechmag ganz zur rechten Zeit am 7. Januar die ersten Wehen; se waren höchst unbedeutend und dauerten diesen und den adern Tag so fort. Am Abend des 8, wird die Hebamme zerufen; diese findet den Muttermund ein wenig geöffnet, aber keinen vorliegenden Theil. Am Morgen des 9. Januar drängt sich die Fruchtblase durch den Muttermund spitz vor, und platzt, so dass sich viel Wasser auf einmal entleart. Nachher geht immer noch Wasser ab. Des Nachmittags gegen 4 Uhr werde ich gerufen, weil die Geburt schon so lange dauere und kein Kindestheil zu fühlen sei. Die äussere Untersuchung ergab einen mehr breiten als runden Leib, verstrichenen Nabel; der Fundus uteri war unterhalb des Nabels zu fühlen. In der hinken Mutterseite war über dem Os ilei ein runder harter Körper deutlich zu fählen und rechts der Steiss mit kleinen Theilen. Die inacre Untersuchung ergab ein geräumiges Becken, den Muttermund so gross wie ein Fünfgroschenstück geöffnet, in denselben keinen vorliegenden Theil. Durch das Scheidengewölbe konnte man deutlich die Schulter erkennen, so dass also eine Querlage der Frucht diagnosticirt wurde, mit dem Rücken nach vorn, dem Kopf in der linken, dem Steiss in der rechten Seite mit vorgelagerter rechten Schulter (cf. Busck, Atlas, 1841, Fig. 97). Die Wehen waren schlecht, die Frau ziemlich angegriffen. Es wurde nun eine Seitenlage angeordnet, und zwar musste sich die Gebärende auf die linke Seite legen, woselbst der Kindskopf stand. Ein festes Kissen diente zur Unterstützung der Stelle des Leibes, wo man den Kopf fühlte, und der Frau wurde der -Rath gegeben, während der Wehen gegen dasselbe etwas anudrängen. Ferner wurden gelinde Reibungen in der Gegend der Gebärmutter angeordnet, wo das Beckenende des Kindes lag. Es wurden nun mehrere Wehen unter disen Manipulationen abgewartet, da alle Umstände fehlten die eine Beschleunigung der Geburt hätten erheischen

können. Nach einigen Stunden war das Beckenende der Mittelfinie näher gerückt; der Kopf stand noch auf der alten Stelle, war jedoch nicht ganz feststehend, sondern etwas beweglich. Die Seitenlage wurde von der Kreissenden gut vertragen. Es wurde nun noch ein anderes Manipuliren angewendet, indem in der Wehenpause die flachen Hände auf die beiden erhöhten Stellen, die Kopf und Steiss enthielten, aufgesetzt wurden, um mit berechneter Kraft zu versuchen, den Steiss zu heben, den Kopf aber nach einwärts zu drehen. Mit dem Druck wechselten sanfte Reibungen mit der einen flachen Hand gegen den Kopf der Frucht, um jenen in den Beckeneingang zu leiten, und mit der andern Hand gegen das Beckenende der Frucht, um dieses dem Fundus uteri zu nähern. Diese Manipulationen geschahen immer mit beiden Händen gleichzeitig, und wurden später auch während der Wehen fortgesetzt. Die Wehen blieben während der ganzen Nacht schwach, kamen sehr selten, und erst gegen Morgen konnte man erkennen, dass der Kopf von der Beckenwand wich, und sich dem Muttermund näherte. Die oben beschriebenen Manipulationen wurden nun, namentlich während der Wehen, fortgesetzt, die Seitenlage stets beobachtet, und in der Wehenpause der Leib abwechselnd von der Hebamme und der Kreissenden von der Seite her gefasst und gehalten. So nahm endlich der Kopf seine Stellung über dem Muttermund; die Schulter war nicht mehr zu finden. Nach ein Paar Wehen wich er nicht mehr zur Seite, sondern behauptete seine Stellung auch in den Wehenpausen. Es wurde somit der Kreissenden die Rückenlage gestattet und die Geburt der Natur überlassen. Um 6 Uhr Abends am 10. Januar wurde durch die Naturkräfte allein ein todter Knabe geboren. Die Frau war und blieb von Stunde an gesund.

Die Umänderung einer fehlerhaften Lage in eine Kopflage durch äussere Handgriffe und eine angemessene Lagerung der Kreissenden ist eine Operation, die nicht unversucht bleiben sollte, wenn irgend die Zeit es erlaubt. Gewöhnlich wird dies Verfahren aber nur empfohlen bei stehenden Wässern; ich habe einen solchen Fall ebeafalls früher beobachtet und in der neuen Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. 2., S. 187. beschrieben. In dem gegenwärtigen Falle von Schulterlage aber ist die Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe noch gelungen, nachdem inge das Wasser abgeflossen war.

Die Wendung auf den Kopf ist die älteste Wendungsnethode, indem sie schon Hippocrates empfohlen: nur war seine Methode etwas roh und unvollkommen, indem das senkrecht aufgestellte Bett erschüttert werden sollte. Diese Sethode blieb nun immer begünstigt, weil das Kind in dieser Kopflage am leichtesten durch die Naturkräfte ohne besondere Gefahr ausgetrieben werden kann. Erst seit Mauricess und Lamotte, die als Gegner dieser Wendung auf den Kopf aufgetreten, ist diese fast ganz verdrängt worden. In Holland blieb jedoch die Operation durch Deventer und in Deutschland durch Eucharius Röslin und Jacob Rüff in einigem Anschen, wie Scip. Mercurio dieselbe kannte, indem diese Geburtshelfer bei Schulter- und Armlagen die Wendang auf den Kopf machten. Durch Leorei's Lehren, der die Wendung auf die Füsse vorzugsweise empfahl, trat die Wendung auf den Kopf immer mehr in den Hintergrund rarück, so dass sie im Laufe des 18. Jahrhunderts fast ganz in Vergessenheit gerathen war, so zwar dass, als sie neuerdings wieder empfohlen wurde, man sie als etwas neu Erfundenes betrachtete und anstaunte. Unter den Neuern hat übrigens namentlich Smellie ihr Andenken bewahrt, indem er passende Handgriffe angab. In Holland vertheidigte Jacob de Puyt, in Strassburg Flamant die Wendung auf den Kopf, und Osiander rühmte 1799 von sich, diese seit Jahrhunderten vernachlässigte Operation wieder empfohlen zu haben, so wie d'Outrepont 1817 glaubte, er und v. Siebold hätten diese Operation wieder zu Ehren gebracht. Wigand war aber alsdann ihr wärmster Lobredner und hat besonders die äusseren Handgriffe gerühmt, wie man ihm auch hauptsächlich die wissenschaftliche Begründung dieser Methode verdankt. Gegner der Wendung auf den Kopf sind namentlich Frau Lachapelle und Stein jun. Doch heben sich jetzt die meisten Lehrer der Geburtshülfe, und mit Recht, für diese Operation ausgesprochen, wenn man anch ihren Werth nicht überschätzen darf. Ein Beispiel

### 188 XII. Dr. Spengler, Wendung auf den Kopf etc.

der Art findet sich ausser meinem, das ich oben citirt, von Hoogeneeg, Med. Vereins-Zeitung 1851, Nr. 41.; Arneth, die geburtshülfliche Praxis, 1851, sagt, dass Wendungen nicht selten gelängen durch äussere Manipulationen, und in Chiari, Braun und Späth's Klinik der Geburtshülfe, 1852, ist berichtet, dass die Lageverbesserung bei 2 vollständigen primären Querlagen durch die Seitenlage der Mutter gelungen ist etc. Es könnten noch mehr Beispiele angeführt werden, allein es möge genügen, bewiesen zu haben, dass durch eine passende Lage, auf diejenige Seite nämlich, in welcher der Kopf liegt, und durch Unterlegen eines harten Kissens an jener Seite, wo derselbe zu fühlen, Schieflagen in Hinterhauptslagen umgewandelt werden können; dass Wendungen durch äussere Manipulationen (äussere Wendungen) oft leicht vor eigentlich begonnener Geburtsarbeit gelingen, dass aber auch nach ernstlich begonnener Geburtsarbeit, selbst längere Zeit nach dem Blasensprung, noch durch äussere Handgriffe eine Wendung möglich ist, und dass man durch eine äusserlich wirkende Kraft dem Kindeskörper eine Lage geben kann, die verschieden von der primären Querlage ist, so dass die Längenachse der Frucht der Längenachse der Mutter entspricht, und zwar mit dem Kopf des Kindes voraus, so dass das Kind bei den Zusammenziehungen des Uterus in der geraden Lage erhalten und mit dem Kopfe voraus geboren wird.

------

### XIII.

### Geburtshülfliche Abhandlungen.

Von

#### Dr. Heinrich Spöndli,

Docenten an der Universität Zürich.

### 1) Fälle von Selbstwendung.

Ueber Selbstentwicklung, Selbstwendung und Selbsteinleitung ist schon so viel geschrieben worden, dass es nachgerado schwer hält, die betreffende Literatur zu sichten und die Spreu von dem Weizen zu trennen. Einen der letzten Aufsätze über diesen Gegenstand hat Birnbaum in Trier veröffentlicht, wie den Lesern dieser Zeitschrift in fischem Andenken sein wird. Doch gestehe ich, dass mir die genannte Abhandlung, trotz ihrer unbestreitbaren Vortreffichkeit und Gründlichkeit an einem Fehler zu leiden scheint, der sich freilich bei Gegenständen der Art schwer vermeiden lässt. Es ist wohl die theoretische Seite der Sache mit allzugrosser Vorliebe behandelt und es dürfte sich besonders der Schematismus, welcher beliebt wird, vor dem Forum der einfachen Natur schwerlich in's Einzeine rechtfertigen lassen. Meine Meinung geht überhaupt dahin' dass man hin und wieder im Erlauschen der Natarvorgänge, besonders auf dem Boden der Geburtsballe, zu weit geht. Es zeugt wohl für ein ausgezeichnetes Gehör, wenn Jemand den Husten gewisser kleiner Thiere zu erhorchen im Stande ist, aber schwerlich wird für die Auscultation und Percussion hiemit viel gewonnen werden. Un dies mit andern Worten auszudrücken, so glaube ich, dass eine allzuweit getriebene Zersplitterung und Genauigteit in minder wichtigen Dingen uns leicht verführen kann, die Hauptsachen zu vernachlässigen; was jedoch ungleich schlimmer ist, das Studium einer im Grunde so leicht ver-

ständlichen Wissenschaft, wie die Geburtshülfe, wo aber der Finger denselben Verstand besitzen muss, wie der Kopf, kann hierdurch nur erschwert und unzugänglicher gemacht werden. Wenn ich daher im Folgenden einfache Thatsachen mittheile, ohne zahlreiche Hypothesen und Speculationen daran zu knüpfen, so geschieht dies lediglich im Interesse der Sache, welche, nach meiner Meinung, noch nicht für spruchreif erklärt, wohl aber durch Bekanntgebung immer zahlreicherer Facta der Entscheidung näher gerückt werden kann.

#### Erster Fall.

1

Eine Drittgebärende, welche von ihren beiden ersten Kindern wegen Querlage durch die Wendung bette entbunden werden müssen, zog mich am 5. October 1852 zu Rathe. Die ersten Wehen hatten um Mitternacht begonnen, und die in Eile gerufene Hebamme, mit den Antecedentien dieser Frau bekannt, säumte um so weniger, mich am Morgen zu benachrichtigen, als sie keinen vorliegenden Theil mit Bestimmtheit erreichen konnte. Um 19 Uhr, als ich meinen ersten Besuch abstattete, war die Geburt erst wenig vorgeschritten; der Muttermund zeigte sich auf den Durchmesser eines Silbergroschens geöffnet und hinter demselben befand sich eine schlaffe Blase, durch welche mit einiger Mühe nach rechts und vorn über dem Schoossbogen eine rundliche Härte sich entdecken liess, welche ich für den Kopf hielt. In der Beckenachse selbst war kein vorliegender Theil zu fühlen, wohl aber ergab die äusserliche Untersuchung kleine Kindestheile im linken Hypogastrium. Ich hatte es sonach mit zweiter Querlage unter Annäherung zur Schieflage zu thun. Da nun der Konf jedenfalls ziemlich nahe dem Beckeneingange sich befand, so gab ich der Hoffnung Raum, es möchte durch geeignete Lagerung der Gebärenden die Kindesstellung sich rectifiziren lassen, weshalb ich die rechte Seitenlage anwies und möglichste Rube zur Pflicht machte. Um 10} Uhr sprang die Blase\_unter Entleerung einer nicht sehr bedeutenden Fruchtwassermenge, und der seitlich stehende Kopf rückte, wie ich mich, von Neuem gerufen, alsbald überzeugte, in der That dem

leckoneingange entgegen; glücklicher Weise war kein andrer Kindestheil ihm zuvorgeeilt. Da indessen die Webenkraft sich nicht bedeutend vermehrte, verordnete ich eine Lösung wa Borex, halbstündlich 2 Esslöffel voll zu nehmen. Dm 3 Uhr meine dritte Visite machend fand ich unter dem Binfusse des Medicamentes die Sache so weit vorgerückt, dass der Schädel sich bestimmt in den Beckeneingang stellte, der Juttermund sich erweiterte, die Wehen an Kraft zunahmen und rasch auf einander folgten. Ich hätte nun, wie dies in England und auch anderswo gebräuchlich ist, die Seitenlage füglich beibehalten lassen können, glaubte indessen durch Wiederannahme der frühern Rückenlage die Wehen eher im Gang zu erhalten. In der That rückte auch allmilig der Kopf dem Beckenausgang entgegen, die kleine Fontanelle rechts präsentirend; hier aber ergab sich durch relative Enge des Schoossbogens ein hartnäckiger Stillstand, den die kräftigsten Wehen nicht zu brechen vermechten. Die Hoffnung natürlicher Beendigung der Geburt afgebend schickte ich mich nach Verfluss dieser Frist zur Extraction mittels der Zange an. Die Application des Lecher'schen Instrumentes gelang leicht, und nach zwei anhaltenden Tractionen hatte ich die Freude, einen lebenden Knaben entwickelt zu sehen, dem ich indessen in der Achselhöhle noch zu Hülfe kommen musste. Das Gesicht drehte sich nach dem linken Schenkel der Mutter, und links von der kleinen Fontanelle sass eine nicht sehr bedeutende Kopfgeschwalst. Nach einer Viertelstunde, in welcher ziemlicher Blutabgang stattfand, war auch das Nachgeburtsgeschäft beendigt und konnte die ermattete Wöchnerinn der Inhe überlassen werden. ---

### Zweiter Fall.

Eine Drittgebärende, welche seit dem 6ten Monate ihrer Schwangerschaft an Oedem der Genitalien und Schmerzen in beiden Hüften gelitten hatte, wurde den 20sten Juli, Nachts 11 Uhr, vom Blasensprunge plötzlich überrascht, obsohon sie sich in den letzten Tagen der grössten Ruhe befissen hatte. Die in Rede stehende Frau war vor einisen Jahren mittels einer schwierigen Zangenoperation von

ständlichen Wissenschaft, wie die Geburtshülfe, wo aber der Finger denselben Verstand besitzen muss, wie der Kopf, kann hierdurch nur erschwert und unzugänglicher gemacht werden. Wenn ich daher im Folgenden einfache Thatsachen mittheile, ohne zahlreiche Hypothesen und Speculationen daran zu knüpfen, so geschicht dies lediglich im Interesse der Sache, welche, nach meiner Meinung, noch nicht für spruchreif erklärt, wohl aber durch Bekanntgebung immer zahlreicherer Facta der Entscheidung näher gerückt werden kann.

#### Erster Fall.

1

Eine Drittgebärende, welche von ihren beiden ersten Kindern wegen Querlage durch die Wendung bette entbunden werden müssen, zog mich am 5. October 1852 zu Rathe. Die ersten Wehen hatten um Mitternacht begonnen. und die in Eile gerufene Hebamme, mit den Antecedentien dieser Frau bekannt, säumte um so weniger. mich am Morgen zu benachrichtigen, als sie keinen vorliegenden Theil mit Bestimmtheit erreichen konnte. Um 19 Uhr, als ich meinen ersten Besuch abstattete, war die Geburt erst wenig vorgeschritten; der Muttermund zeigte sich auf den Durchmesser eines Silbergroschens geöffnet und hinter demselben befand sich eine schlaffe Blase, durch welche mit einiger Mühe nach rechts und vorn über dem Schoossbogen eine rundliche Härte sich entdecken liess, welche ich für den Kopf hielt. In der Beckenachse selbst war kein vorliegender Theil zu fühlen, wohl aber ergab die äusserliche Untersuchung kleine Kindestheile im linken Hypogastrium. Ich hatte es sonach mit zweiter Querlage unter Annäherung zur Schieflage zu thun. Da nun der Kopf jedenfalls ziemlich nahe dem Beckeneingange sich befand, so gab ich der Hoffnung Raum, es möchte durch geeignete Lagerung der Gebärenden die Kindesstellung sich reotifiziren lassen, weshalb ich die rechte Seitenlage anwies und möglichste Ruhe zur Pflicht machte. Um 101 Uhr sprang die Blase unter Entleerung einer nicht sehr bedeutenden Fruchtwassermenge, und der seitlich stehende Kopf rückte, wie ich mich, von Neuem gerufen, alsbald überzeugte, in der That dem

leckeneingange entgegen; glücklicher Weise war kein andrer lindestheil ihm zuvorgeeilt. Da indessen die Wehenkraft sich nicht bedeutend vermehrte, verordnete ich eine Lösung wa Borax, halbstündlich 2 Esslöffel voll zu nehmen. Dina 3 Chr meine dritte Visite machend fand ich unter dem Binfusse des Medicamentes die Sache so weit vorgerückt, dass der Schädel sich bestimmt in den Beckeneingang stellte, der Nattermund sich erweiterte, die Wehen an Kraft zunahmen und rasch auf einander folgten. Ich hätte nun, wie dies in England und auch anderswo gebräuchlich ist, die Seitenlage füglich beibehalten lassen können, glaubte indessen durch Wiederannahme der frühern Rückenlage die Wehen cher im Gang zu erhalten. In der That rückte auch allmälig der Kopf dem Beckenausgang entgegen, die kleine Fontanelle rechts präsentirend; hier aber ergab sich durch relative Enge des Schoossbogens ein hartnäckiger Stillstand, den die kräftigsten Wehen nicht zu brechen vermechten. Die Hoffnung natürlicher Beendigung der Geburt afgebend schickte ich mich nach Verfluss dieser Frist zur Extraction mittels der Zange an. Die Application des Lecher'schen Instrumentes gelang leicht, und nach zwei anhaltenden Tractionen hatte ich die Freude, einen lebenden Knaben entwickelt zu sehen, dem ich indessen in der Achselböhle poch zu Hülfe kommen musste. Das Gesicht drehte sich nach dem linken Schenkel der Mutter, und links von der kleinen Fontanelle sass eine nicht sehr bedeutende Kopfgeschwalst. Nach einer Viertelstunde, in welcher ziemkcher Blutabgang stattfand, war auch das Nachgeburtsgeschäft beendigt und konnte die ermattete Wöchnerinn der Inhe überlassen werden. ---

#### Zweiter Fall.

Eine Drittgebärende, welche seit dem 6ten Monate ihrer Schwangerschaft an Oedem der Genitalien und Schmerzen in beiden Hüften gelitten hatte, wurde den 20sten Juli, Nachts 11 Uhr, vom Blasensprunge plötzlich überrascht, obschon sie sich in den letzten Tagen der grössten Ruhe befissen hatte. Die in Rede stehende Frau war vor einisen Jahren mittels einer schwierigen Zangenoperation von

## 182 XI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

Hinterhaupt seitlich mit dem Nacken vorliegt. Erst im 7. Monat und später entwickeln sich mehr die Streckmuskeln, besonders des Nackens, die Krümmung des Fötusrückens wird dadurch gemindert und das sich mehr entwickelnde flinterhaupt etwas nach hinten gezogen. Jemehr die Gebärmutter die sphäroide und später die ovoide Form annimmt, destomehr accommodirt sich die Haltung des Fötus diesen Gestalten. Das Ei hat ein breites und ein spitzes Ende, wie die Gebärmutter; im breiten Ende befindet sich in der Begel der Steiss mit den an den Bauch gezogenen Schenkeln. Knieen und Füssen, deren Durchmesser beim reifen Kinde fast 8 Zoll beträgt, in dem spitzen der Kopf, der nur 4 Zoll misst. Demselben entsprechend hat die Gebärmutterhöhle nach dem Grunde zu eine grössere Breite, und nach dem Muttermunde zu eine schmälere. Nach diesen richtet sich die Lage des Eies, und wir finden deshalb gewöhnlich den Steiss des Kindes in dem obern Theil des Uterus.

Die Beobachtung, dass eine grosse Zahl der Frühgeburten als Unterendgeburten verlaufen, scheint eine andere Erklärung zuzulassen, als Scanzoni annimmt. - In den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft wird der Mutterhals allmälig zur Ausdehnung der Gebärmutter verwendet, es erfolgt die Eröffnung des innern Muttermundes und die Ausweitung des Mutterhalses. Tritt vor dieser Zeit die Geburt ein, so nimmt man die Contractionen des Uterus vorzugsweise im Körper und Grunde desselben wahr, während der Mutterhals nur sehr langsam und allmälig verschwin-Durch die Zusammenziehungen im obern Theil der det. Gebärmutter wird bei dem Widerstande des Mutterhalses und der sich verzögernden Eröffnung des innern Muttermundes zuerst der obere Theil des Fötusrückens, dann der mittlere Theil des Rückens und endlich der untere Theil des Rückens, ähnlich, wie bei der sogenannten Selbstwendung reifer Kinder, herabgedrückt, bis allmälig das Beckenende des Kindes auf dem Muttermunde sitzt, während welcher Zeit die Brust und der Kopf des Fötus sich aufwärts schieben.

Dieser Hergang der Frühgeburten gehört, und zumal

entien, und nach vier anhaltenden Tractionen war der Kopf eines lebenden sehr grossen Knaben entwickelt, den ich bei zögerndem Rumpfe durch Einsetzen des Fingers in die linke Achselhöhle vollständig ans Tageslicht zog. Die rechte Gesichtshälfte war bedeutend intumescirt und das Schreien am ersten Tage erschwert. Die bald folgende Placenta war im Ganzen klein und der Blutabgang äusserst gering. Wochenbett gut verlaufend.

Schen wir nun, welche Schlüsse aus diesen 3 Fällen sich ziehen lassen, ohne uns in Einzelheiten zu vertiefen:

Der allererste Schluss, den nicht ich, aber höchst wahrscheinlich Andere wagen werden, ist der, dass es sich beim ersten und zweiten Fall wenigstens durchaus nicht um eine Selbstwendung, sondern höchstens um eine Selbsteinleitung handle. Ich will diese Binwendung als begründet betrachten, aber dann wird mir die Frage erlaubt sein, ob durch ein Plus oder Minus von einigen Graden, worin ursprünglich die Kindes- von der Beckenaxe abweicht, das Interesse einer hierher gehörigen Geburt so sehr geändert werde? Gewiss nicht, denn die Vorgänge bleiben im Ganzen dieselben, und es wird weder zur Selbsteinleitung, noch zur Scibstwendung kommen können, wenn nicht die vorzüglich ans Lage- und Structurfehlern des Uterus entstandenen Schief- und Querlagen durch regelmässige Contractionen. desselben Uterus während der Geburt in Geradlagen übergeführt werden. Zuweilen gelingt dieser Umschwung vollkommen, in seltnern Fällen aber, wohin der dritte von mir berichtete gehört, wird wohl der Kopf eingeleitet, aber die Senkung des Hinterhauptes kann aus irgend welchen Gründen nicht mehr stattfinden und ruft die entsprechende Gesichtslage hervor. Ueberhaupt hat man das Verhältniss der Contraction zur Configuration des Uterus mit Hinsicht auf die Kindeslage sehr wohl zu berücksichtigen; mancher schiecht gestaltete und gelagerte Uterus ermöglicht durch gate Contractionen die Verbesserung der von ihm abhängigen fehlerhaften Lage des Fötus, während es andererseits auch Fälle giebt, wo durch fehlerhafte Contractionen eines gut beschaffenen Uterus regelmässige in regelwidrige und widernatürliche Lagen übergeführt werden. Nenne man es

18\*

de Médec. 1833, Tom. II, p. 265) meint, ist schwer zu bestimmen und dürfte ohne Einfluss auf die Kindeslage sein. In dieser Beziehung wird man wohl mit Simpson (The Attitude and Positions, Natural and Praeternatural of the Foetus in Utero acts of the reflex or excito-motory system. Edinb. 1849) übereinstimmen, dass sich der Fötus der Gestalt des Uterus anschmiege.

Unterendlagen kommen ursprünglich vor; allein die Annahme der Culbute ist und bleibt eine gewagte Hypothese.

## XII. -

# Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe.

#### Eine Mittheilung aus der Praxis

#### des

#### Hofraths Dr. Spengler zu Bad Ems.

Die Wendung durch äussere Handgriffe setzt immer voraus, dass man Lage und Richtung des Kindes genau kennt, als erste Bedingung; als die zweite wird die angegeben, dass die Fruchtblase noch nicht oder eben erst gerissen sei, und dass die Frucht noch eine grosse Beweglichkeit habe. Es sind die Fälle nun überhaupt selten, wo der Geburtshelfer so früh gerufen wird, dass es ihm noch möglich wird, die Wendung durch äussere Handgriffe zu machen, weil gewöhnlich die Hebammen den Fall nicht früh genug erkennen, um die Hülfe des Geburtshelfers sobald wie möglich zu verlangen. Als der geeignete Zeitpunkt wird nun angegeben das Ende der 2ten Geburtsperiode. "Während der Geburt," heisst es z. B. bei Nägele, Lehrbuch II, S. 338, "findet sie ihre Anwendung his gegen die Neige der 2ten Periode." Allein dieser Satz der Schule leidet dennoch Ausnahmen, denn in dem hier zu beschreibenden Falle war das Fruchtwasser schon lange abgeflossen.

Eine Erstgebärende, 31 Jahre alt, bekam nach ihrer Rechsang ganz zur rechten Zeit am 7. Januar die ersten Wehen: se waren höchst unbedeutend und dauerten diesen und den andern Tag so fort. Am Abend des 8. wird die Hebamme gerufen; diese findet den Muttermund ein wenig geöffnet, aber keinen vorliegenden Theil. Am Morgen des 9. Januar drängt sich die Fruchtblase durch den Muttermund spitz vor, und platzt, so dass sich viel Wasser auf einmal entleart. Nachher geht immer noch Wasser ab. Des Nachmittags gegen 4 Uhr werde ich gerufen, weil die Geburt schon so lange dauere und kein Kindestheil zu fühlen sei. Die äussere Untersuchung ergab einen mehr breiten als runden Leib, verstrichenen Nabel; der Fundus uteri war unterhalb des Nabels zu fühlen. In der linken Mutterseite war über dem Os ilei ein runder harter Körper deutlich zu fühlen und rechts der Steiss mit kleinen Theilen. Die innere Untersuchung ergab ein geräumiges Becken, den Muttermund so gross wie ein Fünfgroschenstück geöffnet, in denselben keinen vorliegenden Theil. Durch das Scheidenzewölbe konnte man deutlich die Schulter erkennen, so dass also eine Querlage der Frucht diagnosticirt wurde, mit dem Rücken nach vorn, dem Kopf in der linken, dem Steiss in der rechten Seite mit vorgelagerter rechten Schulter (cf. Busch, Atlas, 1841, Fig. 97). Die Wehen waren schlecht, die Frau ziemlich angegriffen. Es wurde nun eine Seitenhere angeordnet, und zwar musste sich die Gebärende auf die linke Seite legen, woselbst der Kindskopf stand. Ein festes Kissen diente zur Unterstützung der Stelle des Leibes, wo man den Kopf fühlte, und der Frau wurde der . Rath gegeben, während der Wehen gegen dasselbe etwas anzudrängen. Ferner wurden gelinde Reibungen in der Gegend der Gebärmutter angeordnet, wo das Beckenende des Kindes lag. Es wurden nun mehrere Wehen unter diesen Manipulationen abgewartet, da alle Umstände fehlten, die eine Beschleunigung der Geburt hätten erheischen

können. Nach einigen Stunden war das Beckenende der Mittellinie näher gerückt; der Kopf stand noch auf der alten Stelle, war jedoch nicht ganz feststehend, sondern etwas beweglich. Die Seitenlage wurde von der Kreissenden gut vertragen. Es wurde nun noch ein anderes Manipuliren angewendet, indem in der Wehenpause die flachen Hände auf die beiden erhöhten Stellen, die Kopf und Steiss enthielten, aufgesetzt wurden, um mit berechneter Kraft zu versuchen, den Steiss zu heben, den Kopf aber nach einwärts zu drehen. Mit dem Druck wechselten sanfte Reibungen mit der einen flachen Hand gegen den Kopf der Frucht. um jenen in den Beckeneingang zu leiten, und mit der andern Hand gegen das Beckenende der Frucht, um dieses dem Fundus uteri zu nähern. Diese Manipulationen geschehen immer mit beiden Händen gleichzeitig, und wurden später auch während der Wehen fortgesetzt. Die Wehen blieben während der ganzen Nacht schwach, kamen sehr seiten, und erst gegen Morgen konnte man erkennen, dass der Kopf von der Beckenwand wich, und sich dem Muttermund näherte. Die oben beschriebenen Manipulationen wurden nun, namentlich während der Wehen, fortgesetzt, die Seitenlage stets beobachtet, und in der Wehenpause der Leib abwechselnd von der Hebamme und der Kreissenden von der Seite her gefasst und gehalten. So nahm endlich der Kopf seine Stellung über dem Muttermund; die Schulter war nicht mehr zu finden. Nach ein Paar Wehen wich er nicht mehr zur Seite, sondern behauptete seine Stellung auch in den Wehenpausen. Es wurde somit der Kreissenden die Rückenlage gestattet und die Geburt der Natur überlassen. Um 6 Uhr Abends am 10. Januar wurde durch die Naturkräfte allein ein todter Knabe geboren. Die Frau war und blieb von Stunde an gesund.

Die Umänderung einer fehlerhaften Lage in eine Kopflage durch äussere Handgriffe und eine angemessene Lagerung der Kreissenden ist eine Operation, die nicht unversucht bleiben sollte, wenn irgend die Zeit es erlaubt. Gewöhnlich wird dies Verfahren aber nur empfohlen bei stehenden Wässern; ich habe einen solchen Fall ebeafalls früher beobachtet und in der neuen Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. 2., S. 187. beschrieben. In dem gegenwärtigen Falle von Schulterlage aber ist die Wendung auf den Kopf durch äussere Handgriffe noch gelungen, nachdem inge das Wasser abgeflossen war.

Die Wendung auf den Kopf ist die älteste Wendungsnethode, indem sie schon Hippocrates empfohlen: nur war seine Methode etwas roh und unvollkommen, indem das senkrecht aufgestellte Bett erschüttert werden sollte. Diese Nethode blieb nun immer begünstigt, weil das Kind in dieser Kopflage am leichtesten durch die Naturkräfte ohne besondere Gefahr ausgetrieben werden kann. Erst seit Mauricess und Lamotte, die als Gegner dieser Wendung auf den Kopf aufgetreten, ist diese fast ganz verdrängt worden. h Holland blieb jedoch die Operation durch Deventer und in Deutschland durch Eucharins Röslin und Jacob Rüff in einigem Ansehen, wie Scip. Mercurio dieselbe kannte, indem dese Geburtshelfer bei Schulter- und Armlagen die Wendang auf den Kopf machten. Durch Leoret's Lehren, der die Wendung auf die Füsse vorzugsweise empfahl, trat die Wendung auf den Kopf immer mehr in den Hintergrund rurück, so dass sie im Laufe des 18. Jahrhunderts fast ganz in Vergessenheit gerathen war, so zwar dass, als sie neuerdings wieder empfohlen wurde, man sie als etwas neu Erfundenes betrachtete und anstaunte. Unter den Neuern hat übrigens namentlich Smellie ihr Andenken bewahrt, indem er passende Handgriffe angab. In Holland vertheidigte Jacob de Puyt, in Strassburg Flamant die Wendung auf den Kopf, und Osiander rühmte 1799 von sich, diese seit Jahrhunderten vernachlässigte Operation wieder empfohlen m haben, so wie d'Outrepont 1817 glaubte, er und v. Siebeld hätten diese Operation wieder zu Ehren gebracht. Wigand war aber alsdann ihr wärmster Lobredner und hat besonders die äusseren Handgriffe gerühmt, wie man in auch hauptsächlich die wissenschaftliche Begründung dieser Methode verdankt. Gegner der Wendung auf den Koof sind namentlich Frau Lachapelle und Stein jun. Doch heben sich jetzt die meisten Lehrer der Geburtshülfe, und wit Recht, für diese Operation ausgesprochen, wenn man auch ihren Werth nicht überschätzen darf, Ein Beispiel

dieser letztern nun liess sich durch die Bauchdecken der straffgespannte Nabelstrang verfolgen, und zwar in der Ansdehnung vom mütterlichen Nabel bis zum linken Schoossbeinkamm. Dass unter solchen Verhältnissen Compression stattfinden konnte, ja musste, wird wohl Niemand in Abrede stellen wollen. Da nun der in zweiter Schädellage sich präsentirende Kopf wegen Wehenmangels und engen Beckenausganges nicht weiter vorrücken wollte, entschloss man sich endlich zur Zangenoperation, welche, durch den anwesenden Herrn Assistenten ausgeführt, mittels weniger Tractionen einen stark entwickelten, aber todten Knaben zur Welt förderte. Der Nabelstrang zeigte sich doppelt um den Hals desselben geschlungen, welcher Umstand die Geburt nur noch mehr verzögern konnte, zugleich aber das Absterben der Frucht zu erklären vermochte. Doch hatte dies Ereigniss, nach den nur spärlichen Zeichen von Maceration zu schliessen, gewiss erst vor kurzer Zeit stattgefun-Zu allen diesen Geburtshindernissen gesellte sich den. noch eine Incarceration der Placenta, welche indessen leicht mittels der eingeführten Hand gehoben ward. Die Nabelschnur hatte eine Länge von 39; Zoll, und hätte höchst wahrscheinlich zu einem Vorfall Veranlassung gegeben, wenn nicht die Umschlingung zuvorgekommen wäre; doch sind auch schon beide Abnormitäten zusammen beobachtet worden

-----

### XIV.

# Die Decrepiditäts - Periode und das Verhalten des Arztes während und nach derselben.

Von

#### Dr. Helft.

Man hat das Erlöschen des Geschlechtslebens beim Weibe eine Krise in ihrem Leben genannt, und sahlreiche trankbafte Zustände, die oft um diese Zeit aufzutreten pflegen, davon abhängig gemacht, zu deren Verhütung und Betimpfung eine sehr grosse Anzahl von Mitteln anempfohlen worden ist. Jedoch besitzen wir noch keine Arbeit, die dieses wichtige und in vieler Hinsicht noch dunkle Feld af befriedigende und sumal für den practischen Arzt lehrreiche Weise behandelt und ein rationelles sich auf gründiche pathologische Studien basirendes Heilverfahren angeseben hätte. Diese Behauptung mag Manchem paradox und ungerechtførtigt erscheinen, aber auch sebr gediegene Geburtshelfer haben dieselbe Klage laut werden lassen, jedoch sich vergehlich bemüht, dem Uebel abzuhelfen. So spricht sich Heigs 1) folgendermassen aus: "Die Leiden, über welche Frauen in der Decrepiditätsperiode Beschwerde zu führ ren pflegen, werden oft mit der Entgegnung; sie wären ein nothwendiges Erforderniss in dieser kritischen Zeit, als nicht der Berücksichtigung werth, zurückgewiesen und würden sich wieder von selbst verlieren. Ein Arzt hat in moralischer Hinsicht nicht das Recht, auf seine Ansicht gestützt, die Besorgnisse seiner Kranken zu beschwichtigen und sich ther seine eigenen Befürchtungen kurzweg anf eine so unlogische Weise hinwegzusetzen. Wenn daher eine Frau um diese Zeit, welche allgemein für eine kritische und gefahrvelle gehalten wird, über Zufälle klagt, die auf einen krank-

<sup>1)</sup> Diseases of females, p. 446.

haften Zustand der reproductiven Sphäre hindeuten, wird man dann nicht einsehen, dass es ernstlich Pflicht des Arztes ist, der Kranken unausgesetzt seine Aufmerksamkeit zu . schenken und sie nicht eher zu entlassen, bis er die für nöthig erachteten therapeutischen und hygieinischen Messregeln angeordnet."

ł

Í

1

1

Da man pathologische Zustände nur dann gehörig zu beurtheilen im Stande ist, wenn man die physiologischen Verrichtungen der Organe kennt, so ist es auch nöthig, mit den im gesunden Leben auftretenden verschiedenen Arten der Cessation der Menses vertraut zu sein, um sie von den abnormen Vorgängen unterscheiden zu können. Statistische Zusammenstellungen sind auch hier der zweckmässigste Weg, um Licht zu verbreiten. Tilt hat auf diese Weise gefunden, dass unter 100 Fällen, wo er die mit der Cessation der Menses verbundenen Erscheinungen in Betracht zog. die Quantität der Blutmenge progressiv abnahm in 39; die Menstruation mit aufeinander folgenden Blutflüssen endete in 19: durch eine einzige Hämorrhagie in 14: durch abwechselnde geringe und copiose Blutungen in 10; durch plötzliches Aufhören in 18. Hinsichtlich des Zeitraums, in welchem die Catamenien erschienen, fanden lange unregelmässige Intervallen statt in 79 Fällen; kurzere unregelmässige in 21.

Bin allmäliges Aufhören ist mithin der häufigste Ausgang, und da er mit einer geringen Störung der Gesundheit verbunden ist, so müssen wir ihn, soweit es in unserer Macht liegt, durch das weiter unten angegebene therapeutische und hygieinische Verfahren herbeizuführen suchen. Starke Hämorrhagieen, die als der letzte Act der Functionsthätigkeit aufüreten, sind ohne Zweifel nicht selten irrthümlich für Abortus gehalten worden und umgekahrt; da aber in beiden Fällen dasselbe Verfahren eingeschlagen werden muss, so ist ein Irrthum in der Diagnose mit keiner Gefahr verknüpft. Ein plötzliches Aufhören des Menstrualfusses verdent eher Beachtung, da es sehr oft vorkommt, dass er zu einer Zeit sistirt, wo man es noch gar nicht vertauthete; manche Aerzte glauben dann, es nur mit einer temporären Suppression zu thun zu haben und wenden Emmenagoga an,

202

die nachtheiligsten Folgen herbeiführen können, wie ein inten mitgetheilter Fall lehrt. Von Andern wird beim Ausbleiben der Menses Schwangerschaft supponirt, zumal wenn der Unterleib gleichzeitig anschwillt, die Brustdrüsen etwas Hich seceniren und andere sympathische Erscheinungen aftreten; hier vermag nur ein genaues Verfolgen des fernern Verlaufs Aufschluss zu geben. Ebenso kann der umgekehrte Fall eintreten, dass, wenn bei vorhandener Gravidität die lienses ausbleiben, eine Cessatio ex deorepitate angenommen wird, und wenn dann unvorsichtiger Weise Emmenagoga und drastische Abführmittel gereicht werden, leicht Abortus erfolgen kann. Nicht selten sind Fälle vorgekommen, wo man bei Frauen, die noch gegen das funfzigste Jahr concipirten, eine Geschwulst des Eierstocks diagnostiarte und sie demgemäss behandelte, naturlich mit Hinopferung von Mutter und Kind.

Tilt theilt einen derartigen Fall mit, wo bei einer Dame, die 12 Jahr verheirathet war und keine Kinder geborets hute, im 48sten Jahr die Menses plötzlich cessirten. Sie selbst hielt sich für schwanger, ein sehr ausgezeichneter Arzt in ihrer Gegend wollte sie überreden, weil sie so lange Zeit unfruchtbar gewesen, schon im vorgerückten Altar sich befinde und sehr abgemagert sei, sie litte an einer Geschwalst des Bierstocks. In London consultirte sie einen der bewährtesten Geburtshelfer, und da dieser die obige Diagnose bestätigte, so ward eine Bandage angelegt und Mercurialeinreibungen in den Unterleib gemacht; 9 Monate später gebar sie ein todtes Kind.

Die Menstruation kann, wenn sie längere Zeit fortgebieben, wieder Monate und Jahre hindurch regelmässig fiessen, ohne dass man jedoch daraus entnehmen könnte, dass das Geschlechtsleben selbst wieder erwacht sei. Tilt sih bei einer Frau die Menstruation bis zum 56sten Jahre fortdauern, und bei einer andern von sehr kräftiger Constitation regelmässig noch im 58sten Jahre wiederkehren. Unter der grossen Anzahl hierher gehöriger Fälle ist besonders ein von Meissner <sup>1</sup>) mitgetheilter höchst merkwürdiger

<sup>1)</sup> Almanach für Aerste und Nichtärste suf das Jahr 1817.

erwähnenswerth. Bei einer Frau traten die Menses im 20sten Jahre auf, das erste Kind gebar sie im 47sten Jahre, das letzte von siehen im 60sten. Die Menstruation cessirte und erschien im 75sten Jahre wieder, dauerte bis zum 98sten an, setzte dann fünf Jahre aus und kehrte im 104ten Jahre nochmals zurück. Diese spät eintretenden Blutungen sind oft mit Hämorrhagieen in Folge organischer Krankheiten des Uterus verwechselt worden, während man sie nur als ein heilsames Bestreben der Natur, ernstlichen Krankheiten vorzubeugen, anzusehen hat. Man sollte daher jede Frau von der Möglichkeit eines solchen Vorganges in Kenntniss setzen, damit sie die Blutung nicht gewaltsam unterdrücke, und gleichfalls sollte es sich jeder Arzt zur Pflicht machen, eine sorgfältige Untersuchung vorzunehmen, um sich zu überführen, ob die Blutungen von einem organischen Leiden des Uterus herrühren oder nicht.

Ich theile hier einen von Tilt beobachteten Fall mit. Bine 46 jährige Frau, deren Menses im 17ten Jahre erschienen waren und dann regelmässig sieben Tage hindurch in sehr reichlichem Maasse flossen, heirathete im 21sten und gebar 9 Kinder, das letzte im 44sten Jahre. Die letzte Entbindung war mit grossen Beschwerden verbunden, und seit jener Zeit litt sie an Kreuzschmerzen. Zwei Monate ehe sie Tilt gesehen, stellte sich statt der frühern Menstruation täglich ein geringer Blutfluss ein, und seit vierzehn Tagen litt sie an einem saniösen Ausfluss, zu dem sich plötzlich eine starke Hämorrhagie hinzugesellt hatte. Tilt hielt diese Zufälle für die Zeichen der Cessation der Menses. Wenige Tage darauf erfolgte abermals eine copiese Blutung, und im Laufe von 16 Stunden hatte sie zwischen 2 und 3 Quart Blut verloren. Die Kräfte sanken bedeutend, der Puls-war schwach. Ohnmachten und grosse Unruhe fanden statt. Da die Blutung fortdauerte, so ward ein Stück Eis in die Scheide gelegt, und sobald es geschmolzen erneuert. Ferner wurden Eisüberschläge über den Unterleib gemacht; die Blutung liess darauf nach und es erfolgte ein schleimig-eitriger Ausfluss. Der während der Hämorrhagie angestellten Exploration nach zu urtheilen war ein wichtiges organisches Leiden der Gebärmutter vorhanden, denn die

innere Fläche des Mutterhalses war von höckeriger Beschafimbeit und das Gewebe indurirt. Tilt glaubte es also mit sinem Scirrhus zu thun zu haben. Als er aber nach 14 Taeen eine Untersuchung mit dem Speculum vornahm, fand er den Muttermund von kleinen Excrescenzen ungefähr von der Grösse einer grossen Erbse umgeben und die innere fläche des Halses stark hyperämisch, an einzelnen Stellen scerirt, und das ganze Organ bedeutend angeschwollen. Da de Ocularinspection auf einen rein entzündlichen Character hindeutete, so schlug er dasjenige Verfahren ein, welches sich ihm in solchen Fällen als das geeignetste bewährt hatte; er touchirte die ganze Oberfläche mit Argentum nitricum, und acht Tage später legte er die Wiener Paste auf, worauf die Anschwellung nachliess und das Gewebe ein gesundes Aussehen erhielt. Durch sechs solcher Applicationen von Höllenstein wurde eine der bedeutendsten Affectionen, die Tilt je gesehen, beseitigt. Bald kehrte das fühere gesunde Aussehen der Kranken wieder zurück, aber die Menstruation blieb unregelmässig. Einmal hielt die sehr profuse Blutung 14 Tage lang an, die Untersuchung ergab jedoch keine Abnormität.

Wenige Fälle sind so lehrreich, wie dieser. Hätte man den nach der letzten Entbindung auftretenden Erscheinungen die gehörige Aufmerksamkeit geschenkt, so würde die Erschöpfung der Kranken durch die Blutungen nicht einen so hohen Grad erreicht haben, dass der Tod zu befürchten stand. Nur mit Hülfe des Speculums liess sich mit Sicherheit nachweisen, dass kein Scirrhus, sondern blos ein entzündlicher Zustand vorhanden war, und nur auf denselben Wegen konnten die wirksamen Mittel applicirt werden.

Auf keinem Felde der Pathologie herrscht eine grössere Verwirrung, als auf dem, welches sich mit den Krankheiten der Frauen zur Zeit der Decrepidität beschäftigt; während manche Aerzte mit *Dewess* und *Meissner* läugnen, dass Frauen um diese Zeit mehr zu Krankheiten geneigt stien, leiten andere, wie *Gardanne*<sup>1</sup>), alle krankhaften Zu-

<sup>1)</sup> Avis aux femmes, qui entrent dans l'age critique. Paris 1812.

stände, die nach dem 50sten Jahre auftreten, von jener Involutionsperiode her; zwei Extreme, zwischen denen die Wahrheit in der Mitte liegt.

Die Krafikheiten der Deerepidität zerfallen: 1) in diejenigen, die häufig auftreten und verhütet werden können; 2) in solche, die unter denselben Erscheinungen verlaufen, welche sich vor dem Eintritt der Menstruation in der Pubertätszeit kund gegeben hatten; und 3) in die, welche ohne dass sich früher Symptome in den befallenen Organen wahrnehmen liessen, auftreten, nach der bei manchen Pathologen noch geltenden Theorie, dass die krankhafte Thätigkeit sich dem den geringsten Widerstand leistenden Organe zuwenden (locus minoris resistentiae).

1. Eine richtige Würdigung der krankhaften Zustände . des Weibes zur Zeit der Cessation der Menses kann nur dann stattfinden, wenn man mit den Beschwerden vertraut ist, über welche um jene Zeit die Frauen zu klagen pflegen. Wir legen auch hier sehr viel Gewicht auf statistische Tabellen, und aus Tilt's sorgfältiger Vergleichung von hundert Fällen ging hervor, dass die nervösen Erscheinungen den ersten Rang einnehmen. So fand er, dass von hundert Frauen 64 an Kopfschmerz, Uebelkeit, hysterischen Zufällen, Hemicranie während der Menstruation gelitten hatten, diese Erscheinungen steigerten sich bei 36, als die Menses cessirten, blieben unverändert bei 18 und liessen nach bei 10. Das häufigste Symptom, über welches Klage geführt zu werden pflegt, ist ein dumpfer, drückender Kopfschmerz mit Neigung zum Schlafen. Am intensivsten tritt er zur Zeit, wo die Menses erscheinen und verschwinden auf, und bei kräftigen Frauen, wenn jene plötzlich supprimirt werden. Er variirt von einem kleinen Gefühl von Druck bis zu dem heftigsten Grade und wird von den Frauen als ein "Flimmern der Augen, Schwere des Kopfes, ein Gefühl von Stupor, von pressendem Kopfschmerz, von Neigung, fortwährend schlafen zu können, ein Gefühl von Vernichtung und Geistesabwesenheit" geschildert und gleicht dem Zustande, den manche narkotische Gifte hervorzurufen pflegen.

Rückenschmerzen kamen während der Menstruation unter 100 Fällen bei 70 vor, und zwar nahmen sie bei deren Aufhören zu in 46, blieben unverändert in 17 und liessen nach in 7; Schmerzen in der hypogastrischen Gegend mit einem Gefühl von Drängen nach unten wurden 51 Mal beebachtet und steigerten sich nach der Cessation in 30 Fällen, blieben unverändert in 12, und minderten sich in 9. Anfälle von Ohnmacht, Erschöpfung zeigten sich in 26 Fällen unter 100, Ardor volaticus in 38, seröse Haut in 30, eine profuse Schweisssecretion in 16.

Wegen ihres häufigen Auftretens erfordern diese letztern Zustände, welchen die Pathologen eine noch zu geringe Aufmerksamkeit schenken, eine besondere Beachtung, weil hieraus hervorgeht, wie sich der Organismus derjenigen Stoffe, die fernerhin nicht mehr jeden Monat aus den Geschlechtsorganen entleert werden, durch andere Collatorien aus dem Organismus geschafft werden. Schon Sanctorius führt an, dass eine unmerkliche Transspiration der Haut allein weit mehr Stoffe dem Körper entzieht, als alle sichtbaren Excrete zusammengenommen. In 16 Fällen war aber die Hautthätigkeit, die excessiv geworden, eine krankhate geworden, und zeigte sich nicht so heilsam, wie eine mässige Hautausdünstung. Jedoch hielten diese copiosen Schweisse selten sehr lange Zeit an, der Ardor volaticus und die feuchte Beschaffenheit der Haut stellten sich aber mehrere Male täglich zehn bis sechszehn Jahre nach dem Cessiren der Menses ununterbrochen ein. Welchen heilsamen Erfolg sie oft ausüben, lehrt der folgende von Tilt mitgetheilte Fall:

Bei einer Frau von 40 Jahren waren die Menses zwischen dem 15ten und 16ten Jahre eingetreten, nachdem sie zwei Jahre hindurch häufig an heftigen Kopfschmerzen und Schwindel gelitten; Anfangs flossen sie regelmässig sieben Tage hindurch. Im 16ten Jahre heirathete sie und ward sogleich schwanger, gebar sieben Kinder, das letzte im 26sten Jahre; in den Schwangerschaften hatte die Menstruation bis zur Entbindung fortgedauert. Im vergangenen Sommer litt sie an einem rheumatischen Fieber, und auch während desselben flossen die Menses regelmässig, kehrten nach

## 208 XIV. Dr. Heifft, die Decrepiditätsperiode etc.

beseitigter Krankheit noch 4 Mal wieder und blieben dann aus, so dass sie sich für schwanger hielt. Sie klagte über einen unerträglichen Schmerz in der linken unteren Extremität, welcher aber nicht durch Druck auf die Wirbelsäule gesteigert oder hervorgerufen wurde. Der Schmerz ging vom grossen Trochanter aus und erstreckte sich längs des N. ischiadicus bis zur grossen Zehe. — Es wurden Vesicatore und Ueberschläge mit Terpenthin ohne Erfolg angewandt. Da sich in jüngster Zeit Ardor volaticus und nächtliche Schweisse eingestellt hatten, so verordnete Tilt ein Emeticum und Abends beim Schlafengehen einen Theelöffel voll Flor. sulphur, in Milch. Der Ardor und die Schweisse hatten zugenommen, dagegen sich die Schmerzen sehr gemildert. Es ward abermals ein Brechmittel verordnet, worauf die Schmerzen sich fast ganz verloren, der Ardor und die Schweisse sich aber nicht nur bei Anstrengungen, sondern auch des Nachts und am Morgen einstellten; endlich schwanden die ersteren vollständig. Sobald aber die Schweisse sich verlieren, leidet die Kranke an Kopfschmerz oder einem eigenthümlichen Gefühl in dem Schenkel.

(Schluss folgt.)

XV.

Achtunddreissigster Jahresbericht über die Ereignisse in dem Entbindungs-Institute bei der Königl. Sächsischen chirurgisch-medicinischen Akademie zu Dresden im Jahre 1852.

Von

Professor Dr. Grenser.

Verpflegung fanden in der Anstalt während des Jahres 1852 287 Individuen, wovon 3 Schwangere und 2 Wöchmerinnen ult. December 1851 im Bestand verblieben waren, so dass 282 Schwangere und Gebärende in Zuwachs kamen. Hiervon wurden 272 entbunden, und zwar 138 zum 1sten, 84 zum 2ten, 29 zum 3ten, 9 zum 4ten, 5 zum 5ten, 3 zum 6ten, 1 zum 8ten, 1 zum 10ten und 1 zum 12ten Male.

238 wurden gesund entlassen, 2 abgegeben (1 wegen Mania puerp. an das Stadtkrankenhaus, 1 wegen Abscess. fem. recti an die chir. Klinik), und 19 starben, wovon 17 an dem in diesem Jahre epidemisch herrschenden Kindbettfieber, 1 an Oedema cerebri und 1 an Oedema pulmonum, Phthisis tuberculosa et Hydrops.

Gesundheitgemäss war der Verlauf der Geburt in 261 Fällen, während 14 Kunsthülfe erheischten, nämlich 9 die Anlegung der Zange, 3 die Wendung, 1 die Wendung und Extraction an den Füssen, 1 das Accouchement provoqué. Ausserdem machte sich 5 Mal die künstliche Wegnahme der Nachgeburt nöthig, theils wegen Blutung bei noch theilweiser Adhärenz der Placenta, theils wegen Einklemmung. Herzu kommen endlich noch die Hülfsleistungen, welche bisweilen bei Steiss- und Fusslagen zur Lösung der Arme und Entwickelung des Kopfes erforderlich waren.

Die Zahl der Neugebornen betrug 275, darunter 4 Mal Interestr. L. Gebertett. 1854. Bd. 111, Hr. 3. 14

4

## 210 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

Zwillinge. 132 waren männlichen, 143 weiblichen Geschlechts. 252 wurden lebend und 23 todt geboren; die Todesursache war 5 Mal Umschlingung der Nabelschnur, wobei 1 Mal ein wahrer Knoten, 1 Mal zu stürmische Wehenthätigkeit bei sehr kurzem Nabelstrange, 1 Mal Vorfall des Nabelstranges, 1 Mal Druck des Funic. umb. durch den zuletzt kommenden, zu lange zögernden Kindeskopf (indem auf dem Wege nach dem Entbindungsinstitut das Kind in der Steisslage bis zu den Schultern geboren worden war), 1 Mal Krankheit der Mutter, 14 Mal schädliche Einwirkung auf die Frucht während der Schwangerschaft, so dass die Früchte mit Zeichen des bereits bald längere, bald kürzere Zeit vorher erfolgten Todes zur Welt kamen.

Abortus kam in einem Falle zur Beobachtung; unzeitig wurden 1 Knabe und 1 Mädchen, frühzeitig 7 Knaben und 7 Mädchen geboren. Das längste Kind maass 22 Zoll, das schwerste wog 9 Pfund. Der längste Nabelstrang hatte 48, der kürzeste 10 Par. Zoll.

In erster Schädellage stellten sich zur Geburt 186, in zweiter 70, in erster Gesichtslage 1, in zweiter 8, in erster Steisslage 5, in erster Fusslage 8, in Querlage 4. — In zwei Fällen liess sich die Lage nicht bestimmen, weil die Geburt ausserhalb der Anstalt erfolgt war.

Bei den 4 stattgehabten Zwillingsgeburten waren in dem einen Falle sämmtliche Eihüllen gemeinschaftlich, in den drei übrigen nur der Mutterkuchen und die Lederhaut, während jede Frucht ihre besondere Schafhaut hatte. In zwei Fällen kamen die Früchte sämmtlich in Schädellage zur Welt, in dem dritten nur das erste Kind (und zwar in zweiter Schädellage ohne Drehung), das zweite in vollkommener Fusslage; in dem vierten stellte sich das erste Kind in Steisslage, das zweite in Querlage zur Geburt.

## Anomalien der Schwangerschaft.

Bronchial- und Intestinal-Catarrhe gehörten in diesem Jahre zu den sehr häufigen Erkrankungen Schwangerer und wichen gewöhnlich erst im Wochenbett.

#### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852. 211

An Pleuritis rheumatica litt eine Schwangere in Folge einer heftigen Erkältung, indem sie in strenger Kälte bei nur nothdürftiger Bekleidung mehrere Stunden weit bis Dresden gegangen war. Nach Application mehrerer Senfteige und Darreichung einer Potio nitrosa verschwanden swar die pleuritischen Zufälle, allein es zeigte sich jetzt ein heftiger Intestinalcatarrh, der sich durch herumziehende Schmerzen im Unterleib, Diarrhöe, Erbrechen und weissen Zungenbeleg kundgab. Gleichzeitig klagte die Kranke über periodische Kreuzschmerzen, die sich allmälig mehr fixirten. Bei näherer Untersuchung der Kreuzgegend zeigten sich die Hautbedeckungen daselbst geröthet, geschwollen und sehr empfindlich, so dass wir uns veranlasst fanden, zwölf Stück blutige Schröpfköpfe in diese Gegend zu appliciren. Darauf wichen unter kritischen Schweissen alle Fiebererscheinungen. die Kranke erholte sich ziemlich schnell und konnte nach 3 wöchentlichem Krankenlager wieder Hausarbeit verrichten. Vier Wochen später gebar sie ein gesundes und kräßiges Mädchen, mit welchem sie am 10ten Tage des Wochenbettes die Anstalt gesund verliess.

Halbseitiger Gesichtsschmerz mit intermittirendem Character wurde bei einer Hausschwangern beobachtet. Das Leiden ging jedenfalls von einem cariösen Zahn aus. Der Schmerz stellte sich gewöhnlich in der 19ten Vormittagsstunde ein und dauerte mit gleich grosser Heßigkeit bis zur Mitternacht fort. Trockne Wärme, Application von Sinapismen und Vesicatorien, so wie der Gebratch des Pulv. Doweri gewährten keine Erleichterung, dagegen verschwand der Schmerz nach Darreichung einiger tleiner Gaben Chinin. sulphuric. schon an demselben Tage und kehrte nicht wieder.

Eine schon sehr weit vorgeschrittene Tuberculosis palmonum liess sich durch angemessene Pflege wenigstens so weit aufhalten, dass nach regelmässig verlaufener Geburt eines nur dürftig genährten, 6 Pfund schweren Mädchens, nur grosser Kräftemangel bestand, während Brusttehmerz, Husten und Auswurf sich nicht vermehrten.

Obwohl mit Scabies behaftete Schwangere statutenmiesig in unsere Anstalt nicht aufgenommen werden, so ٩

## 212 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

liessen wir uns doch aus Mitleid bewegen, eine solche Schwangere, welche sonst ganz hülflos und dem grössten Klende preisgegeben gewesen wäre, aufzunehmen. Dieselbe wurde sofort nach ihrer Aufnahme der sogenannten Schnellkur unterworfen, d. h. zuerst eine halbe Stunde lang mit grüner Schmierseife kräftig eingerieben, darauf eine halbe Stunde lang in ein warmes Bad gebracht, dann abermals mit Nachdruck über den ganzen Körper eingerieben, und zwar mit einer Salbe, aus Schwefelblumen und Kali carbonicum zusammengesetzt, und zuletzt in ein Reinigungsbad gebracht und mit reiner Wäsche bekleidet. Dieses Verfahren gelang vollkommen und die Schwangere war sofort von dem lästigen Hautjucken gänzlich befreit. Drei Tage später gebar sie rechtzeitig ein gesundes Mädchen. Auch im Wochenbett blieben Mutter und Kind gesund.

## Anomalien der Geburt.

Beträchtlichere Geburtsstörungen kamen in diesem Jahre seltener zur Beobachtung, während es an minder einflussreichen Anomalien, wie: zu schmerzhaften Wehen, Wehenschwäche, zu stürmische Geburtsthätigkeit; Schiefheit und Schieflagen des Uterus geringeren Grades, Umschlingungen der Nabelschnur (34 Mal) u. s. w., nicht fehlte, ohne dass jedoch dabei mehr als eine angemessene Tokodiätetik erforderlich gewesen wäre.

Vorfall der Nabelschnur neben dem bereits tief im Becken stehenden Kindeskopf indicirte in einem Falle schnelle Anlegung der Kopfzange; doch war die Schnur bereits zu lange gedrückt worden, so dass das Kind todt zur Welt kam.

Vorfall eines Armes neben dem Kindeskopfe (fehlerhafte Haltung der Frucht) ereignete sich bei einer Gebärenden mit schlaffen Scheiden- und Muttermundswänden, nachdem die Wässer rauschend abgegangen waren. Die Zurückbringung des Armes machte bei dessen Stärke einige Schwierigkeit, gelang aber doch vollkommen, so dass der Kopf in erster Schädellage sich gehörig zur Geburt stellte und die durch die Manipulationen bei der Reposition ver-

#### der K. S. ohir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852. 213

stärkten Wehen denselben rasch durch das Becken trieben. Das Geborne war ein Knabe, der sogleich kräftig aufschrie. Der Verlauf des Wochenbettes war ausser einer geringen durch Sinapismen bald beseitigten entzündlichen Stase des Uterus regelmässig.

Dammrisse leichteren Grades erfolgten 16 Mal, und wurden, wie in den vergangenen Jahren, mit Collodium verbunden. Durch diese Behandlung wurde 10 Mal vollkommen, 2 Mal theilweise und 4 Mal gar keine Wiedervereinigung der Wundränder erzielt.

Bald mehr, bald minder profuse Metrorrhagieen in der fünften Geburtsperiode erforderten in 11 Fällen künstliches Einschreiten. Zwei Mal stand die Blutung sofort nach Lostrennung und Wegnahme der Nachgeburt mittels der eingeführten Hand. In den andern Fällen mussten wegen fortdauernder Atonie des Uterus Einreibungen von Aether sulphuricus, Zimmttinctur und selbst Injectionen von Oxykrat noch in Anwendung kommen. Ueble Folgen im Wochenbett zeigten sich keine.

#### Geburtshülfliche Operationen.

Die Indicationen für die 9 Zangenoperationen waren 2 Mal allgemein verengtes Beeken, 1 Mal geringer Grad von Missverhältniss zwischen der Grösse des Kindskopfes und der Weite des Beckens, 5 Mal Wehenschwäche, 1 Mak Vorfall der Nabelschnur neben dem Kindskopf. In dem einen Fall von allgemeiner Beckenenge betrug das Maass der Gonjugata nur 3 Zoll, die übrigen Durchmesser waren nur um einige Linien zu klein. Die Zangenoperation erforderte grossen Kraftaufwand, das Kind kam asphyktisch sur Welt und starb im ersten Bade in Folge des Gehirndrucka. Die Mutter erlag dem epidemisch grassirenden Puerperalfieber. — Die übrigen Zangenoperationen verliefen mit Ausnahme des Falles, wo wegen Prolaps. funic. umbik die Ausziehung sich nothwendig machte, die, wie schon erwähnt, ein todtes Kind lieferte, gliteklich für Mutter und Kind.

Die Wendung, indicirt 1 Mal durch Schulterlage, 3 Mal durch Seitenlage der Frucht, wurde jedes Mal bei

## 214 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

nech etchenden Wässern verrichtet. In einem Falle musste wegen bestehender Wehenschwäche der Wendung die Extraction an den Füssen folgen. In drei Fällen waren die Früchte todtfaulig, und zwei davon auch frühzeitig. Das vierte, durch die Extraction zur Welt geförderte Kind, ein Zwilling, lebte zwar, starb aber, weil es ebenfalls frühzeitig und sehr dürftig genährt war, schon einige Stunden nach der Geburt.

Das Accouchement provoqué machte sich wegen drohender Erstickungsgefahr nothwendig. Der Fall ist foigender:

J. C. R., eine Magd aus Weinböhla bei Meissen, 81 Jahr alt, Erstgebärende, litt angeblich seit einem Jahr an starkem Husten mit Auswurf, Kurzathmigkeit und grosser Mattigkeit. Diese Zufälle nahmen während der Schwangerschaft noch mehr überhand und es gesellten sich bedeutendes Oedem der Schenkel hinzu. Bei ihrer Aufnahme fand man die Kranke am Oberkörper im hohen Grade abgemagert, von bleichem, kachectischem Aussehen, der Brustkasten erschien auf beiden Seiten eingesunken, die Schlüsselbeingruben tief, der Percussionston auf der linken Seite der Brust bis zur vierten Rippe herauf leer, Vesiculärathmen kaum wahrnehmbar, während mehr nach oben gross-Masige Rasselgeräusche sich hören liessen; die rechte Seite der Brust ergab ebenfalls nach oben hin leeren Percussionsten und Mangel an vesiculärem Athmen. Dabei war der Unterleib enorm ausgedehnt, zeigte deutliche Schwappung, so dass Hydrops ascites mit Schwangerschaft complicit nicht zu verkennen war. Unter diesen Umständen wurde die Athemnoth von Tag zu Tag schlimmer, die Schwangere konnte gar nicht mehr liegen und es bestand wirkliche Erstickungsgefahr. So erschien die künstliche Erregung der Frühgeburt um so mehr indicirt, als der rechtzeitige Geburtstermin schon in vier Wochen zu erwarten stand. Am 1. November früh liefss man die erste Uterindouche in der Temperatur von + 32ª R. zehn Minuten lang einwirken. Unmittelbar darauf zeigten sich ziehende Schmerzen im Krouz, der Uterus spannte sich und es entheerten sich einige Unzen falsches Wasser. Nachmittags war der Muttermand

## der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852, 215

schon so erweitert, dass er die Fingerspitze aufnahm. Nach der zweiten Douche, die jetzt in Anwendung kam, entwickelte sich vollkommene Wehenthätigkeit, so dass um 9 Uhr Abends der Muttermund vollkommen erweitert war und die Blase springfertig stand. Dieselbe musste bald darauf, als sie sich in der Schamspalte zeigte, gesprengt werden, worauf sofort in erster Schädellage ein schwächicher, nur 4 Pfd. wiegender Knabe lebend geboren wurde. Die Nachgeburt folgte leicht. Während unmittelbar nach der Geburt die Kranke sich sehr erleichtert fühlte und viel freier athmete, wurde sie nach einer Stunde von heftigem, lange anhaltendem Schüttelfrost befallen. Der Puls erreichte eine Frequenz von 120 Schlägen in der Minute, der Unterleib trieb sich auf und wurde gegen Berührung sehr empfindlich, so dass das Auftreten einer Peritonitis nicht zu verkennen war. Sehr bald gesellten sich auch Aufstossen, Erbrechen und Diarrhöe mit sehr rasch überhand nehmendem Collapsus hinzu, so dass schon 30 Stunden nach der Entbindung der Tod erfolgte. Bei der Section zeigten beide Lungen in den Spitzen Eiterhöhlen, waren übrigens stark ödematös und mit der Pleura costalis stark verwachsen. Der Pericardialüberzug des Herzens erschien beträchtlich verdickt und weissgelblich gefärbt, die Wandungen der linken Herzkammer waren hypertrophisch und die Klappen durch Exsudat verdickt. Die Bauchhöhle enthielt gegen 10 Messkannen gelblich gefärbtes Serum, die Leber blutleer, weich, mit dem Zwerchfell stark verwachsen, die Milz beträchtlich vergrössert, 8 Zoll lang, 5<sup>1</sup>/<sub>3</sub> Zoll breit, mit ihren Umgebungen ebenfalls stark verwachsen, die Nieren im. zweiten Stadium der Bright'schen Krankheit, in der Bekkenhöhle viel eitriges Exsudat, der Uterus mit seinen Anbingen normal.

#### Anomalien des Wochenbettes.

Die Puerperalfieberepidemie, welche in den letzten Monaten des vorigen Jahres begonnen hatte (s. unsern Jahresber. v. Jahre 1851), setzte sich auch in diesem Jahre, ganz denselben bösartigen Character zeigend als Metrophie-

### 216 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

bitis cum Oophoritide et Peritonitide, fort, so dass im Monat Januar von 24 Entbundenen 12 schwer erkrankten und 5 davon starben. Unter diesen Umständen musste es als unabweisbar erscheinen, die Localitäten der Anstalt, die durch langen Gebrauch an und für sich einer Restauration bedurften, einer gründlichen Reinigung und Umgestaltung zu unterwerfen, wozu auch auf Vorstellung der Direction das Ministerium alsbald die nothigen Gelder bewilligte. Glücklicherweise fanden sich, da bei der grossen Armuth und Hulflosigkeit der zu dem Entbindungsinstitute ihre Zuflucht Nehmenden und bei der Unmöglichkeit, diese anderwärts unterzubringen, eine Verweigerung der Aufnahme und mithin temporäre Schliessung der Anstalt, sich als schlechterdings unthunlich herausstellte, in einem der Regierungsgebäude (dem ehemaligen v. Carlowitz'schen Hause zwischen dem während des Maiaufstandes im Jahre 1849 beim Brande des grossen Opernhauses ausgebrannten Zwingerpavillon und der Hauptwache) die ausreichenden Räume vor. um die Anstalt interimistisch dorthin zu verlegen. Dies geschah in den letzten Tagen des Januars, so dass vom 28. Januar an jede Neuankommende von dem Hausmann sogleich in das interimistische Local geleitet, übrigens auch durch öffentliche Bekanntmachung dies den Betheiligten angezeigt wurde. Eine Transferirung der Wöchnerinnen aus dem alten Hause in das genannte Regierungsbäude fand nicht statt. Nachdem so die Räume der Entbindungsanstalt vollig evacuirt waren, wurden hier in allen Zimmern die Dielen aufgerissen, selbst deren Unterlagen und Ausschüttung entfernt und durch neue ersetzt, die Wände und Decken bis auf die Mauern von allen Kalkschichten abgestossen und frisch übertüncht, in dem einen Zimmer, wo sich die nach der Nordseite gelegene Wand in der nassen Jahreszeit feucht gezeigt hatte, eine neue, einige Zolle von der äussern abstehende Ziegelwand eingezogen, die Fensterrahmen, Thüren und Wandschirme mit neuem Oelstrich versehen, die eisernen Bettstellen zu wiederholten Malen mit kochendem Wasser abgebrüht und dann mit Firniss überzogen, die hölzernen Kinderbettstellen mit Oelfarbe neu angestrichen, die Rosshaare in den Kissen

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852, 217

rusgekocht und neu gestopft, die Strohsäcke mit frischem Stroh versehen, die wollenen Bettdecken gebrüht und durch die Walke gereinigt, sämmtliche Wäsche der Anstalt gebrüht und gebleicht, und alle beweglichen Geräthschaften, wie Nachtstühle, Stechbecken u. dgl., wenn sie nicht von Betall waren, beseitigt und durch neue ersetzt.

Nichtsdestoweniger hatte die interimistische Ortsveränderung, ohne dass eine Transferirung einer Wöchnerin oder der bei Kranken gebrauchten Utensilien dabei statt gefunden hatte, keinen Einfluss auf die Intensität der Epidemie, so dass im Februar und März von 38 Entbundenen wiederum 16 am Puerperalfieber schwer erkrankten und 6 starben. Es stellte sich somit heraus, dass endemische Einwirkungen die Seuche nicht erzeugt hatten, so wie wir bei dieser Epidemie auch keinen Fall beobachtet haben, welcher die Contagiosität des Puerperalfiebers bewiesen hätte, indem nicht selten Wöchnerinnen mitten unter den kranten völlig gesund blieben. Dessenungeachtet hielten wir es, da erfahrungsmässig in bösartigen Puerperalfieberepidemien bisweilen sich ein wirkliches Contagium entwickelt, für Pflicht, Alles zu vermeiden, was die Krankheit durch Ansteckung fortpflanzen könnte, daher wir die kranken Wöchnerinnen von den gesunden, soweit dies möglich war, solirten, die gesunden immer zuerst besuchten, nach jedem Besuch einer Kranken uns die Hände wuschen. Stechbecken, Injectionsröhre u. dgl., die bei kranken Wöchnerinnen gebraucht worden waren, nicht für gesunde benutzt wurden u. dgł.

Im Monat April verminderte sich die Intensität der Senche, indem von 15 Entbundenen nur 2 erkrankten, wovon 1 starb, und hörte von der Mitte dieses Monats in denselben Räumen, wo sie im März und Februar gewüthet hette, ohne dass etwas Anderes als die Beobachtung der gewöhnlichen Reinlichkeit und Pflege in Anwendung gekommen wäre, von selbst auf. Wir mussten die Ursache hiervon ganz allein in stattgehabten Veränderungen der Atmosphäre suchen, auch traten jetzt warme und sonnige Tage ein.

Mittlerweile war die oben beschriebene gründliche Re-

## 218 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

novation des Gebärhauses vollendet worden, so dass vom 6. Mai an die Aufnahme wieder hier stattfand. In den Monaten Mai, Juni, Juli und August ereigneten sich hier 78 Geburten, ohne dass ein erheblicher Krankheitsfall unter den Wöchnerinnen vorgekommen wäre, als aber im September wieder nasskaltes Wetter eintrat und der Zudrang zu der Anstalt sich sehr vermehrte, fingen auch sogleich wieder sohwerere puerperale Erkrankungen an. In den letzten vier Monaten des Jahres zeigten sich wieder zuerst Endocolpitis und Ulcera puerperalia, denen sehr bald Peritonitis und Metrophlebitis folgten, obschon in weit geringerer Zahl, als zu Anfang des Jahres, und es starben noch 5 Wöchnerinnen.

Es musste uns daher höchst willkommen sein, von Berlin aus ein Desinfectionsverfahren kennen zu lernen, welches der Herr Geheime Medicinalrath Busch zuerst in der unter seiner Leitung stehenden Entbindungsanstalt mit Erfolg in Anwendung gebracht und zur Nachahmung empfohlen hatte, nämlich: mehrtägige Unterhaltung einer Temperatur von + 60º R. in den Zimmern, wo verdächtige Fälle vorgekommen waren. Bei der Kleinheit unserer Zimmer erreichten wir diesen Temperaturgrad leicht dadurch, dass in die Mitte derselben ein gewöhnlicher, mässig grosser Kanonenofen gesetzt und durch ein langes Blechrohr mit der Esse in Verbindung gebracht wurde, während ausserdem der Zimmerofen geheizt wurde. Die Heizung geschah anfänglich mit sogenanntem Coaks, später theils mit Holz, theils mit Steinkohlen, die vollkommen hinreichten. Das Bettgeräth und sonstige Utensilien blieben in den geheizten Zimmern und wurden so ebenfalls der hohen Temperatur ausgesetzt, daher z. B. metallene Geräthschaften, die im Zimmer lagen, so dedurch erwärmt wurden, dass man sie nicht in den Händen halten konnte. Nach einer solchen Heizung, die wir 86 bis 48 Stunden ununterbrochen unterhalten liessen, wurden die Zimmer sofort nach ihrer Abkühlung wieder mit Wöchnerinnen belegt, und wir hatten wiederholt die Genugthuung zu beobachten, dass diese nicht am Kindbettfieber erkrankten. Indessen wurden durch diese Heizungen die epide-

#### der K. S. ohir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852. 219

nischen Binwirkungen überhaupt nicht beseitigt, so dass, wie schon erwähnt, bis zu Ende des Jahres immer wieder puerpersie Erkrankungen vorkamen.

Die an Hirnödem gestorbene Wöchnerin war eine nm ersten Male schwanger gewesene Handschuhnäherin wa sehr kleiner Statur, die bis zum fünften Lebensjahr an Bachitis gelitten hatte. Sie erschien am 7. Februar in der Anstalt mit schon thalergross erweitertem Muttermunde. Des Becken zeigte sich nur mässig verengt, der Kindekopf im Eingang, und da die Schwangerschaft erst beiläufig die 33ste Woche erreicht hatte, liess sich annehmen, dass die Geburt ohne Kunsthülfe vor sich gehen werde. So gescheh es auch. Das Geborne war ein sehr lebensschwaches Mädchen mit allen Zeichen der Frühreife. In der Nachgeburtsperio de trat eine nicht unbedeutende Blutung ein, die jedoch bald von selbst stand. Ins Wochenbett gebracht zeigte die Person eine unüberwindliche Schlafsucht, hatte abrigens einen ruhigen Puls, eine warme feuchte Haut, guten Appetit und führte überhaupt keine Klagen. Am foltenden Abend, als die Wärterin sie wecken wollte, um das Kind an die Brust zu legen, fand diese sie todt. Bei der Leichenöffnung fand man das ganze Gehirn in hohem Grade ödematös und dabei blutleer, ebenso die Lungen ödematös und blass, den Liquor pericardii vermehrt, das Herz hypertrophisch, die Klappen verdickt, in den Pleurasäcken gegen drei Unzen Serum. Der Darmcanal mit seinen Anhängen erschien gesund, ebenso der Uterus, dagegen zeigten die Nieren deutlich die anatomischen Kennzeichen des Morbus Brightii.

Die übrigen Krankheiten unter den Wöchnerinnen waren nur leichterer Art, als Diarrhöen, katarrhalische Affectionen der Respirationsorgane, acute Rheumatismen u. s. w., die sämmtlich unter Beobachtung der gehörigen Diät, Anwendung von schleimigem Getränk, durch die Wochenschweisse beseitigt wurden.

Ischurie hielt bei 2 Wöchnerinnen ohne weitere Erkrankung bis zum vierten, bei einer bis zum neunten Tage. Bei täglich zweimaliger Katheterisation verlor sich die Anomalie von selbst.

### 226 XV. Dr. Grenser, XXXVIII. Jahresber. d. Entbind.-Instit.

Anomalien der Neugebornen.

Auch in diesem Jahre war die Ophthalmia neonatorum die Krankheit, welche am häufigsten vorkam, indem wir 38 Fälle davon beobachteten. In hartnäckigen Fällen wurde die stärkere Solution von Argent. nitric. (gr. jv auf 3j Aq. destill.) und bei Blepharospasmus das Extract. Belladonn., in einigen bei zurückbleibender Atonie das Zinc. sulphuricum cum aqua Opii angewendet und dadurch 36 Mal Heilung bewirkt, 2 Mal blieben Hornhauttrübungen zurück. Am Pemphigus erkrankten 6, an intensiverem loterus 2, an Entzündung und Eiterung der Brüstchen 3; bei Allen erfolgte Genesung. Von Missbildungen wurde nurein geringer Grad von Valgus ped. dextr. und ein Wolfsrachen nebst Hasenscharte beobachtet.

17 Kinder starben: nämlich 1 an Apoplexia cerebri, 3 an Atelectas. pulmon., 1 an Zellgewebsverhärtung, 2 an Pyämie und 10 an Atrophie und Lebensschwäche.

Geburtshülflichen Unterricht empfingen 44 Schüler und 61 Schülerinnen.

			( <del></del> - )	-
	birt		44 [6]	44 61
1852.	G B C obseribute			÷.
	Besondere Bemerkungen.		4 Mal Zwil- linge.	
	Bestand nit. Desemb. 1852.		6 Schwangere u. 15 Wöchner	21
	ü ġ	Restorbes		Π
Pr	n sin chwa gere	wegen andrer Verhältn.		-
Dreaden im Ja	bgegangen sind Wöch- Schwan berinn. gere	wegen Krankheit		—
		Returbes	<u>++881111+0844</u>	2 19
	bgegar Wöch- perinn.	aptet spea		8
	Abgegangen sind: Wöch- Schwan verinn. gere	. puzso2	112 117 117 117 117 117 117 117 117 117	238
	-	Contorben 2.0	8-88+ + 8   + FR	5
2	1ชี รี	andigebores	40101 0 0140	23
Tabellarische Uebersicht r Ereignisse in dem Königl. Sächs. Entbindungs-Institute su Dresden im Jahre 1852.	Geschlecht der Kinder.	Mádchen	112 87 79 86 98	143
	÷ ÷	a a b a R	111 199 101 101 101 101 100 100 100 100	5 132,143 23 17238
	a g	Hach gobartsoperationen		5
	Kinder wurden geboren im Allgemeinen in folgenden Lagen:  Künstl.Entbindungen	Mindersein X		
		Accouchem. provequé		
		Accouchement fored	<u> </u>	Ţ
				Ī
		Extraction a. d. Fineta		4
		Wendag		6
	R or	E e la constation		2
	1989 :: 1989 :: 1989 ::	1mm)teodaU		-
	ដ្ឋ 🕉	Quertagen		3
		E a soje E og		T
	j∯ ¥	Kalelagon		5-
	ger der	ESIERDINGER		4
	Kino in fol	Gesichtslagen	341233381111111228	
		Schådellagen		272256
	Zabl der Geburten.		24 14 13 13 25 21 21 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25 25	27
	Zahl der aufgenommenen Bohwangeren und Gehä- renden.		394113399801138665 394133399801133665	282
der				-
	Bestand am 31. Dec. 1651.		3 Bchwangere u. 2 Wöchner.	5
	Monat.		Januar Februar März April Mai Juli September October November	Bumma:

der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1852. 221

I

## XVI.

# Notizen aus der Journal-Literatur.

Legroux: Bemerkungen über albuminöse Eclampsie, besonders über die bei schwangeren Frauen.

Veranlasst durch einen von Sabalier beobachteten und veröffentlichten Fall von Eclampsie bei einer 33 jährigen Frau, die im 6ten Monat der 2ten Schwangerschaft von Cephalalgie mit Oedem der unteren Extremitäten und darauf folgendem allgemeinem Anasarca, gehinderten Bewegungen der Zunge, linkseitiger Hemiplegie und endlich, nachdem das Oedem durch Calomel, Jalappe, Vesicatore und Dampfbäder vermindert, die Lähmung nach allgemeinen und örtlichen Blütentziehungen allmälig verschwunden war. im Sten Monat von Congestionserscheinungen gegen den Kopf und mehreren in Zwischenräumen von einigen Stunden sich wiederholenden eclamptischen Anfällen befallen wurde, die vergebens durch Calomel, kalte Uebergiessungen und Application von 10 Blutegeln bekämpft, bald einen tödtlichen Ausgang hatten; - hierdurch veranlasst, nimmt der Verf. Gelegenheit, die Anwendung des Tartarus stibiatus, welcher ihm in 2 Fällen von albuminöser Eclamosie unzweideutigen Nutzen geleistet, zu besprechen und zu empfehlen.

Der erste Fall betraf ein 23 jähriges, zum ersten Male schwangeres Mädchen, welches sich, gegen ihre Angabe, aber nach dem Erfolge, am Ende der Schwangerschaft befand. Sie war früher nie schwer erkrankt gewesen; nur in den letsten Jahren litt sie häufig an Ohnmachten und Kopfschmers, leicht und vorübergehend und ohne weitere Gehirnstörungen. Die Schwangerschaft hatte ihren normalen Verlauf. Plötzlich wurde sie eines Morgens von heftigen Kopfschmerzen befallen, verbunden mit Delirien, in welchen sie ihre Wohnung verliess und bewusstlos in den heftigsten Convulsionen an einem fremden Ort liegend gefunden wurde. Mit durch den Fall verursachter Geschwuist und Verletzungen im Gesicht wurde sie ins Hospital gebracht. Wilder Blick, gänzlicher Verlust des Bewusstseins, Oedem der Extremitäten, reichliches Eiweiss im Urin und sehr häufig sich wiederholende Convulsionen liessen keinen Zweifel, dass hier ein albuminöses Gehirnleiden vorlag, was sich

۱.

#### XVI. Notizen aus der Journal-Literatur.

dem Ende der Schwangerschaft sugesellt. Es wurden 3 Tassen (Palettes) Blut gelassen, um den Folgen der sahlreichen Contusionen am Kopfe zu begegnen und Solut. Tart. stib. mit Syr. Ipec. greicht und diese Arsnei mit Unterbrechung von 2 Tagen unter zunehmender Besserung, welche dem häufigen Erbrechen und richlichen Stuhlentleerungen folgte, bis zum 13ten Tage fortgesetzt. Am 14. Tage wurde in gans regelmässig verlaufender Geburt ein kräftiges, gut gebildetes Kind entwickelt und die Kranke verliess, nur durch geringes Erysipel am rechten Ellenbogen, was leicht vorüberging, während des sonst normalen Wochenbettes etwas belästigt, nach 4 Wochen völlig genesen die Anstalt.

Der sweite Fall betraf ein 19jähriges Mädchen, die durch Eisen von einem längeren chlorotischen Leiden geheilt war, jetst glücklich entbunden wurde und deren Wochenbett, mit Ausnahme einer etwas starken, aber kursen Blutung, gut verlief. Sie wurde 14 Tage nach der Entbindung, ohne bekannte Ursachen und ohne Profrome, von eclamptischen Anfällen befallen, mit Lähmung der inken Seite, besonders des Armes, und der oberen Augenlieder, erweiterter Pupille, getrübter Schkraft u. s. w.; jedoch war keine Spur von Oedem vorbanden, nur erst der reichliche Eiweissgehalt im Urin constatirte die Diagnose einer albuminös serösen Apoplezie mit eclamptischen Anfällen. Auch in diesem Falle bewirkte die consequente Anwendung des Brechweinsteins in 14 Tagen Heilung.

Auf diese beiden Fälle stützt Verf. sein Raisonnement über den vorsugsweisen Nutzen des Brechweinsteins in dieser Krankbeit und findet wenigstens für seine Therapie darin hinreichenden Grund.

Die Idee, den Brechweinstein in der albuminösen Eclampsie Anzuwenden, ist beim Verf. angefacht durch die Erfolge seiner Anwendung bei mehreren Fällen von acuter Albuminurie. Verf. erwähnt suerst die hauptsächlichsten Elemente der mit dem Namen Albuminurie bezeichneten Krankheit, so wie die Gehirnerscheinungen, die mit derselben sehr häufig verbunden sind.

Diese hauptsächlichsten Elemente sind: 1) Eine Nierenaffection, congestiv oder entzündlich und nur in ihrem Beginne der Therapie zugänglich. 2) Eine Verminderung des Eiveisses des Blutserums, welche mit dem Alter der Krankheit smimmt. 3) Ein Streben nach Verminderung der Blutkörperchen, welche nach Becquerel und Rodier in den ersten 14 Tagen keine, in den zweiten 14 Tagen zuweilen eine bedeutende Abnahme erleiden, die aber nach 2 Monat reichlich und constant ist. 4) Eine bemerkbare Abnahme der Consistens des Serums in Folge der Abnahme des Eiweisses und

223

Vorwalten der wässrigen Bestandtheile. 5) Allgemeine Hydropsie in Folge des Vorangegangenen.

Die Gehirnerscheinungen, welche im Laufe dieser Affectionen eintreten, sind in der Mehrzahl nach Landouzy amaurotische Erscheinungen, seltener apoplectische, zuweilen eclamptische, gemeiuhin bei schwangeren Frauen.

Als Grund des Gehirnleidens nimmt Verf. eine seröse Ausschwitzung (congestion sereuse) im Gehirn an. Die von Rilliet aufgestellte Therapie, wonach die Eclampsie bei Hydrocephalus der Kinder im acuten Stadium der Albuminurie auftritt, während (auch nach englischen Schriftstellern) die Gehirnsymptome in der chronischen Form in einer Zersetzung der Säfte begründet sind, erklärt der Verf. nicht für hinreichend, allen Phänomenen Rechnung su tragen, z. B. steht das heftige Auftreten der Anfälle nicht in Rapport mit der gewöhnlich allmälig vorschreitenden serösen Exsudation, und bei der chronischen Form würden die Gehirnsymptome auch den graduellen Gang haben müssen, wie die sie veranlassende Blutveränderung. Die auf diese Theorie gegründete Therapie von Becquerel und Rodier, welche Blutentziehungen im acuten Stadium, so lange die Blutkügelchen noch nicht vermindert sind, anrathen, will Verf. mit grosser Vorsicht angewandt wissen, da sich die Grenze des acuten Stadiums schwer bestimmen lasse, oder man müsse nach diesen Autoren den 20sten Tag und etwas darüber annehmen, nach welcher Zeit die Blutkügelchen sich zu vermindern das Streben haben. Er weist darauf hin, wie schwer sich die Blutkügelchen ersetzen nach grossen Blutverlusten und findet darin eine gebotene Vorsicht in der Anwendung der Blutentziehungen in solchen Fällen, wo unter dem Einflusse der Krankheit die Blutkügelchen vermindert werden. Die Indicationen für V. S. müssen nach der Individualität der Kranken, nach den Circulationserscheinungen, nach dem Alter der Krankheit bestimmt werden und gleichzeitig verdient auch die rothe Farbe des Urins Berücksichtigung.

Ob nun diese Umstände den Aderlass ge- oder verbieten, die Hauptquellen für die Aufgabe findet man in den Elementen der Albuminurie. Die erste Indication ist: Entleerung des übermässigen Serums. Diess wird auf verschiedenen Wegen erreicht; durch die äussere Haut, durch die Harnwerkzeuge, durch die Schleimhaut der Digestionsorgane, durch die directe Punction des Zellgewebes. Die gegen Albuminurie sehr gepriesenen trockenen und feuchten Dampfbäder, die Wachholderräucherungen in der scarlatinösen Form, wirken zu langsam, um die rapiden Folgen des Gehirnleidens zu verhindern; desgleichen ist die von Rilliet empfoh-

ine directe Entleerung des Serums durch Einstiche nur bei dringenden Fällen und allgemeiner Stockung des Serums ansuwenden, bleibt aber immer nur ein Pallistivmittel.

Die diuretische Methode zeigt sich nur ausnahmsweise nütslich in Hydropsieen, die keine unmittelbare Hülfe fordern; sie ist eine unsuverlässige, und wenn es sich um schwere und drohende Fälle handelt, ungenügende Methode. Bei dieser Gattung sind die Diuretica nur su fürchten, ihrer Anwendung folgt eine übermässige Diurese und die erkrankten Nieren sind gefährdet.

Als den zuverlässigsten, sichersten und promptesten Vermittler für die Fortschaffung des Exsudats lobt der Verf. die Gastrointestinalschleimhaut. Aber auf diese will er nicht eingewirkt haben durch drastische Purganzen, Gummi Gutti, Coloquinthen u.s. w.; er empfiehlt den Tartarus stibiatus, als ein sicheres Hydragogon, des sugleich als Contrastimulans bei Congestionen nach Nieren, Gehirn etc. die V. S. ernetst, die Circulation hebt, durch die Anstrengung des Brechens den Schweiss erregt und nicht, wie die V. S., die schwer zu ersetzenden Blutkügelchen entfernt, vielmehr durch die Entleerung einer bestimmten Menge der wäserigen Bestandtheile des Bluts die übrigen Elemente desselben ins Gleichgewicht su bringen strebt. Ist die Krankheit frisch, so kann mansicher auf Heilung hoffen; ist sie alt, so wird wenigstens die Neigung sur Reproduction der Wasseransammlung bei Kranken, die davon geheilt sind, gemindert, wenn auch der Urin noch mehr oder weniger eiweisshaltig bleibt.

Was nun die Therapie bei den albuminösen Gebirnleiden anbelangt, so sind bei vorwaltender Plethora und Congestionserscheinungen V. S. angeseigt. Bei allgemeiner Infiltration kann man in die am meisten angeschwollenen Stellen einstechen, aber mit der Vorsicht, nicht zu viele Stichwunden auf einmal zu machen, um durch die su schnelle Entleerung nicht eine tödtliche Schwäche su-Die Blutentziehungen sind immer schädlich, wenn veranlageet). man es mit anaemischen Kranken zu thun hat. Die Einstiche therfinesig bei leichter Infiltration. Die Gabe des Brechweinsteins int 15-30 Centigramme in einer Auflösung von 125 Gramme mit: Sw. Ipec., stündlich i Esslöffel voll, mit Berücksichtigung des Alters und der Constitution etc. Die Anwendung wird bis sum Aufbören der Anfälle fortgesetzt; nach Umständen ausgesetzt oder wie-Die Abnahme der Gehirnzufälle und des Eiweisses derholt. seigt sich bald. Der Nutzen des Tart. stib. in der Schwangerschaft bethätigt sich noch dadurch, dass dieselbe in ihrem Verlaufe nicht gestört, dass ferner durch die Erschütterung des Brechens die Geburtsthätigkeit angeregt und möglicherweise der ope-Honnisschr. f. Geburtsk, 1854, Bd. III, Hft. 3. 15

rative Eingriff sur könstlichen Frühgeburt vermieden werde, gleich wie durch die von Dubois mit Nutzen angewandte Uterusdouche. Der erste oben mitgetheilte Fall scheint dafür zu sprechen, doch müssen andere es bestätigen, und geschiebt dies, so ist der Nutzen für Mutter und Kind unverkennbar. Man muss sich aber immer sum operativen Einschreiten bereit halten, wenn dies Mittel nicht genügt, da die Entleerung des Uterus die Hauptbedingung aur Beruhigung der eclamptischen Anfälle ist.

(Union médicale Nr. 87 und 88, Juli 1853.)

Depaul: Ueber Eclampsie und ihren Zusammenhang mit Albuminurie.

Bei Gelegenheit eines von Depaul der Acad. de méd. su Paris über eine den obigen Gegenstand behandelnde Arbeit von Mascarel gemachten Berichtes, fügt Ref. interessante Facta und Bemerkungen über die Eclampsie bei. Er streitet zunächst gegen die bis jetst ziemlich allgemein augenommene und namentlich von Caseaux scharf vertheidigte Ansicht, dass bei Eclampsie jedes Mal Eiweiss im Urin su finden sei. Er selbst hat früher schon (vor etwa 4 Jahren) einen Fall beobachtet, in welchem, nach genauster Prüfung, su keiner Zeit der Anfälle Eiweiss su entdecken war; ähnliche Fälle veröffentlichten Leuer, P. Dubois; --- und Masearel jetzt deren zwei. Aus solchen Beobachtungen drängen sich nothwendig die durch weitere gewissenhafte Untersuchungen su entscheidenden Fragen auf, ob wirklich immer ein ursächlicher Zusammenhang swischen Albuminurie und Eclampsie, oder nicht vielmehr ein nur zufälliges Zusammentreffen bestehe, ob dann die Eclampsie die Folge oder die Wirkung der Albuminurie sei. Depaul vertheidigt die Zufälligkeit gegen Caseaux, und glaubt auch die Eclampsie häufig als Ursache der Albuminurie annehmen 59 müssen. Eine sichere Beobachtung von mangelndem Eiweise ist in dieser seit langer Zeit die Aerzte lebhaft beschäftigenden Angelegenheit jedenfalls von viel grösserer Wichtigkeit, als viele Fälle, bei denen Eiweiss gleichzeitig mit Eclampsie gefunden wurde.

(Union média. No. 2, 5. Janv., und No. 3, 7. Janv. 1854.)

## Scansoni: Beitrag zur Pathologie der Gebärmutterknikkungen.

Durch die Veröffentlichung der Resultate von 54 in 5 Jahren gemachten Beobachtungen liefert der Verf. sehr willkommene Bei-

#### XVI. Notizen aus der Journal-Literatur.

tige für die nach etwas dunkle Lehre von den Knickungen der Gebärmutter. Es stellte sich heraus, anbelangend: 1) die Art der Lageveränderung. Es waren 46 Anteflexionen und 8 Retodexionen. --- 2) Das Alter der Kranken; die Kranken behaden sich im Alter von 20 bis 45 Jahren; swischen 25 und 35 filt die grösste Zahl und zwar kommen auf diese Zeit 31 Anteud 4 Retroffexionen. --- 3) Die Verheirathung: 11 unverheinthet, 41 Prauen, 2 mit jungfräulichen Genitalien. - 4) Ueberstandene Geburten: Geboren hatten 43 und zwar mehrere 8 Mai, 7 Mai, 5 Mai. - 5) Das Geburts-, Nachgeburtsgeschäft, Woch en bett: Unter 252 Geburten waren 12 Frühgeburten (7---9 M.), 44 Aborte und 196 Reifgeburten, von welchen 34 künstlich beendet wurden (Zange oder Wendung) und swar bei 13 durch Querlagen indicirt. Während der Nachgeburtsperiode haven 64 Mal Blutungen vor und swar bei einigen Frauen nach neiveren aufeinander folgenden Geburten. In 38 Fällen davon wurde die Placenta spontan ausgestossen; 22 Mal wurde sie künstich gelöst. Als erwähnenswerth hält Verf. den Umstand, dass bei 4 Franen die Placenta 3 Mal, bei 9 2 Mal gelöst werden musste. Bas Wochenbett der 196 Frauen mit den rechtzeitigen Geburten war in 52 Fällen gestört und zwar 24 Mal durch entsündliche Zustinde, 11 Mai durch schmerzhafte Nachwehen, 6 Mai durch Blutungen aus den Genitalien, 9 Mal war die Art der Störung nicht 🕶 ermitieln. 26 der hierher gehörigen Frauen hatten das Wochanhett bei 72 Geburten nach 21, 18, 14, 9, 7, 6, 5 und 2 Tagen wriamen, worunter 28 Mal nach 9 Tagen, 2 Mal nach 2 Tagen. Als für die Actiologie wichtig erwähnt Verf., dass unter den 196 rechtseitigen Geburten nur 57 Kinder von den Müttern selbst genährt wurden. In den übrigen Fällen wurde die Lactation gans unterlagen oder nur einige Tage fortgesetzt. Die 12 Frühgeburten kamen bei 10 Frauen vor, -- eine vor dem 7ten Monate, -shae besonders nachweisbare Ursachen, 1 Mal durch Sturs in einen Keller. Die Geburten verliefen ohne Störung; 1 Mal musste die Placenta gelöst werden, wonach eine heftige Blutung die Krankesink und lange schwächte. Die übrigen Wochenbetten waren normal. Von den 13 gebornen Kindern (1 Mal Zwillinge) lebten 8, 5 wurden todt geboren, von den Lebenden starben 4 bald; auch hier stillten nur 2 Mütter selbst. Die 44 Aborte trafen 26 Frauen, 8 im 2ten, 26 im 3ten, 10 im 4ten Monate. Als ursächliche Moneste konnte in 24 Fällen angegeben werden: 8 Mal Stillen wäh-Rod never Schwangerschaft, 1 Mal Excess. in venere, 14 Mal traumetische Einwirkung, 1 Mal Blattern, 2 Mal entsündliche Brustallection. Bintungen folgten in 31 Fällen; bei 2 Frauen war die

**22**T

Nachgeburt 8 und 12 Tage zurückgeblieben, dann spontan ausgestossen, während der Zeit hatten Blutungen bestanden. In 18 Fällen konnte Verf. trots sorgfältiger Beobachtung nur sicher ermitteln, wann die Frauen nach überstandenen Fehlgeburten sum ersten Male das Bett verliessen; 6 Mal nach 3 Wochen als Maximum, 1 Mal nach 2 Tagen als Minimum, -- 6) Die wiederholte Schwangerschaft: diese trat bei einselnen der 54 Frauen sehr rasch aufeinanderfolgend ein; bei 2 Frauen binnen 3 Jahren 6 Mal, bei 9 5 Mal; bei 2 in 2 Jahren 4 Mal; bei 4 3 Mal, bei 1 in 1 Jahr 3 Mal. - 7) Die Menstruation: sie trat bei 12 im 13ten, bei 17 im 15ten, bei 2 im 21sten Jahre ein, bei den übrigen im 14ten, 17ten und 18ten Jahre, bei 2 war es nicht su bestimmen. Das Auftreten war bei 24 Frauen mit chlorotischen Erscheinungen, bei 19 mit Schmerzen im Unterleibe und im Kreuse begleitet, und bei 28 ging dem Auftreten eine mehr oder mindere Schleimaussonderung aus den Genitalien voraus. Die Dauer der Periode war vor den bemerkbaren Erscheinungen der Knickung bei den meisten Kranken 8 bis 10 Tage, sonst 6 bis 8, 5 bis 6, 4 und bei den wenigsten 2 Tage; bei 8 unregelmässig. Die Intervallen dauerten bei 19 Frauen 4 Wochen, bei 24 Frauen 3 Wochen, bei 4 Frauen 2 bis 3 Tage; bei 7 waren sie stets unbestimmt. - 8) Der Stand: 34 gehörten den höheren Ständen, 20 der arbeitenden Klasse; 25 lebten in Städten, 29 auf dem Lande, 16 waren blond, 21 brünett. - 9) Dauer der Krankheit (ohne Garantie des Verf. für die Richtigkeit, sondern nur nach Aussage der Frauen): für die Anteflexionen bei den meisten 2 Jahre und 1 Jahr, 2 Mal 7 Jahre, 1 Mal 5 Jahre, 6 Mal & Jahr, 1 Mal & Jahr. Für die Retroflexionen 5, 3, 2 Jahre und 1 Jahr. - 10) Die Erscheinungen, unter welchen die Krankheit auftrat: 24 Mal chlorotische Erscheinungen, 10 Mal Menstrualkoliken, 9 Mal profuser Menstrualfluss, 7 Mal Urinbeschwerden. Diese Symptome traten auf: 11 Mal 1 Monat, 3 und 6 Monate nach rechtseitigen Geburten, wobei 3 Zangen- und 2 Wendungsoperationen ausgeführt waren und 2 Mai Placentarlösung; 7 Mai 2 Monat nach frühzeitiger Geburt, wobei 1 Mal die Placenta gelöst wurde; 18 Mal 1 Monat nach Aborten und 5 Mai 3 Monat nach Aborten. Die 13 Kranken, die nicht geboren hatten, rechneten ihr Leiden vom Beginne der Monstruation. - 11) Der Verlauf; als hervorstechende subjective Erscheinungen blennorrhoische, chlorotische und hysterische. Bei 29 Frauen heftige Schmerzen in der Kreus- und Uterinalgegend, bei 14 profuse Meno- und Metrorrhagie, bei 8 exquisite Chlorose, bei 3 heftige Harnbeschwerden. -- 12) Die Complicationen bei den Untersuchungen der Genita-

228

Hen: diese bestanden in profusen Schleim- oder blutigen Secrefonen, Hypertrophieen des gansen Uterus oder des Cervix, Orificialgeschwüren, bei einigen mit Verlängerung der Uterushöhle von 3<sup>m</sup> bis 14<sup>m</sup>, Anlöthung des Uterusgrundes bei Anteflexionen an die vordere Beckenwand, bei Retroflexionen an die hinter gelegesen Organe; Schleimpolypen in der Cervicalhöhle, Ovarialcystoiden bei sonst gesundem Uterus und in kleinen Fibroiden; ausserdem seigten sich bei einigen: Anomalien der Harnwege, Hernien, Lungentuberkel und organische Herzfehler. Die 54 Kranken waren swischen 8 Tage und 1½ Jahr in der Behandlung Scansoni's, davon 3 mindestens 3 Monat.

Verf. reiht dieser Uebersicht seiner Beobachtungen 8 Krankengeschichten an, welche nach Kenntnissnahme des Voraufgegangenen hauptsächlich nur in Hinblick auf die Therapie und ihre Esfige Interesse gewähren und sich bei der mehr oder minderen Uebereinstimmung der actiologischen Momente, der pathologischen Befunde und Complicationen, wie der therapeutischen Maassregeln und ihrer Ergebnisse in der Kürse zusammenfassen lassen.

Die Kranken befanden sich im Alter von 21 bis 42 Jahren. theils den höhern Ständen, theils den niederen angehörend; es waren Mädchen oder Frauen, unter letzteren Mütter, oder unfruchtbar. Sie kamen in die Behandlung Scanzoni's, nachdem sie zum Theil schon jahrelang anderweitig behandelt waren. Profuse Uterin- und Vaginal-Blennorrhöen, Menorrhagien, Metrorrhagien, heftige chlorotische und hysterische Erscheinungen, hochgradige Anaemien, heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen, 1 Mal qualvoller Praritus vaginae mit Excoriation der äusseren Geschlechtstheile, hatten diese Frauen die ärztliche Hülfe suchen lassen und gaben Vernlassung zur genaueren Untersuchung der Genitalien, besonders des Uterus, der denn auch in allen Fällen mehr oder weniger ante- und retroflectirt gefunden wurde und zwar bei einigen mit Anischung nach hinten oder vorn. Der innere Gebrauch verschiedener Eisenpräparate: Murias ferri, Joduretum ferri, Limatura ferri, Carbonas ferri, Tinct. ferri pomata, Ferr. jodat. sach., die Stahlquellen von Bocklet und Brückenau; äusserlich Einspritzungen von initem Wasser, von Eichenrinden-Abkochung, Auflösung von Arg. nitric., Ferrum sulphuric., Ergotin, kalte Sitsbäder und Douchen heiten unter dem entsprechenden diätetischen Verfahren die Frauen von den die Knickungen begleitenden Leiden, aber trotz der consequenten Anwendung des Kineisch'schen Knickungsinstruments, no wie der Anwendung des Beckengurtes von Kimisch, wovon das miere 6, 8 und 20 Wochen angewandt wurde, blieben die Knikkangen unverändert, während in einem Falle die Anteflexion sich

mit den sie begteitenden Leiden nach dem Gebrauch eben genanntter innerer und äusserer Heilmittel verlor, ohne dass irgend ein mechanisches Mittel angewandt wurde.

Wir erwarten im folgenden Hefte die vom Verf. aus diesen Beobachtungen gezogenen Schlüsse über die Aetiologie, Pathologie und Therapie dieser Krankheit.

> (Beiträge sur Geburtskunde und Gynäkologie von Scansoni, Hft. 1, S. 40 ff. Würzburg 1853.)

Valleix: Behandlung der Deviationen des Uterus nach hinten.

Die erst kürslich vom Verf. anempfohlene Behandlung der Retroversionen und Retroflexionen der Gebärmutter mittels des Redresseur intra-uterin hat, wie er selbst eingestehen muss, ihre Schattenseiten. Aus diesem Grunde empfiehlt er gegenwärtig folgendes Verfahren. Man führt die Uterussonde, mit ihrer Concavität nach hinten gerichtet, bis an den Grund der nach hinten umgebeugten Gebärmutter hinauf, und sucht daun durch vorsichtige Drehung des Instrumentes denselben hinter die Schambeinverbindung su führen. Hierauf wird, während ein Zeigefinger den Gebärmutterhals nach hinten drängt, die Sonde entfernt und eine Kantschuckblase in die Scheide eingeführt, und, wenn sie vorn bis sum blinden Ende der Vagina in die Höhe gebracht ist, mit Luft aufgeblasen. Unter 9 bis jetat so behandelten Kranken sind 7 völlig genesen, 2 waren noch in Behandlung. Verf. nennt die erwähnte Kautschuckblase Redresseur extra-uterin.

(Bull. de thérap. Sept. 1853; -- Schmidt's Jahrbücher Bd. 81, Nr. 2, S. 207, 1854.)

F. Pauli: Ueber die Behandlung des Vorfalls der Gebärmutter.

Die bis jetst übliche Anwendung der Pessarien gegen Gebärmuttervorfälle ist theils ungenügend, weil dieselben ihre Lage verändern und den Uterus nicht in seiner natürlichen Lage erhalten, theils aber auch Schaden bringend durch Erzeugung chronischer Entsündung und deren Folgen, wie insbesondere des weissen Flusses. Die gestielten Pessarien und Vorrichtungen, wie sie die Neuzeit in Menge brachte, sind theils auf die Dauer unerträglich, theils entsprechen sie dem gesuchten Zwecke nur auf sehr unvollkommene Weise und begründen niemals eine Radicalkur. Die bisherigen Operationsweisen erfüllen entweder, wie z. B. die Epix

siorrhaphie, nicht vollkommen den gewünschich Zweck, oder sie sind sehr schmerzhaft und selbst gefährlich, wie die Colpodesmorrhaphie. Die Elytrorrhaphie, im Ganzen noch das rationellste Verfahren, erweist sich gleichfalls häufig unwirksam, so dass Dieffenbach ihr die Cauterisation vorzog; auch von der Heilung der Vorfälle mittels Pincement der Scheide verspricht sich Verf. keinen grossen Erfolg.

Dagegen rühmt er sehr das von ihm befolgte Verfahren, welches darin besteht, dass 2 kleine runde Kautschuk-Pessarien von 2 bis 24 Zoll Durchmesser nach Reposition des Vorfalles und nach Beseitigung aller entsündlichen Erscheinungen in der Rückenlage der Kranken eingebracht werden, in welcher Lage letztere nun mehrere Wochen hintereinander verbleiben muss. Zwischen der 3. u. 5. Woche können meistens die Pessarien herausgenommen werden. doch müssen die Frauen auch nach dieser Zeit noch einige Wochen liegen. Ein Pessarium trägt hier das andere, das obere den Uterus. Verf. versichert, dass man noch nach Tagen und Wochen bei einer angestellten Untersuchung die Pessarien sur Achse der Vagina in horizontaler Lage liegend findet. Die Scheide wird offenbar durch die Pessarien in ihrem ganzen Umfange in einen leichten Grad von Entsündung versetzt, wovon die etwa vom 6. Tage der Einbringung an eintretende Schleimsecretion Zeugniss giebt; es wird auf diese Weise die Contractilität der Scheide gesteigert und die Spannkraft aller den Uterus umgebenden Theile vermehrt. Rathsam ist es ausserdem noch, eine gleichzeitige Unterstützung der Bauchmuskeln durch eine Leibbinde anzubringen. Dass Verf. 2 kleine und nicht 1 grösseres Pessarium anlegt, hat seinen Grund darin, dass sich erstere leicht und schmerzlos für die Kranke anlegen lassen, was bei letsterem nicht der Fall sein würde. Zum Beweise für die Zweckmässigkeit seiner Methode thefit er am Schlusse 7 Krankengeschichten mit.

(Henle's u. Pfeuffer's Zeitschr., N. F. III., 3, 1853. -Schmidt's Jahrbücher Bd. 81, Nr. 2, 8. 207. 1854.)

Blaschko: Abortivbehandlung der Mastitis durch Bepinseln mit Acidum nitricum.

Durch die von Chassaignac empfohlene erfolgreiche Behandlung der acuten Orchitis mittels Bepinselung des Scrotums mit Acid. nitricum (Gas. hebdom. 9. Dec. 1853) veranlasst, hat Verf. dieselbe auch bei acuter Mastitis mit überraschendem Erfolge versucht. Die Methode ergiebt ein schnelles günstiges Resultat, verhindert die Eiterung, beseitigt bald den Schmern. Die entstündeten Par-

281

tien müssen mit einem Charpiepinsel 5-6 Mal gans oberflächlich hingleitend, behutsam und leise bepinselt werden, da bei verschwenderischem Auftragen sich leicht eine Eschara und dann, nach Abstossung der Epidermis, wie *Chassaignac* in Besug auf Orchitis bemerkte, eine oberflächliche Eiterung bilden könnte, welche den Heilungsprocess auf einige Tage in die Länge zieht. In dem vom Verf. beobachteten Falle war nach der ersten Bepinselung wie mit einem Zauber der bisher heftige Schmerz verschwunden, jedoch blieb ein starkes Brennen zurück, das etwa eine Viertelstunde anhielt. Die Temperatur war vermindert, die Röthe machte einer gelben Färbung Platz und es nahm das Volumen, gleich wie nach Anwendung des Collodium, ab. Eine zweite Einpinselung am folgenden Tage bewirkte völlige Schmerzlosigkeit und Abnahme der Geschwulst.

(Mediz. Central-Zeitung. Nr. 13, 15. Febr. 1854.)

Alex. Mayer (in Paris): Schröpfapparat für die Portio vaginalis.

Als Ersatz für die nach Verf. schwierige (?) Ausführung der Application von Blutegeln an den Scheidentheil der Gebärmutter hat derselbe einen Schröpfapparat (scarificateur ventouse) angegeben. Derselbe besteht aus 2 Stücken, dem Schnäpper und dem Sauger. Beide können innerhalb eines starken geschlossenen Mutterspiegels applicirt werden. Der erstere befindet sich an einem eigens construirten Stiel, mittels welches durch Federn die Messer durchgeschlagen werden können, der letztere ist eine einfache Saugpumpe. Mehrfache Versuche sollen die Brauchbarkeit erwiesen haben. Derselbe Apparat ist auch für das gewöhnliche Schröpfen su benutzen.

(Gaz. médic. de Paris Nr. 4, 28. Janv. 1854 p. 55 mit Ab- - bildungen.)

Ellis: Ueber die galvanische Cauterisation bei Behandlung von Gebärmutterkrankheiten.

Angeregt durch die Beobachtungen von *M. Marshall* bediente sich Verf. anfänglich in den Fällen, wo das in neuerer Zeit wieder mehr in Aufnahme gekommene Glüheisen angezeigt war, der Metalldrähte sur Leitung des electrischen Feuers, indess ohne besonderen Erfolg. Jetzt hat er ein Verfahren entdeckt, durch welches die entwickelte Hitze in einer beträchtlichen Oberfläche entwickelt werden kann. Er nimmt eine mittelstarke silberne hohle Sonde, deren oberes Ende gespatten ist und das Brennstück aus Porcellan aufnimmt. Zu diesem letzteren laufen in dem Canal der Sonde die von einander isolirten Leitungsdrähte hin und her, deren ein Ende mit dem Drahte einer electrischen Batterie, das andere mit einem Stückehen Platinadraht, das um ein Brennstück aus Porcellan umgewickelt ist, in Verbindung steht. Verf. benutst die Grave'sche Batterie su 5 Paaren, deren 2 hinreichen, das Porcellan weissglühend zu machen, welcher Hitzegrad durchaus nothwendig ist. Die Hitze kann fortwährend auf derselben Höhe erhalten werden, und das macht den Apparat so werthvoll. Die Anwendungsweise ist sehr vielseitig. Bei Gebärmutterkrankheiten muss die Kranke in gutem Licht liegen, damit der Operateur gos sehen kann. Verf. räth vorsugsweise ein gläsernes cylindrisches Speculum su nehmen, man reinigt und trocknet die kranken Theile, welche gebrannt werden sollen, und schiebt das weissglühende Porcellan gegen sie an oder in sie hinein. Die Dauer richtet sich nach der gewonnenen Wirkung. Der Brandschorf ist gans weiss, von einem gelblich weissen Kreise eingeschlossen. Zuweilen sieht man während des Brennens den Muttermund sich susammenzieben. Ist das Porcellan nicht weissglühend, so bleibt die Schleim. haut an ihm hängen und Blutangen kommen hinzu. Die electrische Hitze möchte sich nach Verf. am besten bei Verhärtung und Verschwärung des Mutterhalses, bei Vorfall der ganzen Gebärmutter oder der vorderen Scheidenwand eignen.

(Presse médicale de Dublin; - Presse médicale Belge Nr. 1, 25. Décbr. 1853.)

Brandes (in Hannover): Heilung einer Blasenscheidenfistel.

Eine in hohem Grade rhachitisch verbildete Frau, deren Conjugata 2½ bis 2½ Zoll Länge ergab, war am 5ten September v. J. durch die vereinten Anstrengungen mehrerer Aerste entbunden. Eigentlich war wohl der Kaiserschnitt angezeigt gewesen, die Aerste einigten sich jedoch sur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 7ten Monat der Schwangerschaft mittels der Kiwisch'schen Douche. Trots 3 Wochen lang fortgesetzter Anstrengungen wollte die Geburt indessen nicht beginnen, so dass man schliesslich noch Pressschwämme su Hälfe nehmen musste. Als endlich der Muttermund aufing sich su erweitern, fand man eine Querlage. Nach ausserordentlich schwieriger Wendung und Aussiehung des Kindes, bei welcher der suletst steckenbleibende Kopf noch perforirt werden musste, ging endlich die Geburt su Ende. Während der gansen

#### 234 XVI. Notizen aus der Journal-Lifferatur.

Zeit war es nicht möglich (?) gewesen, die enorm ausgedehnte Hamblase su entleeren, weil ein Katheter durchaus nicht einsubringen war. Es trat im Wochenbett Entstündung der Geschlechtstheile ein, brandige Fetzen stiessen sich aus der Scheide ab und am 20ten Tage bemerkte man unwillkürlichen Urinabfluss in Folge brandiger Zerstörung des Scheidengewölbes und Blasengrundes. Jetst wurde die Kranke ins Hospital gebracht und B. übernahm die Behandlung am 14ten Tage nach der Entbindung. Die genaue Untersuchung ergab eine Blasenscheidenfistel, durch welche 2 Finger durchzuschieben waren; sie lag dicht vor der Portio vaginalis, bildete eine dreieckige Oeffhung, mit der einen Spitze nach unten gekehrt. B. entschloss sich zur Cauterisation mit Argent. nitric, und begann damit am Sten Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus, nachdem er in den vorhergehenden Tagen die gehörige Reinigung der wunden Stellen eingeleitet hatte. Die Fistel wurde ganz rein und trocken gelegt und die ganze Umgebung derselben kräftig mit Höllenstein touchirt. Dann wurde die Scheide mit einem Bausche Watte ausgestopft, um das weitere Umsichgreifen der Cauterisation zu verhüten. Bei jedesmaliger Betupfung mit dem Höllenstein sah man, wie die muskulösen: Theile des Scheidengewölbes sich heftig contrabirten, die Schwellung der Weichtheile wurde so bedeutend, dass Patientin abwechselnd den Urin halten konnte. Die Aetzung wurde etwa alle 3 bis 4 Tage erneuert, immer wenn der Aetzschorf abgefallen war. Die Fistel wurde immer kleiner, der Harn konnte immer länger gehalten werden, und Ende November war die Heilung vollständig. Bei einer am 18. Januar d. J. vorgenommenen genauen Untersuchung der Geschlechtstheile waren alle früher wunden Stellen vernarbt, an der vordern Wand des Scheidengewölbes sieht man swei Narben, welche zu beiden Seiten der Portio vaginalis verlaufen und nach vorn in einen Winkel sich vereinigen. Die Seitenränder der Portio vaginalis sind mit diesen Narben verwachsen. Eine Oeffnung ist nirgends mehr wahrzunehmen, die Portio vaginalis ist in die Fistelöffnung eingeheilt.

(Deutsche Klinik Nr. 7, 18. Februar 1854.)

Devilliers: Untersuchungen über die Erkenntniss und den Werth des Nabelschnurgeräusches.

D. las obige Abhandlung in der Sitzung der Acad. de médec. su Paris am 24. Jan. 1854 und sog aus derselben folgende Schlüsse: 1) Das Nabelschnurgeräusch lässt sich während der Geburt von anderen Geräuschen, zumal vom Fotalhersschlage, durch eigenthümliche Charaktere unterscheiden. 2) Sein Sits ist so verschieden, wie die Umschlingungen der Nabelschnur, deshalb giebt es in Bezug auf die Kindealage keinen sichern Aufschluss. 3) Das Nabelschnurgeräusch ist die Folge von Druck auf die Nabelschnur, welcher durch verschiedene Umstände entstehen kann. 4) Jedes Mal, wenn man das Geräusch hört, muss man an Druck, oder Umschlingung, oder Zerrung der Nabelschnur denken. 5) In diesen Fällen kann das Geräusch aber auch fehlen, oder wird nicht erkannt. 6) Hat man das Geräusch früher gehört, findet jedoch nachber keine Umschlingungen, so kann man annehmen, dass diese sich mittlerweile verloren haben. 7) Weungleich das Geräusch sehr selten gefunden wird, so hat es doch einen sehr wichtigen practischen Werth.

(Union médic. Nr. 11, 26. Janv. 1854.)

Soete: Merkwürdige Verschlingung der Nabelschnüre von Zwillingen.

Das erste Kind stellte sich mit dem einen Fusse sur Geburt. wurde mit Leichtigkeit herausgenogen und abgenabelt. Bei der inneren Untersuchung zeigte sich nun ein Knäul von Nabelschnü, ren, ein Arm und hoch oben der Kopf. Nach 10 Minuten war auch das zweite Kind lebend geboren. Verf. legte nun die Stränge auseinander, wie man einen Strick aufzudrehen pflegt; sie waren beide sehr lang und hildeten etwa in der Mitte ihrer Länge einen vollkommen geschlungenen doppelten Knoten. Die gemeinsame, runde Placenta zeigte nichts Abweichendes. Beide Nabelschnüre senkten sich in der Nähe des Mittelpunktes ein, nur 3 Centim, von einander entfernt. Jeder war 1 Meter lang. Die gutgenährten Kinder hatten durch die Verschlingung in ihrer Entwickelung nicht gelitten, was wohl bei festen Knoten oder bei anderweitigem Druck auf die Nabelschnurgefässe vorkommt. Die Bildung dieses doppelten Knotens ist schwer su begreifen, die Fötus müssen sehr complicitte Bewegungen ausgeführt haben. Es ist dieser Fall von hoher Seltenheit, wie auch schon eine gemeinsame Höhle für Zwillinge selten vorkommt.

(Annales de la société médico-chirurg. de Bruges; Annales et archives de médecine belge et étrangère, Bruxelles, Oct. 1853; Gazette hébdom. de méd. et de chir. de Paris Nr. 15, 13. Janv. 1854.)

#### Krebs (in Jüterbog): Fünflings-Geburt.

Eine 36 Jahr alte kräftige Frau hatte in ihrer 18jährigen Ehe 10 Mal geboren, die ersten 4 Kinder lebend, die folgenden 6 su früh und todt. In ihrer jetzigen 11ten Schwangerschaft, welche vom Herbst 1852 datirte, bekam sie einen sehr starken Leib und Oedem der Füsse, so dass sie im letzten Monate sich kaum noch bewegen konnte. Am 14. Mai, dem rechtzeitig berechneten Ende der Schwangerschaft, fand die Hebamme bei ihrer Ankunft Morgens 10 Uhr den Muttermund von der Grösse eines Zweithalerstückes, die Blase gestellt, den Kopf vorliegend. Nachmittags 4 Uhr sprang die Blase, eine beträchtliche Wassermenge floss ab. nach einer Stunde war der Kopf geboren, während die Schultern und der von Wasser sehr ausgedehnte Bauch erst eine halbe Stunde später folgten. Das Kind hefand sich in fauliger Zersetzung, die mürbe Nabelschnur war serrissen. Das anscheinend ausgetragene Kind zeigte neben dem stark ausgedehnten Bauche dünne und schwache Glieder. Ein heftiger Blutsturz veranlasste die Hebamme, mit der Hand in die Scheide einzugehen, in welcher sie statt der gelösten Nachgeburt mehrere und verschiedene Kindestheile fand, welche auch sofort durch eine starke Wehe hervorgetrieben wurden und sich als 4 verschiedene Fötus darstellten. Es kamen dieselben rasch und fast gleichzeitig hervor. Wegen der fortbestehenden Blutung wurde schleunigst die sehr grosse und einzige Nachgeburt herausgeholt. An dieser war nur 1 Nabelschnur zu finden, welche wohl dem ersten Kinde angehörte, von denen der übrigen 4 Kinder zeigte sich keine Spur. Auch an den Eihäuten war nicht zu entdecken, ob sie gemeinschaftlich waren oder nicht; die der grossen Placenta angehörige Haut war glatt und fest. Jedes der Kinder war 6 bis 7 Zoll lang, sehr mager und stark verfault, so dass sie einen sehr heftigen Gestank verbreiteten. Die Entbundene erholte sich schnell.

(Medic. Vereins-Zeitung Nr. 34, 24. August 1853.)

Cohen (in Hamburg): Ueber die (in d. deutschen Klinik Nr. 40 v. J. beschriebene)<sup>(\*)</sup>) durch Einspritzungen in den Uterus von Herrn Prof. *Kilian* bewirkte künstliche Frühgeburt.

Verf. tadelt zunächst die Art der Ausführung seiner Methode im obigen Falle, welche so heftige und bedenkliche Erscheinungen

\*) S. unsere Monatsschr. Bd. 2, Heft 4, S. 314 und Bd. 3, Heft 2, S. 149. in dem Befinden der Frau hervorrief. Er meint, dass die eingespritzte Flüssigkeit swischen der Uterinfläche und der Decidua eingedrungen sein müsse, während sie zwischen Decidua und Chorion einzuspritzen sei. Nur die unmittelbare Berührung der Uterinwand mit einem fremden Körper mache drohende Zufälle, wie Verf, zum öfteren bei Einspritzungen in nicht schwangere Gebärmütter beobachtet hat. Um mit Schonung der Frau einen sichern und glücklichen Erfolg zu ersielen, ist es deshalb nöthig, ein feines Röhrchen sanft bis durch den inneren Muttermund su schieben, nicht aber darf man sich begnügen, blos in den Cervicaltbeil einzuspritzen. --- Schlieselich verwahrt sich Verf. gegen die Angabe des Dr. Sack, dass Schweighduser seine Methode anticipirt habe. Aus der betreffenden, hier citirten Stelle Schweigksuser's geht nirgends hervor, dass derselbe Einspritzungen in die Gebärmutterhöhle machen wollte, sondern er redet nur von Einspritzungen, unter welchen nach dem Zusammenhange wohl nur die gewöhnlichen in die Scheide bis an den Muttermund su verstehen sind.

(Deutsche Klinik Nr. 6, 11. Febr. 1854.)

## XVII.

#### Literatur.

Brunnenärstliche Mittheilungen über die Thermen su Ems von Hofrath Dr. L. Spengler, Bad Ems 1854, 8. 77. S. 2. Aufl.

In der obigen kleinen Schrift, welche nach kurzer Zeit in der 2ten Auflage erschien, giebt uns der Verf. Seite 50 und folg. interessante und practisch wichtige Aufschlüsse über die natürliche warme Uterus-Douche su Ems. Die weltberühmte sogenannte Bubeuquelle ist ein natürlicher Springbrunnen, der in einem etwa 5 Linien dicken Strahle mit einer Temperatur von 32 ° C., = 25, 6 ° R., etwa 3 Fuss hoch mittels einer Metallröhre emporsprudelt. Die chemische Zusammensetsung ist den übrigen Emser Quellen gans ähnlich. Diese Quelle, welche sich oft bei Leiden der weiblichen Geschlechtstheile erfolgreich geseigt hatte, kam später durch Aberglauben, Speculation und Charlatanerie in Misskredit, welchen sie nicht verdient, wenn man nur gewissenhaft die für sie passenden Krankheitsfälle auswählt. Die neueste Zeit hat öberhaupt die warme Uterus-Doache sehr in Aufnahme gebracht, so dass nicht zu zweifeln ist, dass auch der Bubenquelle ihr Recht wieder gegeben werde. Die Wirkung der Emser Douche ist im Allgemeinen folgende: sie bewirkt meist eine beträchtliche Congestion nach sämmtlichen Beckenorganen, eine Erweichung nad Schwellung der zunächst betroffenen Theile, die verschieden ist, je uach dem Grad, je reizbarer oder je torpider die Individuen waren. Während bei der ersten oft sofort nach Anwendung einer kräftigen warmen Douche die Secretion sich vermehrt, ja oft in kurzer Zeit blutige Ausscheidung bewirkt, bleibt es in den letzten Fällen anfangs nur bei einem Gefühl von Unbehaglichkeit und Völle in der Beckengegend. So aufregend nun bei pathologisch verminderter Congestion gegen den Uterus die Emser warme Douohe wirkt, so reizmildernd zeigt sie sich bei neuralgischen Zuständen, in vielen Fällen von Dysmenorrhöe und Uterinalkoliken. Danach stelkt Verfasser mit Uebergehung der wehenerregenden Eigenschaft die Douche für folgende Fälle angezeigt auf: 1) Bei torpider Amenorrhöe, die nicht durch Hydrämie, durch Zurückbleiben der Korperentwickelung, der Genitalienenwickelung, durch frühzeitige Involution, durch schwächende pathologische Processe bedingt ist, denn hier passt das Emser Wasser nicht; ist aber die Amenorrhöe durch Plethora bedingt, ist sie Folge von mangelhafter Innervation des Sexualsystems, von Uebersättigung im Geschlechtsgenuss, von Puerperien, so ist eine günstige Wirkung vorherzusagen, ebenso wenn sie die Begleiterin von Uteruskrankheiten mit Induration des Gewebes ist, 2) bei Menstruatio vicaria, wo durch die Douche höchst wohlthätig der Blutstrom wieder zum Uterus zurückgeleitet wird, 3) bei chronischer Anschoppung und Induration des Uterus, in Verbindung mit Amenorrhöe, Dysmenorrhöe oder sparsamer Menstruation. Die Erweichung des verhärteten Gewebes wird durch kein anderes Mittel in gleichem Maasse und in derselben Zeit bewirkt, '4) bei neuralgischer Dysmenorrhöe und Uterinalkoliken; in diesen Fällen natürlich nur mit gehöriger gleichzeitiger Berücksichtigung der materiellen Grundleiden, 5) bei Blennorrhöen des Uterus, wohei vor Allem der anatomische Zustand des Uterus, dann auch das Allgemeinbefinden der Kranken in Betracht su ziehen ist. -- Da nicht für alle Fälle derselbe Wärmegrad passt, so sind auf des Verfassers Vorschlag noch swei aufsteigende Douchen mit natürlichem Emser Thermalwasser angelegt, wo man die Höhe des Falls, die Art des Strahls, die Stärke und Wärme nach Belieben reguliren kann. Die eine befindet sich im oberen Flügel des alten Kurhauses, die andere im neuen Badehause. -- Verfasser verdient für diese Mittheilungen über die Emser Dauche den grössten Daak der Frauenäriste, welchen die bestimmte und klare Aufstellung der für Ems geeigneten Uterinleiden eine sichere Anleitung giebt, nur passende Kranke nach der Bubenquelle sur Heilung und Hebung der Sterilität zu entsenden. Dieselben Vorsüge der strengen Sonderung und gewissenhaften Exclusion einzelner Krankheiten gewährt die Schrift auch in den anderen Abschnitten über das Lungenemphysem, die Hautkrankheiten und Leberkrankheiten. Es ist das ein nicht genug su rühmender Vorzug vor anderen Brunnenschriften, aus denen in der Regel der in der Ferne wohneode practische Arst in Besug auf die allein für die Thermen geeigneten Krankheitafälle sich kaum su orientiren vermag.

Credé.

Die geburtshülfliche Poliklinik zu Leipzig in ihrem. Vertheidigungskampfe gegen Hofrath Professor Dr. Jörg von Dr. Heinr. Friedr. Germann, Docent an der Universität und Director der geburtshülflichen Poliklinik. Nebst 2 Tafeln. Leipzig 1853. 4. 8. 116.

Es ist stets betrübend, wenn wissenschaftliche Kräfte sich geswungen sehen, Zeit und Arbeit auf Gegenstände su verwenden, welche füglich ausser dem Bereiche wissenschaftlicher Thätigkeitliegen sollten. Die wiederholten öffentlichen Angriffe des Herrn Professors Jörg gegen den Privatdocenten Dr. Germann, wegen der Gründung und Verwaltung einer geburtshülflichen Poliklinik in Leinsig, haben den letsteren zu der obigen Vertheidigungsschrift veranlasst. Freilich ist es ihm nicht zu verdenken, wenn er sich bemüht, den Fachgenossen und dem Publikum gegenüber, welches leider durch die keineswegs su billigenden Schritte des Herrn Jörg an dem Streite lebhaften Antheil zu nehmen veranlasst worden ist, sich zu rechtfertigen. Wie es aber so leicht bei derartigen Rechtfertigungen zu geschehen pflegt, wenn der Vertheidiger zu denselben Waffen greift, mit denen er herausgefordert wurde, so sind auch hier sehr heftige persönliche Angriffe gegen Herrn Professor Jörg mit eingeflossen, die schon den Fachgenössen unangenehm berühren, um wie viel mehr den Laien, der einen ganz anderen Maassetab an solche Controversen legt und mit grosser Schadenfreude die Gelegenheit ergreift, die Schattenseiten der ärztlichen Kunst selbst an den Coryphäen der Wissenschaft bespötteln zu Dass Herr Professor Jörg von Anfang an gegen Herrn können. Dr. Germann im Unrechte war und namentlich auch unrechte Mittel sum Angriffe wählte, musste jedem unbefangenen Leser der Jörg'schen Schrift: "Die Zwangsmittel gegen die Natur zur angeblichen Erleichterung und Abkürzung der Geburt nach Mittheilungen aus

der geburtshühlichen Praxis und Poliklinik des Dr. F. Germann in Leipzig - und aus Wien, gewürdigt von Hofrath Dr. Jörg, Leipzig 1852", klar sein, wie dies auch in mehreren Zeitschriften besprochen und gerügt worden ist. Es wird jetzt Niemand mehr daran zweifeln, welcher die Antikritik des Herrn Germann gelesen hat. Unserer Ueberzeugung nach würde jedoch letzterer die Berechtigung seiner Stellung und seine wissenschaftlichen Fähigkeiten noch viel schlagender bewiesen haben, wenn er ganz rein bei der Sache geblieben wäre und weniger gegen die Person des Herrn Jörg zu Felde gezogen wäre. Der Antikritik, welche sich hauptsächlich um mehrere Fälle von künstlicher Frühgeburt drebt, die dem Herrn Jörg zum hauptsächlichsten Angriffspunkte dienten, hat Verfasser eine ausführliche Geschichte über das Entstehen der Poliklinik, sowie eine genaue Darstellung der Einrichtung und des gesammten Geschäftsganges folgen lassen. Wir finden darin nur höchst zwekmässige Auordnungen, die zum Theil mit grossen Opfern Seitens des Begründers aufrecht erhalten werden, meist aber bereits an geburtshülflichen Polikliniken anderer Universitäten (Berlin, München, Halle u. a.) als bewährt erprobt worden sind. Die Wirksamkeit und Ausdehnung der Leinziger Poliklinik hat von Jahr zu Jahr erfreuliche Fortschritte gemacht, das ergiebt die aufgeführte Statistik. Der beste Beweis, wie wenig Einfluss persönliche und selbst gut berechnete Anfeindungen auf das Gedeihen. einer guten zweckmässigen Sache auszuüben im Stande sind. --Im letsten Abschnitt der Schrift ist die Beschreibung einiger neueren, innerhalb der geburtshülflichen Poliklinik zu Leipzig gebräuchlichen Instrumente aufgeführt, nebst 2 Tafeln Abbildungen. Neu davon ist nur ein sehr complizirter Beckenmessungs-Apparat nach des Verfassers Erfindung, über dessen Brauchbarkeit nach der Abbildung allein ein Urtheil nicht möglich ist.

Möge Herr Dr. Germann sich durch Nichts beirren lassen, auf seinem rühmlich eingeschlagenen Wege mit besten Kräften und auch mit Lust und Liebe weiter zu arbeiten; die Anerkennung der Fachgenossen wird ihm nicht fehlen; möge er aber auch in Zukunft, falls er sich wieder einmal zu einer Vertheidigung gedrungen fühlen sollte, erfreulichere Mittel dazu wählen. Crsdé.

Berichtigung.

Bd. 2, Heft 6, S. 442 Z. 1 v. u. statt "links" lies "rechts". Ebendas. S. 447 Z. 15 v. o. streiche "in".

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

# XVIII.

#### Geburtshülfliche Mittheilungen

#### vom

Medicinalrath Dr. Framz Londwig Feist In Maine.

III. Ueber die Wirkung des Mutterkorns auf das Uterinsystem.

Nachdem Thalius und Lonicerus im 16. Jahrhundert das Mutterkorn genauer beschrieben hatten, benutzten es als Arzneimittel, obgleich schon früher als Volksmittel bekannt, im 17. Jahrhundert mehrere Aerzte, z. B. Bauhin, Claudius Deodatus, Veit Riedlin, Joh. Stocker, Wittich u. A. Höchst wahrscheinlich war aber R. J. Camerarius der Erste in Deutschland (1683), der die wehenbefördernde Wirkung des Secale cornutum insbesondere hervorhob. Im Laufe des gegenwärtigen Jahrhunderts war es Stearns in Nordamerica (New York med. repos. 1807. Vol. XI.) und später Olivier Prescot (Med. and phys. Journ. 1814. Vol. XXXII.), welche von Neuem das Mittel in dieser Beziehung empfahlen, und seit dieser Zeit bedienten sich die Aerzte fast aller Nationen, zumal die Geburtshelfer, dieses Arzneimittels. Allein die Ansichten über seine Wirksamkeit gehen weit Honatsschr. f. Geburtsk, 1854, Bd. III, Bft. 4. 16

#### 242 XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

auseinander. Während Einige als unbedingte Lobredner des Mutterkorns auftreten, wollen Andere gar keine, An-, dere nachtheilige Wirkungen von demselben beobachtet haben. Die Verschiedenheit der Beobachtungen beruht wohl darauf, dass man in der Auswahl des Mittels nicht immer die nöthige Vorsicht angewendet oder dass man die Individualität der Personen nicht immer genau berücksichtigt hat.

Desgranges (Journ. général de Médécine 1829. Octobr. p. 37) hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass man das zum ärztlichen Gebrauch zu verwendende Mutterkorn vor der Ernte von den Aehren des Roggens einsammeln müsse, indem dasjenige, welches von den abgedroschenen Aehren abfalle, eine viel geringere Wirksamkeit zeige. Um diese Angabe ausser Zweifel zu setzen, liess Böttcher, Apotheker in Meuselwitz, im Sommer 1829 eine Quantität Mutterkorn drei Wochen vor dem Abschneiden des Roggens von den Aehren ablesen, dann aber auch eine Quantität von solchem Mutterkorn, das erst nach dem Dreschen des Getreides ausgefallen war, einsammeln, und sandte beide Sorten an das Königl. preuss. Ministerium des Unterrichts und der Medicinalangelegenheiten, auf dessen Anordnung der Geh. Medicinalrath Dr. Kluge (medic. Zeitung, herausgegeb. von dem Verein für Heilk. in Preussen, 1832, Nr. 3) in der Charité zu Berlin Versuche damit anstellte. Diese thaten auf das Bestimmteste dar, dass das vor der Ernte gesammelte vollkommen kräftig war, jenes nach der Ernte gewonnene dagegen aller arzneilichen Wirkung ermangelte. Auch Busch macht darauf aufmerksam (Neue Zeitschr. für Geburtskunde, 1834, Bd. I, S. 113 ff.), dass vorzugsweise das unreife Mutterkorn, das noch gar nicht oder nur wenig gebogen, nur zur Hälfte seiner Grösse ausgewachsen und dessen Geruch und Geschmack noch wenig widerlich ist, wirksam sei und seine Wirksamkeit schnell und kräftig entwickele.

Allein nicht blos die Zeit des Einsammelns, sondern auch die Art der Aufbewahrung des Mittels ist von Einfluss und Belang, indem es vor Feuchtigkeit und Insecten geschützt werden muss. Da es übrigens durch seine eigene Feuchtigkeit einer Zersetzung unterworfen ist, so darf es

#### XVIII. Dr. Foist, geburtshühliche Mitheilungen. 243;

nicht ganz luftdicht verschlossen aufbewahrt werden. Nach F. L. Winckler (Ueber die Entstehung und die chemische Constitution des Mutterkorns, im Jahrbuch der pract. Pharmacie. Landau 1853. Bd. XXVI, H. 3, S. 129-148) solldas Mutterkorn bei einer + 45° R. nicht übersteigenden Wärme ausgetrocknet und völlig trocken in luftdicht zu verschliessenden Gläsern aufbewahrt werden. Zum Gebrauch ist dasselbe in nicht zu grossen Quantitäten, dem Bedarf entsprechend, sehr fein zu pulvern, das Pulver aber, nicht in einem luftdicht verschlossenen, sondern locker verstopften oder mit einer einfachen Papiertextur überbundenen Glase an einem völlig trocknen Orte zu verwahren, da dasselbe bei luftdichtem Verschluss leicht verdirht. Ein auf diese Weise dargestelltes Mutterkornpulver erscheint fast geruchlos, liphtgraublau von Farbe, entwickelt aber den specifischen Geruch des Mutterkorns sogleich beim Befeuchten mit Wasser.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass altes Mutterkorn an Wirksamkeit verliert, weshalb der Vorrath, wo möglich, jährlich erneuert werden soll.

Ueber die Entstehung und Entwickelung des Mutterkorns sind viele Ansichten aufgestellt worden. Dieselben interessiren den Botaniker, Pharmakologen und Oeconomen mehr als den Geburtshelfer. Man findet sie in der trefflichen Schrift: "Deutschlands kryptogamische Giftgewächse in Abbildungen und Beschreibungen von Dr. P. Phöbus, Berlin 1888, 4. S. 97-107" grossentheils zusammengestellt.

Die genauesten Analysen des Secale cornutum erhielten wir von *R. Battley* (vergl. Auszug aus The London med. Gaz. in *Behrend's* Journalistik 1831, Septbr., S. 338), ven *H. L. Wiggers* (Inquisitio in secale cornutum, respectu inprimis habito ad ejus ortum, naturam et partes constituentes, nominatim eas, quibus vires medicinales adscribendae sunt. Commentatio praemio regio ornata. Goetting, 1831. 4.), von *A. Chevallier* (De l'Ergot de seigle, de sa nature et de sa composition. *Miquel*, Bülletin général de Thérapeutique. Vol. IV. Livrais. 4. p. 121 et suiv.), von *Buchner* sen. (dessen Repertor. Bd. XXIV. S. 117 f.), von

16 \*

### 244 XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

Legrip (Journ. de chim. méd. 1844, Jul. p. 373) und in der neuesten Zeit von F. L. Winckler (l. c.).

Battley's chemische Analyse ist unvollständig und die von Chevallier stimmt im Wesentlichen mit der von Wiggers überein. Nach diesem besteht das Mutterkorn aus einem weissen, fetten Oel, einem eigenthümlichen weissen, krystallisirbaren, sehr weichen Fettstoff, Cerin, Fungin, oder einem ihm nahestehenden Stoff, Ergotin (einem dem Chinaroth naheliegenden Stoff von eigenthümlich starkem Geruch, starkem, aromatischem, etwas scharfem und bitterlichem Geschmack), einer thierisch-vegetabilischen Materie (Osmazom), Mutterkornzucker (dem Pilzzucker nahestehend), stickstoffhaltigem, gummös-extractivem Stoff mit rothem Farbstoff verbunden, Eiweissstoff, saurem phosphorsaurem Kali, phosphorsaurem Kalk mit Spuren von Eisen, Kieselerde.

Nach Buchner zeigt das Mutterkorn in seinen verschiedenen Entwickelungsperioden und je nach der Zeit der Einsammlung und Aufbewahrung Abweichungen hinsichtlich seiner Bestandtheile und seiner Wirksamkeit, daher es zu den nicht immer zuverlässigen Arzneimitteln gerechnet werden kann. Dasselbe enthält nach ihm viel fettes Oel. welches sich in 3 oder 4 Bestandtheile zerlegen lässt, worunter sich auch das wirksame Hauptagens befindet, welches durch wasserhaltigen Alcohol, worin das fette Oel wenig löslich ist, ausgezogen werden kann. Das durch wiederholtes Schütteln mit Weingeist gereinigte Oel ist milde und wie es scheint von geringer arzneilicher Wirksamkeit. Das Ergotin des Dr. Wiggers scheint Buchner das wirksame Hauptagens des Mutterkorns in ziemlich reinem Zustande darzustellen, kann sich aber durch Vermittelung anderer Bestandtheile auch in dem wässerigen Aufgusse oder Absude, sowie im Oel aufgelöst befinden. Wiggers Ansicht, das Ergotin begründe nur die schädlichen Wirkungen, und das vegetabilische Osmazom die wohlthätigen, scheint ihm auf einem Fehlschluss zu beruhen. Ebenso sei Hooker's Meinung, das Mutterkornöl besitze nur giftige Eigenschaften und die heilsamen Kräfte des Mutterkorns seien blos in den wässerigen Auszügen zu suchen, irrig.

Legrip's Analyse lieferte: Dickflüssiges fettes Oel, Ami-

#### XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen. 245

din, Albumin, Inulin, Gummi, unkrystallisirbaren Zucker, braunes Harz, Fungin, thierisch-vegetabilische Materie, Osmaxom, fette Säure, Holzfaser, rothbraunen in Alcohol unlöslichen, durch Alkali violett und durch Säure rossfarbig werdenden Farbstoff, in Alcohol unauflöslichen, durch Ammoniak schön gelb werdenden und durch Säuren nicht afficirten Farbstoff, schwammsaures Kali, Chlornatrium, schwefelsauren Kelk, schwefelsaure Magnesia, basisch phosphorsauren Kalk, Eisenoxyd, Kupfer, Kieselerde, Wasser.

Nach Winckler sind die Bestandtheile des Mutterkorns: Secalin (eine stickstoffhaltige Substanz, identisch mit dem Propylamin [Trimethylamin nach Hoffmann] der Häringslacke und dem Chenopodium foetidum) in Verbindung mit Ergotin, ein rother eisenhaltiger Farbestoff mit einer noch näher zu ermittelnden Base, Eiweiss in im Wasser löslichen und coagulirtem Zustande, eine grosse Quantität fettes Oel, welches das im normalen Roggen entheltene Amylon zu ersetzen scheint, Pilzzucker, welcher die grosse Neigung des wässerigen Ausaugs des Mutterkorns zur Gährung bedingt, ameisensaure und phesphorsaure Salze.

Nach von Wiggers an Hühnern angestellten Versuchen scheint ihm das Ergotin die giftige Substanz des Mutterkorns zu sein, wogegen J. Bonjean in Chambéry (vergl. Journ. de Pharmacie 1842 und 1843 und dessen Traité théorét. et prat. de l'Ergot de Seigle, Paris 1852) nach gemachten Versuchen behauptet, das von ihm dargestellte [wohl unreine] fette Oel wirke narkotisch, wie auch das mit diesem Oel verunreinigte Ergotin. Ausser Acht darf nicht gelassen werden, dass Bonjean's Ergotin blos ein wässeriges Extract und von Wiggers Ergotin verschieden ist. Auch Wright will vom fetten Oel des Mutterkorns ähnliche Wirkung wie Bonjean beobachtet haben, während Legrip das von Ergotin freie Oel unwirksam fand.

Wiggers hält das vegetabilische Osmazom für den vorzugsweise heilkräftigen Bestandtheil, wogegen Winckler die specifische Wirkung des Mutterkorns nur in der Secalinverbindung oder dem Farbestoff oder in diesen beiden Verbindungen zusammen sucht, und Bonjean seinem Ergotin die besondere Wirksamkeit zuschreibt.

#### 246 AVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

1

Aus diesen Mittheilungan ersicht man, wie wonig Nutzen die chemischen Analysen des Mutterkorns bis jetzt dem practischen Arzte gebracht haben. Wenn Bongean sich schmeichelt, die Zweifel über die Wirksamkeit der verschiedenen Stoffe des Mutterkorns gehoben zu haben, so geht gerade aus dem Mitgetheilten hervor, dass er zu dieser Behauptung nur durch Vorliebe für seine eigene Meinung gekommen sein kann. — Nach den bisherigen Erfahrungen scheint kein einzelner bis jetzt bekannter Bestandtheil die volle Wirkung des Mutterkorns ersetzen zu können. Mit den Secalinverbindungen und dem Farbestoff nach Wisckler sind meines Wissens für sich allein oder in Verbindung mit einander noch keine Versuche angestellt worden.

Die Wirkung des Mutterkorns auf die motorischen Nerven und die Muskelthätigkeit des schwangern Uterus ist so vielfach beobachtet worden, dass nur ein Skeptiker sie für rein illusorisch erklären kann. Wenn *Hamilton* (Practic. observ. relating to midwifery- 1836. part. II. p. 84) wähnt, die einzige Wirkung des Mutterkorns sei die auf die Phantasie der Aerzte, so beruht diese Ansicht entweder auf einer geringen Zahl von Beobachtungen oder auf einer vorgefassten Meinung.

W. Diez (Versuche über die Wirkungen des Mutterkorns auf den thierischen Organismus und seine Entstehungsart. Nebst einer Zusammenstellung der bisherigen Ansichten, Erfahrungen und Versuche über die Natur und Wirkung dieser Substanz. Eine gekrönte Preisschrift. Tubingen 1832. 8.) erhielt von Versuchen an trächtigen Hunden das Ergebniss, dass das Secale cornutum Zusammenziehungen des schwangern Uterus errege, bei mässigen Gaben die Geburt ohne Schaden für die Hündin und die Jungen erfolge, durch eine stärkere Gabe von Mutterkorn in Substanz aber die Gebärmutter in einen entzündlichen Zustand versetzt, die Geburt gehemmt und der Tod des Mutterthieres und der Jungen herbeigeführt werde. Bei einigen trächtigen Kaninchen stellte sich ein ähnliches Resultat heraus, doch fügt Dies an, dass bei Kaninchen eine weit grössere Dose von Mutterkorn nothwendig sei, um eine Wirkung zu erhalten, als bei Hunden. Auch Schweine abortirten auf Verabreichung von Mutterkorn. Die von Dies bei seinen Versuchen vorgenommenen Sectionen einiger Hunde und Kaninchen zeigten ein schwarzes flüssiges Venenblut und zum Theil starke Congestion desselben nach den Harn- und Geschlechtsorganen, mitunter auch Extravasate in diesen Theilen; bei Vögelsectionen zeigten sich entständete Stellen in den ersten Wegen und in der Cloake, Congestion und zuweilen Extravasat in der Schädelhöhle. Nach den Versuchen von Dies wirkt das Mutterkorn stärker auf fleisch-, als auf pflanzenfressende Vögel.

Im Jahre 1326 habe ich an 3 trächtigen Katzen Versuche mit Matterkorn in Substanz angestellt. Die erste erhielt in einer Dose 2 Drachmen pulverisirtes Mutterkorn mit klein gehachten frischem Fleisch gemengt; sie abortirte nach 23 Stunden und frass die 4 geworfenen Jungen auf; die zweite bekam 13 Drachmen auf gleiche Weise gemengt und abortirte nach 35 Stunden; die dritte erhielt 4 Scrupel und nach 2 Stunden 2 Scrupel und abortirte 28 Stunden nach der ersten Dosis. Die beiden letzten warfen je 5 lebende Jungen, die ihr Leben aber nicht über 2 Stunden fristeten, indem sie noch sehr unreif waren.

Diese 2 Kalzen gaben klägliche Töne bald nach dem Verschlingen des Mutterkorns von sich, verloren auf 8 bis 12 Tage die Fresslust, magerten zusichtlich ab, bekamen einen schwankenden Gang, besonders die Hinterbeine, die ein starkes Zittern geigten, schienen den Dienst zu versasen allmälig erheiten die Thiere sich aber bei zunehmender Freeslust und schienen nach 3 bis 4 Wochen wieder geound. Binem trächtigen Hunde von mittlerer Grösse gab ich 1827 an einem Tage 1 Drachme, am folgenden Tage 2 Drachmen gepulvertes Mutterkorn', ebenfalls mit gehacktem Fleisch gemengt; eine dritte Dosis war ihm nicht beisubringen. Derselbe abortirte nicht, sondern trug vollständig aus und warf 5 lebende Junge. Die ersten 3 Tage nach Vorschlingen der ersten Portion war der Hund sehr unruhig, lief winselnd im Zimmer umher, geiferte beständig und nahm fast keine Nahrung zu sich bei grosser Trinklust; erholte sich aber dann und blieb gesund. --- Auch bei Kühen. Schafen und Hirschen sah man Vermehrung der

#### 248 XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen,

Uterincontractionen eintreten. Percy und Laurent beobachteten sogar diese Wirkung bei einer Kuh, welcher sie eine Mutterkornabkochung in eine Vene einspritzten, Youatt\_ welche 6 bis 7 Jahre lang häufig das Mutterkorn, um die Thätigkeit des Uterus bei Thieren, wo die Geburt langsem verlief, anzuregen, verordnete, behauptet, dass ihm bei nicht wiederkäuenden Thieren kein einziger Fall vorgekommon sei, wo das angewandte Mittel ohne Erfolg geblieben, selbst wenn die Gebärmutter durch keine lange, starke Anstrengung sehr erschöpft war, auch bei Wiederkäuern leistete es häufig gute Dienste (vergl. Jonath. Pereira's Handbuch der Heilmittellehre. Nach dem Standpunkte der deutschen Medicin bearbeitet von Rudolph Buchheim. 1848. Bd. II. S. 39 ff.). - Sam. Wright (Edinburgh med. and surg. Journ. 1840. Bd. 35. Nr. 142) theilt dagegen 15 an Thieren mit Secale cornutum gemachte Versuche mit, wo nie Abertus bewirkt worden ist; Aehnliches berichten Chatard, Warner, Villeneuve u. A.

Allein es fehlt auch nicht an Beispielen, wo bei schwangern Frauen auf Verabreichung von Mutterkorn Abortus und Frühgeburten erfolgt sind. Interessante Fälle der Art erzählen Waller (Lancet, 1826. Vol. X. p. 54), Holmes (Lancet. 1827-28. Vol. II. p. 794), Ramsbotham (London med. Gaz. XIV. p. 85 und 434 und XXIV. p. 420), James Paterson (London med. Gaz. Vol. XXIV. p. 882), Müller in Stettin (Rust's Magazin. Bd XL. H. 3. S. 456 f.) u. A. - Paterson hat bei derselben Frau wegen Beckenenge durch Mutterkorn die künstliche Frühgeburt zwei Mal eingeleitet. Zum ersten Male erfolgte die Geburt 393 Stunden nach der ersten Dosis des Mutterkorns, von welchem im Ganzen 6 Drachmen gereicht wurden. Das Kind kam lebend zur Welt. In der nächsten Schwangerschaft ging die Geburt am 6ten Tage nach der ersten Gabe vor sich. Nach dem Sprengen der Blase trat ein Fuss des sich bewegenden Kindes durch den Muttermund, der andere wurde herabgezogen, das Kind konnte aber wegen Umschlingung der Nabelschnur und wegen der Beckenenge nicht rasch zu Tage gefördert werden und kam todt zur Welt: Es waren 84 Drachmen [!?] Mutterkorn innerhalb 6 Tagen gegeben

#### XVHL Dr. Roist, geburtshülliche Mitheilungen. 249

worden !--- Nach F. H. Ramsbotham kamen in 26 Fällen: in weichen durch Mutterkorn die Frühgeburt bewerkstelligt wurde, 12 Kinder lebend zur Welt. Davon war 1 wegen Vorlage der Schulter gewendet worden und starb sehr hald; 3 starben in der ersten Stunde ohne Convulsionen, 4 starben in den ersten 86 Stunden unter Convulsionen und nur 4 blieben längere Zeit am Lehen. Ramsbotham zweifelt darnach nicht, dass durch Mutterkorn die Frühgeburt angeregt werden könne, hält aber dieses Verfahren dem Kinde für nachtheilig; indem in 36 Fällen, wo durch Ansteohen der Bihäuse die Frühgeburt bewirkt worden sei, 21 Kinder am Leben geblieben seien. - J. Hodgson (Lancet. 1841. Febr. p. 758 und London med. Gaz. Vol. XXVII. p. 792) theilt ebenfalls einen Fall mit, wo er wegen fehlerhaften Beckens im Sten Schwangerschaftsmonate eine künstliche Frühgeburt durch Verabreichung von { Scrupel Mutterkorn, alle 4 Stunden 1 Dosis, einleitete. Als die 7 Stunden später eingetretenen Wehen nachliessen, wurde alle 10 Minuten 1 Sorupel Mutterkorn gegeben. Nach der dritten Gaba wurden die Wehen kräftig, und es kam ein lebendes Kind zur Welt. W. Vellacat (Lancet. 1842, Vol. II. p. 366) gab einer 6 Monate schwangern Frau, welche zwei Mal in vierwöchentlicher Pause an starker Mutterblutung litt. deren Uterus weit in die Beckenhöhle herabgedrängt, deren Muttermund nachgiebig war, weshalb V. eine Forlage des Mutterkuchens vermuthete, das Mutterkorn und zwar in der Form der Tinetur zu 3 j p. d. Nach 4 Gaben erfolgten Wehen, und es wurde ein sechemonatlicher Fötus, welcher 3 Stunden lebte, geboren. Die Placenta lag nicht vor. es seigte sich aber an devselben ein Blutcoagulum, von welcher Stelle die Blutung ausgegängen zu sein schien.

Nach diesen und andern Versuchen und Beobachtungen kann man kaum an der Wirkung des Mutterkorns auf den Uterus zweifeln. Dieselben beweisen, dass man durch innerliche Versbreichung von Mutterkorn Contractionen der Gebärinutter erwecken, hervorrufen kann. Allerdings haben nicht alle Versuche dasselbe Resultat geliefert, wie die von Wright, Hamilton, Chatard, Warner,

#### 250 XVHI. Dr. Feist, geburtshulfliche Mitheilungen.

**Villeneuve** u. A. darthun. Allein einerseits ist nicht erwiesen, dass bei diesen Versuchen ein gutes, unverdorbenes Matterkorn angewendet worden ist, anderseits wissen wir; dass die Arzneimittel nicht auf alle Individualitäten gleich kräftig einwirken. Sollen wir die China, das Chinin und das Chinoidin nicht als wechselfiebervertreibende Mittel ansehen, weil mitunter einzelne Fälle von Wethselfiebern damit nicht geheilt werden können?

Diese wehenerweckende Eigenschaft des Mutterkorns ist aber für den Geburtshelfer nicht so wichtig, wie die wehenbefördernde und wehenstärkende, da diesem zur Einleitung eines künstlichen Abortus oder einer künstlichen Frühgeburt zweckentsprechendere Mittel zu Gebote stehen.

Pittschaft (Hufeland's Jourgal der pract. Heilk. 1816. Novemb.) erzählt, von einigen bejehrten Bäuerinnen habe er erfahren, dass man auf dem Lande bei fehlenden Weben das Mutterkorn zu 2-8 Messerspitzen voll alle Viertelstunden gegeben, und er fugt an, dass vor bereits länger als 20 Jahren in der ehemaligen Churpfalz ein Ediot erlassen worden sei, worin den Hebanmen der Gebrauch des Mutterkorns, wahrscheinlich wegen damit getriebenen Unfugs, verboten worden sei. Nach Desgranges (Nouveau Jdurn. de Nédecin, Chir. Pharmac. Paris 1818, Jan. Tom. I.) wurde das Mutterkorn zur Verstärkung der Wehen in älteren Zeiten schon von Hebammen zu Lyon angewendet. Seit Sieners (1807) und Prescot's (1814) Empfehlung ist es aber enst in den Arzneischatz aufgenommen worden, und spit dieser Zeit besitzen wir zahlreiche Beobachtungen über dessen Wirksamkeit auf die Gebärmutter. Die hisher erschiepenen einzelnen Aufsätze und Abhandlungen: sufzuzählen wärde den Raum eines Aufsatzes weit überschreiten. Wichtige Beobachtungen über dieses Mittel besitzen wir von Schneider in Fulda, Shalerose, Atles, Bigeschi, Lorinser, Lobstein, Chevreul, Desgranges, Bonfels, Dowen, Coffin, Bigelow, Stimson, Church, Joel, Ostrum, Cliet, Bamsbetham, James, Chapman, Pereira, Stevens, Löttenhard, Brandau, Köhler, Glasor, Guerard jun., Busch, Lorenz, o. Rilgen,

#### XVIII. Dr. Fliet, geburtshuiltiche Mitheilungen. 251

d'Ousrepont, Carus, Hüter, Tott, Hathriner, Coderthjöld, Ulsamer, E. Voigtel, Häse, Walter, Roux, Brunatti, Benne, Weil, Firey, Guillemot, Clay, Bousquet, Fehr, Padiera, Mey, Bottex, Rluge, Brandetius, d'Olivier d'Angers und Villeneuve, Wilde, d'Alquen, Luroth, Herees de Chégoin; Robert, Brinkle, Staud, Hall, Herrmann, Balardini, Lecati, Spajrani, Lorinser, Baudelocque jun., Godquin, Goupil, Delmas, Burt, Young, Headland, Rüsch, Braum, Olserey, Töphen, Schupmann, Basedow, Cusack, Ott, Hosack, Batt ley, Armstrong und Clutterbruck, Bibby, Hooker, Davies, Beatty, Payon, Hölden, Nögele, Hecker, Rosshirt, Krause; Credé und Anderen, ausser den schon früher Angeführten.

Die verschiedenen Schriftsteller stimmen in dem Ergebnisse ihrer Beobachtungen nicht immer mit einander überein. Stearns (l. c.) empfahl das Matterkorn Anfangs unbedingt als wehenbeförderndes Mittel, und stellte folgende Indicationen auf: 1) wenn bei Erschlaffung der Genitalien die Wehen mangeln und Erschöpfung der Mutter, Blutungen oder andere gefährliche Erscheinungen bei längerer Verzögerung der Geburt zu befürchten sind; 2) wenn die Wehen auf den Muskelapparat des ganzen Körpers sich übertragen und Puerperalconvulsionen hervorrufen, in diesem Falle aber erst nach vorhergegangener Venäseotion; 3) bei nicht zu verhütendem Abortus, um die übermässige Blutung durch Verstärkung der Wehen zu stillen; 4) bei Gebärenden mit Neigang zu Metrorrhagien, zu einigen Gran prophylaktisch karz vor der Geburt; 5) bei Nachgeburtsverzögerungen wegen Wehenmangel, und 6) wenn nach Ausschluss der Nachgeburt wegen Erschlaffung des Uterus profuse Blatung eintritt." So sehr er von der gunstigen Wirkung des Mittels eingenommen war, so lehrte ihn doch später (The Philadelphia Joarn. of the med. and physic. Scienc: 1822. Novbr. Vol. V. Nr. 1) die Erfahrung, dass das Mutterkorn, am unrechten Orte gebraucht, auch nachtheitige Wirkung haben könne, weshalb er dessen Anwendung in folgenden Fällen widerrich: 1) we die Natur die Gebart aliem vollenden könne, 2) wo noch ausreichende Wehen ingegen sind; 3y beim Beginn der Geburt, 4) vor vollstän-۰. . . . . . . . . .

#### 252 XVHL Dr. Foist, geburtshulfliche Mittheilungen:

diger Eröffnung des Muttermundes, 5) bei fehlerhaften Kindeslagen. Allee (The american Medical Recorder of original and intelligence in Med. and Surg. 1821. Vol. IV.) lobt dessen günstige Wirkung auf die Gebärmutter bei Wehensobwäche, findet es aber nachtheilig bei derbem, angeschwollenem und schmerzhaftem Muttermund. Aehaliche Beobachtungen machte Bigeschi (Annali universali de medicina compilati del Dr. Omodei. 1823. Vol. XXVI). Church hält (nach Froriep's Notiz. Bd. IX. Nr. 7) die Wirkung des Mutterkorns auf den Uterus für so sicher, wie die brechenerregende Kraft des Brechweinsteins und der Ipecacuanha, und Köhler (Rust's Magaz. Bd. 25. H. 1. S. 104) ist der Meinung, das Mutterkorn wirke so sicher auf die Gebärmutter, wie die Belladonna auf die Iris. - Robert (Rust's Magaz. Bd. 25. H. 1. S. 1 ff. und H. 2. S. 199 ff.) sagt: Die hauptsächlichste und durch viele Beobachtungen bestätigte Wirkung des Mittels ist eine Gehurtswehen treibende (odynagoga, dolores partus concitans); diese besitzt es in solchem Grade, dass man beinahe niemals an dem erwünschten und gehörigen Erfolge zweifeln darf. Das Mutterkorn wirkt, fügt er bei, wegen seiner eigenthümlichen Verbindung und Verwandschaft zum Fruchthalter so, dass von den Nervengeflechten des Magens und dem Sonnengeflecht und den übrigen Nervenverbindungen des Unterleibes die Wirkung zum Uterus übergeht, hier die irritablen Theile, also die Fibern jenes zum Zusammenziehen und Ausdehnen mit bestimmten Doppelmuskeln reizt, Zusammenziehungen und Wehen hervorbringt, und Wehen, die nicht gehörig stattfinden oder umherschweisen, richtet, verbessert, zusammenhält. Diese Wirkungen seien zum Theil denen der Ipecacuanha und des Tartarus emeticus, zum Theil denen des Opium und der Aqua Laurocerasi ähnlich; doch wie es zugehe, dass das Mutterkorn solche Wirkung äussere, sei unbekannt, und alles darüber Gesegte Hypothese. - Busch (l. c.) fand das Mutterkorn vorzugsweise wirksam bei Wehenschwäche. Wenn in der dritten oder vierten Geburtsperiode die Wehen an Kraft nachlassen oder gänzlich aufhören, und sich, ausser der zu dieser Zeit gewöhnlichen mässigen Blutwallung, keine besondere Schmerzhaftigkeit oder Aufregung in der wehenfreien Zeit zeigt, wenn die Kreissende nicht von besonders sarter und reizbarer Körperentwickelung ist, und wenn der Uterus bei der äussern Untersuchung weich oder nur sehr missig gespannt und schmerzlos, bei der innern Untersuchung aber der Muttermund weich, schmerzlos vollkommen geöffnet und die Geburtswege feucht gefunden werden, dann ist die Wirkung des Mutterkorns ziemlich entscheidend. Zieht man das Mutterkorn in Gebrauch, wenn die Bröffnung und Erweiterung des Muttermundes stunden-; ja tagelang zögert, so wird man durch dasselbe nicht die Geburt fördern, sondern vielmehr die langsame, träge, aber doch regelmässige und durch gar keine Anzeige Beschleunigung verlangende Thätigkeit der Geburt stören; die Wehen werden krampfhaft werden, und die Geburt, statt befördert zu werden, wird nar aufgehalten. In der fünften Geburtsperiode kann das Mutterkorn bei Trägheit der Gebärmutterthätigkeit auch noch in Anwendung gebracht werden. Auch selbst nach Entfernung der Nachgeburt können passive Mutterblutflüsse den Gebrauch des Mutterkorns nothwendig machen. - Nach Hüter (die dynamischen Geburtsstörungen. 1880. Bd. I. S. 174 f.) darf das Mutterkorn bei schlaffer Faser der Gebärenden nur da in Anwendung kommen, wo die Geburt des Kindes aus wahrer Adynamie der Gebärmutter nicht vollendet werden kann. Weder ein mechanisches Hinderniss von Seiten des Beckens oder des Kindes, noch eine fehlerhafte Lage des letztern, noch eine besondere Affection der Gebärmutter darf die Austreibung des Kindes verzögern, wenn das Mutterkorn mit Nutzen gegeben werden soll. Auch darf es nur dann gereicht werden, wenn die Geburtsthätigkeit schon eine Zeit lang gedauert hat, und die Wehen nach der Eröffnung des Muttermundes seltener, sehwach werden oder auch gänzlich verschwinden: daher findet es besonders seine Anwendung in der zweiten und dritten Geburtsperiode. Bin unangenehmer Umstand ist der, dass manche Individuen eine Idiosynkrasie gegen dieses Mittel haben, welches sie immer wieder wegbrechen, man mag es in dieser oder jener Form, in grosser oder geringer Gabe anwenden. -- Töp-

#### 254 XVIII. Dr. Meiet, geburtshülliche Mithellungen.

hen (p. Siebold's Journ, 1886. Bd, XVI. St. 1. S. 21) fand bei Wehenschwäche das Mutterkorn stets wirksam. Die zuweilen beobachtete Unwirksamkeit schreibt er folgenden Ursachen zu; 1) dass das angewendete Mutterkorn schlecht gewesen, 2) dass man dasselbe in zu kleiner Dosis gersicht. 8) dass das Individuum sich nicht für die Anwendung geeignet habe. Als Contraindicationen erwähnt er unter andern: a) zu enges Becken, b) zu geringe Erweiterung des Muttermundes, o) zu starker Blutandrang nach dem Kopfe der Kreissenden. - Kathriner (Med. Annalen 1841. Bd. VII. H. 3.) fand die wehentreibende Wirkung des Mutterkorns vielfach bestätigt, ohne je eine schädliche Nachwirkung für Mutter und Kind beobachtet zu haben, -- Cedershjöld (nach Runt's und Casper's Report. Bd. XXL S. 267) beobachtete in der Gebäranstalt zu Stockholm, dass auf Verabreichung eines Scrupels Mutterkorn p. d. bei sich verzögernden Geburten stets nach einer halben Stunde so starke Contrac, tionen der Gebärmutter entstanden, dass keine eigentliche Unterbrechung der Wehe statt hatte, wobei in den ersten 5 Versuchen die Kinder todt zur Welt kamen. Um nun zu erforschen, ob der Tod der Kinder etwa die Folge der allzuheftigen und ununterbrochenen Contraction des Uterus wäre, gab er später nur 15 Gr. p. d. Hierdurch wurden in den 7 derauf folgenden Fällen immer sehr starke Wehen, aber mit hinreichenden Unterbrechungen erregt und alle Kinder lebend geboren. Das aus Russland hezogene Mutterkorn fand er unwirksam. Auffallend ist, dass Hardy auch das schottische und irländische Mutterkorn ohne allen Erfolg angewendet hat, und dass unter 48 Dubliner Aerzten nur 3 von in Schottland und Irland gesammeltem Secele cornutum Wirkung gesehen haben. --- Godquin (Observations pratig. sur l'emploi du seigle ergoté, pour combattre l'inertie uterine. Paris 1833. 4.) weist die wehenbefördarade Eigenschaft des Mutterkorns auf das Bestimmteste nach. --- Gospil's Beobachtungen (Observations sur l'administration du seigle ergoté contre l'inertie de la matrice dans l'accouchement, Bullétin général de Thérapeutique. Vol. IV. Livreis. 4. p. 110 et suiv.) bestätigen nicht blos die Wirksamkeit des Mutterkorns gegen Unthätigkeit der

Gebäumutter im Gebäracte, sondern thun auch dar, dass men durch dasselbe die Geburtschätigkeit hervorrufen kann. - Reyle behauptet, dass es hei 1176 Fällen, in denen es engewondet worden, in 1051 volkommen Erfolg, in 14 missige Wirkung zeigte und in 11 Fällen ohne allen Erfolg blieb. --- In England and Nordamerika ist der Gebrauch des Mutterkorns sehr verbreitet. Als in einer Versammlung der madioin. Gesellschaft in London 1832 Dr. Bury das Gespräch auf des Mutterkorn brachte, hob Headland dessen webanbefördernde Eigenschaft insbesondere bervor, und Heeper erklärte, er trage stats, sobald er zu einer Kreise senden gerufen werde, die Tinctur, secal, comut, bei sich. weven er in der Regel 2 Drachmen, und, wenn nöthig. mehr reighe. .... Beatty (Dublin, Journ. of med. Science, 1844. Mai, n. 201 ff, und Dublin. y waterly Journ. of med. Soionee. IV. 2. 1846. Mai. p. 322 ff., und Neue Zeitschn für Gebowtek. 1845. Bd. XVII, S, 123 ff. und Bd. XXI. S. 255 ff.) macht, besonders auf die grosse Wirksamkeit des Mutter, korns bei Metrorrhegien nach der Enthindung und bei schmerzhaften Nachwehen aufmerksam, empfiehlt aber eine sahr umsichtige Anwendung, denn während es in, dem einen Belle die Geburt eines lebenden Kindes bewirke, werde es in einem andern das Leben des Kindes vor beendigter Geburtsarbeit zerstören, oder so nachtheilig auf dasselbe einwirken, dass es hald nach der Gaburt sterbe, oder aber werde es einen von ihm beobachteten Einfluss auf das Nervensystem ausüben. Die Verschiedenheit in der Wirkung auf das Kind hänge von der Länge der Zeit, welche zwischen dem Einnehmen des Mittels von Seiten der Mutter und der Beendigung der Geburt liegt, ab. Werde die Geburt rasch beendigt, so werde das Kind keinerlei Nachtheil erleiden, und werde, wenn es bei Verabreichung des Mittels lebte, lebendig geboren werden. Sollte sich die Beendigung der Geburt dagegen um 2 Stunden verzögern, so sei es sehr wahrscheinlich, dass das Kind todt zur Welt kommen warde. Den Tod des Kindes rufe nicht blos die durch das Mutterkorn erzeugte, ununterbrochene Contraction des Uterus hervor, sondern derselbe werde, wenigstens in einzelnen Fällen, durch einen Einfluss des Mutter-

#### 256 XVHI. Dr. Feist, geburtshülfliche Mithellungen.

korns auf das Nervensystem des Kindes bewirkt. Dieser Einfluss auf das Nervonsystem des Kindes zeige sich in verschiedenen Graden, so dass er bald den Tod des Kiades veranlasse, bald aber auch nur krampfhafte Affectionen des Muskelsystems nach der Geburt bei demselben hervorbringen könne. Schon Bibby (nach Froriep's Notizen Bd. I. Nr. 1. S. 14) war der Ansicht, dass Mutterkorn zur Beförderung der Geburt gute Dienste leiste, zumal wonn man es gegen das Ende der Geburt, wenn der Kopf des Kindes schon am Ausgange stehe, gebe, dass es aber, in früherer Periode gereicht, durch allzugrosse Thätigkeit der Gebärmutter den Tod des Kindes herbeiführe. Aehnlich ist die Ansicht von Ch. Hall (The London med. Reposit. and Review. 1826. Septbr.). Der Amerikaner Hosack meint, das Mutterkorn, das von manchen Schriftstellern wegen seiner die Geburt beschleunigenden Wirkung Pulvis ad partum genannt werde, verdient in Bezug auf das Kind vielmehr den Namen Pulvis ad mortem; denn es finde, wo die Natur zur Austreibung des Fötus nicht allein ausreiche, durch dasselbe eine so heftige Zusammenziehung des Uterus und eine so starke Zusammendrückung der Gebärmuttergefässe statt, dass dadurch die Circulation zwischen Mutter und Kind nothwendig gehemmt werden müsse. Chapman (Elem. of therapeut. 4 edit. I. p. 488) indessen stellt die Richtigkeit dieser Ansicht in Abrede, indem in 200 Fällen, welche er nebst Dewees und James beobachtet habe, die Anwendung des Mutterkorns dem Kinde nie einen Nachtheil gebracht habe. - F. H. Ramsbotham (Lond. med. Gaz. Vol. XIV. p. 84) stellt die Vermuthung auf, die giftige Einwirkung des Mutterkorns könne sich wohl von der Mutter auf das Kind fortpflanzen, wie dies bei Opium der Fall sei. Dagegen gesteht v. Ritgen (vergl. Feist, Auszug aus dem Protocoll der 20. Versammlung deutscher Naturf. u. Aerzte zu Mainz in der Neuen Zeitschrift für Geburtsk. Bd. XIV. S. 142 f.) dem Mutterkorne keinen directen Einfluss auf das Kind zu, allerdings aber einen indirecten durch Druck, wenn das Secale cornutum zur unrechten Zeit verabreicht und dadurch krampfhafte Zusammenziehung des Uterus erzeugt werde. -- William Catlett (Edinburgh med. and

<sup>-</sup>

#### XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen. 257

surg. Journ. 1842. Jan. p. 82) schreibt dem Mutterkorn einige nachtheilige Wirkungen zu: 1) das Eintreten von Convulsionen bei der Mutter als seine entfernte Wirkung, 2) das Hervorbringen der stundenglasähnlichen Zusammenziehungen des Uterus; 3) die Tendenz, in der ersten Zeit des Kindeslebens Hirnwassersucht zu erzeugen. Er erzählt 2 Fälle, wo nach Verabreichen starker Dosen Mutterkorn  $(3\beta - 3j)$ Convulsionen der Frauen entstanden sind. In Bezug auf die zweite Wirkung, nämlich, dass das Mutterkorn wahre stundenglasähnliche oder krampfhafte Zusammenziehungen des innern Muttermundes, der Uterinhöhle mit Incarceration der Placenta erzeuge, sagt Catlett, dass dieselbe nicht zu den gewöhnlichen Erscheinungen gehöre, doch will er einige Fälle beobachtet haben. Um die dritte Art der Wirkung des Mutterkorns, nämlich, dass dadurch in dem frühesten Leben des Kindes zu Wasserergiessung im Gehirn / Anlass gegeben werde, darzuthun, erzählt er 5 Fälle, in welchen auf Darreichen von Mutterkorn während der Geburt nach wenigen Wochen bei den Kindern alle Zeichen von Wassererguss in dem Kopfe entstanden sind. Im Allgemeinen hält Catlett die Wirkung des Mutterkorns für sehr verschiedenartig. In vielen Fällen erhöhe es die Thätigkeit des Uterus und beschleunige dadurch die Geburt; in andern erzeuge es aber irreguläre Contractionen und störe dadurch die normalen Verhältnisse des Gebärens, in andern Fällen wirke es auf den Uterus gar nicht, und seine Wirkung trete dann in andern Organen auf. In den ersten Stadien der Geburt widerräth er dessen Gebrauch. Zur gehörigen Zeit angewendet, sei es ein sehr wirksames Mittel, doch fordere sein Gebrauch Umsicht und Berücksichtigung aller Verhältnisse. Bei Blutungen aus Atonie des Fruchthalters hält er es für ein höchst schätzbares Mittel.

**Trousseau** und **Maisonneuve** (Bulletin général de Thérepeutique. Vol. IV. Livrais. 4. p. 109) ziehen aus ihren Beabachtungen den Schluss, dass das Mutterkorn auf den Uterus vorübergehend kräftig wirke, und zwar hauptsächlich auf die Muskelfasern dieses Organs, die es zu schmerzhaften Contractionen veranlasse, wodurch Blutflüsse, von Beetseebr. f. Geburkt, 1854. B4. III, BR. 4. 17

#### 258 XVIII. Dr. Feist, geburtshühliche Mittheilungen.

welcher Art sie seien, gehoben würden. Recamier und Trousseau, welche mit Secale cornutum gegen Mutterblatflüsse aller Art in den von ihnen besorgten Sälen des Hôtel Dieu zu Paris Versuche anstellten, haben eine grosse Zahl günstiger Beobachtungen gemacht. Spajrani (Annahi universali di Medicina, 1880, Marzo) rühmt das Mutterkorn ebenfalls gegen Mutterblutungen und Uterincongestion, womit Cabini übereinstimmt. In dieser Beziehung beben des Mutterkorn in Deutschland besonders Busch (l. c.) und v. Ritgen (l. c.) empfohlen. Der Letzte räth, bei Placenta praevia dasselbe kurz vor der künstlichen Entbindung zu reichen, um in der Gebärmutter nach dem Ausschlusse des Kindes und der Nachgeburt sogleich Contractionen zu bewirken und dadurch der in diesem Zeitraum so gefährlichen Blutung vorzubeugen, da die Beobachtung gezeigt habe. dass die Mutter noch 2 und mehr Stunden nach der Entbindung an Gebärmutterblutung sterben könne.

Credé (Klinische Vorträge über Geburtsbülfe. Berlin 1858. Abth. I. S. 250 ff.) hat uns in der jüngsten Zeit das Ergebniss seiner Beobachtungen über die Wirksamkeit des Mutterkorns mitgetheilt. Nach ihm besitzt dasselbe ohne Zweifel die Eigenschaft, bei reiner Wehenschwäche kräftige Zusammenziehung der Gebärmutter zu erregen. Diese Wirkung tritt jedech gar nicht oder kaum merklich ein, wenn noch anderweitige Störungen, namentlich wenn eine anomale Richtung der Wehenthätigkeit in Form der Krampfwehen oder der Stricturen bestehen. Die Kräftigung der Wehen wird zuweilen so bedeutend, dass fast ununterbrochen Contractionen von hoher Energie sich folgen und den Geburtsverlauf schnell fördern. Theils wegen dieser Eigenschaft, theils aber weil überhaupt kräftige Wehen nur nach der vollständigen Erweiterung des Muttermundes erferdetlich sind, darf das Mutterkorn niemals vor dem Beginn der dritten Geburtsperiode gereicht werden. Br lässt nur 8 bis 4 Gaben zu 10 Gran nehmen. Zeigt sich höchstens ; Stunde nach der letzten Dosis keine Wirkung, so ist vom Mutterkorn nichts mehr zu erwarten. Eine schädliche Einwirkung auf den Fötus hat Credé niemals beobachtet. In 199 Fuilen, darunter 174 Mal vor der fünften Geburtsperiode, reichte

#### XVIII. Dr. Foist, geburtshülfliche Mittheilungen. 259

er das Mutterkorn, meist 3 Dosen zu 10 Gran in Zwischenräumen von 10 Minuten; 10 Mal war die Anwendung zu Ende der zweiten Geburtsperiode, 3 Mal erst in der vierten, die übrigen Male in der dritten Geburtsperiode geschehen, also meistens mindestens eine halbe, ja 2 und 3 Stunden vor Beendigung der Geburt. In 3 Fällen wurde gar kein Erfolg wahrgenommen, 1 Mal war derselbe nicht anhaltend, in fast allen Fällen trat somit eine schwächere oder stärkere Wirkung hervor, zuweilen mit auffallender Schnelligkeit, 21 Mal wurden noch andere Mittel zugleich gereicht, meist vorher wegen krampfhafter Wehen die Brechwurzel; in diesen Fällen schien das Mutterkorn weniger günstig zu wirken, als bei reiner Wehenschwäche. Nachtheile für die Mutter sah Credé niemals. Von 176 Kindern, welche in den 174 Fällen geboren wurden, kamen 141 kräftig lebend zur Welt und blieben am Leben, trotzdem dass bei vielen ein sehr langsamer Verlauf der Geburt stattfand, bei 37 mehr oder weniger schwere Operationen unternommen werden mussten und bei 4 ungünstige Kindeslagen vorhanden waren; - 15 wurden lebensschwach geboren, aber wieder vollständig belebt und am Leben erhalten, in keinem dieser Fälle war ihr Zustand auf das Secale cornutum zu beziehen, denn 1 Mal war die Wendung und Extraction, bei einem zweiten Zwillinge vorausgegangen, dessen Kopf länger stecken blieb, 2 Mal war bei Steissund Fusslagen der Kopf stecken geblieben, 8 Mal war die Geburt sehr träge, der Kopf blieb lange im Becken und musste 4 Mal noch durch die Zange geholt werden, 4 Mal zeigten sich Umschlingungen der Nabelschnur, starke Kopfgeschwulst, sehr grosse Kinder; - 5 lebensschwach geborene Kinder starben bald nach der Geburt, das eine hatte einen Wasserkopf, ein anderes wurde durch die künstliche Frühgeburt bei sehr engem Becken in der 32. Woche geboren, das dritte ritt auf der Nabelschnur, das vierte batte sehr lange im Becken gestanden bei äusserst unregelmässigen Wehen, wurde belebt, starb aber an Schwäche nach 18 Stunden, das fünfte starb bereits nach 2 Stunden, es wog 9 Pfund, hatte gleichfalls lange im Beckenausgange gestanden und zeigte eine bedeutende Anschwellung des

17\*

#### 260 XVIII. Dr. Foist, geburtshülfliche Mittheilungen.

Kopfes; - 15 Kinder wurden todt geboren, davon waren 3 frühreif und bereits in Fäulniss übergegangen, bei 6 war der Tod bereits bestimmt erkannt, ehe das Secale gereicht wurde, 2 wurden perforirt. Von den 4 übrigen hatte das eine sehr lange in dritter Schädelstellung im verengten Becken gestanden, die Kopfgeschwulst wuchs bedeutend, der Herzschlag wurde undeutlich, deshalb wurde zur Zange gegriffen und mit 10 tüchtigen Zügen das Kind ohne Lebenszeichen zu Tage gefördert; das zweite wurde wegen Querlage gewendet, der Kopf blieb im verengten Becken stecken, die Zange konnte ihn nicht extrahiren, deshalb wurde schliesslich die Kephalotripsie gemacht; in dem dritten Falle hatte ein zweiter grosser Zwilling die erste Fussstellung, Arme und Kopf blieben lange im Becken stecken: in dem vierten Falle war die Geburt sehr langwierig, sie dauerte 45 Stunden und viele Mittel waren vergeblich angewendet worden, der Kopf des sehr grossen Kindes war fest eingekeilt, eine bedeutende Kopfgeschwulst gebildet, so dass mit der Zange schliesslich 25 kräftige Tractionen vollführt werden mussten; der Herzschlag des Kindes war zwar noch vorhanden, es gab aber sonst trotz aller Bemühungen kein Lebenszeichen von sich.

Nach Crede's Ansicht stellt sich aus diesen 35 mehr oder weniger für die Kinder unglücklich abgelaufenen Geburtsfällen schliesslich kein einziger heraus, bei welchem die schädliche Einwirkung nur mit Wahrscheinlichkeit dem Secale cornutum zugeschrieben werden könne, ausserdem bleibe aber die grosse Zahl von 141 Fällen, in denen nicht die geringste Einwirkung auf das Kind beobachtet wurde.

Zu einem ganz andern Resultat über die Wirkung des Mutterkorns gelangten andere, zumal französische Beobachter. Chaussier (Diction. des sciences méd. Tom. L. Art. Secale) will von der Anwendung des Mutterkorns zur Beförderung der Geburt Nachtheil, selbst gefährliche Zufälle, und nie die günstigen Wirkungen, welche andere, namentlich amerikanische Aerzte von ihm gesehen, beobachtet haben. Moreau, Eorat, Gérardin, Capuron u. A. stimmen ihm mehr oder weniger bei, erklären es als nachtheilig für die Mutter und gefährlich für das Kind. In Deutschland

#### XVIII. Dr. Foist, geburtshülfliche Mittheilungen. 261

haben sich vorzugsweise Jörg, Stein jun, o. Siebold und Neissner gegen den Gebrauch des Mutterkorns ausgesprochen, und d'Outrepont fand es meist unwirksam. - Ramsbotham (The London Medic. and Physical Journal, 1814, August) schreibt dem Gebrauche des Mutterkorns eine Ruptur des Uterus zu; Albert (Neue Zeitschr. f. Geburtskunde, Bd. IV. H. 1) sah nach Anwendung des Mutterkorns 3 Mal Entzündung der Gebärmutter entstehen. Andere wollen narkotische Wirkung beobachtet haben, z. B. Poigtel, Lorenz. In der ersten geburtshülflichen Sitzung der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden im September 1852 (vgl. Amtl. Bericht von Frescenius und Braun, 1853. S. 238) klagte Ricker theils über die Unsicherheit der Wirkung des Mutterkorns, theils über dessen nachtheilige Folgen für das Kind, womit Wegeler und Schneemann übercinstimuten, wogegen Mappes und Martin günstige Resultate ihrer Erfahrung mittheilten und dem Mittel seine Wirksamkeit vindioirten, vorausgesetzt, dass es unter den geeigneten Indicationen und zur rechten Zeit gebraucht werde, welche Ansicht Robert, Zais, Metz, Panthel, Bertrand und Wail theilten.

Meine Beobachtungen über die Wirkung des Mutterkorns gehen dahin:

Ich gab dasselbe in 3 Fällen von Krampfwehen im Beginn der zweiten Geburtsperiode. In 2 Fällen hiervon wurden dadurch so heftige Contractionen des Uterus erzeugt, dass keine Unterbrechung wahrzunehmen war. Es entwickelte sich in dem einen Falle davon ein wahrer Tetanus uteri, der ein Zerreissen der Gebärmutter befürchten liess und erst auf 2 Aderlässe und 2 warme Bäder nach mehr als vierstündiger Dauer nachliess. In beiden Fällen war die Contraction äusserst schmerzhaft. In jedem waren nur 3 Gaben zu 10 Gran in Zwischenräumen von 10 Minuten gereicht worden. Die Kinder kamen scheintodt zur Welt, wurden aber nach Anwendung von Belebungsmitteln zum Athmen und Schreien gebracht. Das Kind, welches nach dem Tetanus uteri geboren wurde, blieb lebensschwach, nahm erst am öten Tage der Mutter Brust und starb am 11ten Tage unter Convulsionen. Im dritten Falle äusserte

### 262 XVIII. Dr. Feist, geburtshülfliche Mittheilungen.

das Mittel keinen besondern Einfluss, und es mussten andere Mittel zur Hebung des Krampfes angewendet werden.

In 6 Fällen reichte ich Secale cornutum wegen Trägheit der Wehen im Beginn der zweiten Geburtsperiode. Die Wehen wurden stärker und häufiger, aber auch bedeutend schmerzhafter, ohne einen sonderlichen Einfluss auf die Eröffnung des Muttermundes zu üben. Erst' nach mehreren Stunden mit dem Nachlasse der sehr schmerzhaften und dem Eintritte regelmässiger Wehen nahm die Geburt den normalen Verlauf. Die Kinder kamen sämmtlich lebend zur Welt, nur 1 war scheintodt, das aber bald Lebenszeichen gab.

Ausser diesen 9 Fällen habe ich noch 98 Fälle notirt, wo ich Secale cornutum bei Trägheit, Unergiebigkeit oder Nachlass der Wehen während des Geburtsactes, aber nie vor dem Schlusse der zweiten Geburtsperiode gereicht habe. In 82 Fällen hiervon wurde die Energie des Uterus der Art gesteigert, dass die Geburt ohne mechanische Hülfe vollendet wurde. 81 Kinder kamen lebend. darunter 5 scheintodt, die aber auf angewandte Belebungsmittel mehr oder weniger schnell zum Bewegen, Athmen und Schreien kamen und am Leben erhalten wurden, zur Welt. Eins stellte sich mit dem Steisse zur Geburt, die pulsirende Nabelschnur fiel vor, wurde reponirt; das Kind kam, obwohl man noch kurz vor seiner Geburt den Herzschlag vernahm, todt zur Welt. Der Kopf war kurze Zeit, kaum 5 Minuten, im Becken stecken geblieben, allein schon bei seiner manuellen Herausbeförderung klopfte die Nabelschnur nicht mehr und alle Belebungsversuche blieben ohne Erfolg. - In 8 Fällen zeigte das Mutterkorn nur schwachen oder gar keinen Einfluss auf die Gebärmutterthätigkeit und die Geburten mussten mittels der Zange vollendet werden: 7 Kinder kamen lebend, darunter 2 scheintodt, die aber auf angewandte Mittel bald Lebenszeichen von sich gaben, and 1 todt zur Welt. Im letzten Falle war die Mutter 4 Tage vor dem Beginn der Geburt auf den Rücken gefallen und hatte kurz nach dem Falle sehr lebhafte Kindesbewegungen, die später schwächer wurden und endlich sich ganz verloren, empfunden. Bei meiner Ankunft, drei-

zehn Stunden vor der Entbindung, härte ich den Herzschlag des Kindes nicht mehr. Des Kind war blass, welk, etwa 9 Mondsmonate getragen, womit die Schwangerschaftsrechnung übereinstimmte. - In 3 Fällen erzeugte das Mutterkorn sehr starke, fast ununterbrochene Contractionen des Uterus. welche in 2 Fällen todte Kinder ausschlossen. Diese beiden Kinder waren offenbar, wie die beginnende Fäulniss darthat, mehrere Tage vor der Geburt gestorben; in dem einen Falle davon fühlte die Mutter schon fühl Tage keine Bewegung des Fötus, im andern wollte die Mutter noch während der Geburt Kindesbewegungen gespürt haben; in beiden Fällen war aber durch mittelbare und unmittelbare Auscultation kein Herzschlag der Kinder zu vernehmen. Im 3ten Falle hatte das Kind einen Wasserkopf und Bauchwassersucht. Der Kopf wurde mittels der Zange sehr mühsam extrahirt, die Herausbeförderung des Bauches gelang erst nach dessen Paracenthese. Das todte Kind war unreif, obgleich die Frau 40 Wochen schwanger sein wollte, und liess die Oberhaut in grossen Lappen abstreifen, trug überhaupt Zeichen vorgeschrittener Fäulniss an sich, was wohl auf ein früheres Absterben deuten lässt.

Ferner habe ich 10 Fälle aufgezeichnet, wo ich bei nicht mehr zurückhaltbarem Abortus, mit starker Blutang verbunden, Mutterkorn nehmen liess. In diesen sämmtlichen Fällen wurden die Contractionen des Uterus verstärkt, das Ei ausgestossen und die Blutung gehoben.

Endlich habe ich 14 Fälle notirt, wo ich Mutterkorn nach Ausschluss des Kindes und der Nachgeburt wegen Metrorrhagie bei nicht gehöriger Zusammenziehung der Gebärmutter gegeben habe. In 11 Fällen hiervon bewirkte es kräftige Contraction des Uterus und dadurch Stillung des Blutflusses; in 3 Fällen musste ich die Blutcosgula mit der Hand aus dem Uterus entfernen, worauf sich dieser contrahirte.

Auf die Mutter hatte das Mutterkorn niemals einen besondern nachtheiligen Einfluss ausser dem schon angegebenen. Mehrere klagten zwar einige Tage über Abgespanntheit der Glieder, Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz, Schwindel, Andere über Uabelkeit; allein diese Erscheinungen zeigten sich gewöhnlich nach lange dauernden Geburten und waren somit nicht mit Sicherheit dem Secale cornutum zuzuschreiben. — In 8 Fällen konnte das Mutterkorn nicht fortgebraucht werden, weil es stets wieder ausgebrochen wurde. In 4 Fällen davon liess ich es dann in Klystiren geben, beobachtete aber hiervon keine besondere Wirkung auf den Uterus.

Fast in allen Fällen reichte ich das Mutterkorn in Pulverform p. d. zu 10 Gran in Zwischenräumen von 19 bis 15 Minuten. Gewöhnlich wurden nur 3 Dosen genommen, nur in wenigen Fällen wurden 4 und 5 Gaben gereicht, und nur in 5 Fällen im Ganzen 1 Drachme genommen.

Vergleicht man diese Beobachtungen mit denen von Credé, wie auch mit jenen von Busch, welche in dem ersten Bericht der geburtshülflichen Klinik zu Berlin zusammengestellt sind, so kann man eine schädliche Wirkung des Mutterkorns auf das Leben des Kindes nicht annehmen. Busch hat das Secale cornutum darnach bei 175 Geburten angewendet, bei welchen 177 Kinder geboren wurden. Von diesen wurden 142 Kinder lebend, 19 asphyktisch aber mit glücklichem Erfolg der Belebungsversuche, und 17 Kinder todt geboren. Die lebenden Kinder zeigten keinen nachtheiligen Einfluss des Mutterkorns und waren ganz gesund. von den todten Kindern waren 7 schon vor der Geburt gestorben und mehr oder minder in Fäulniss übergegangen, und 10 Kinder hatten das Leben während der Geburt verloren, von diesen verloren 2 das Leben bei der Wendung: 2 bei Vorfall der Nabelschnur; 1 bei verengtem Becken und langem Verweilen des Kopfes in demselben; 1 bei sehr langer Dauer der vierten Geburtsperiode; 1 während einer schweren Zangenoperation, welche nicht im Stande war, die Geburt zu beenden und die Perforation noch erforderte; 1 bei einer besondern Verkrüppelung sämmtlicher Extremitäten ohne besondere nachweisbare Ursache, so dass also streng genommen von 177 Kindern bei der Anwendung des Mutterkorns nur 1 Kind während der Geburt, ohne nachweisbare Ursache und so, dass man die Todesursache in dem Gebrauch des Mutterkorns hätte annehmen können, starb. Allein auch dieses geringe Verhältniss ver-

#### XVIII. Dr. Fuist, geburtshuifliche Mittheilungen. 265

liert eilen Einfluss zur Unterstützung jener Annahme, wenn man bedenkt, dass zuweilen ein Kind, ohne allen Gebrauch des Mutterkorns, während der Geburt das Leben verliert, ohne dass die Todesursache nachgewiesen werden kann, und auf der andern Seite wird das Mutterkorn nur in solchen Fällen zur Anwedung gebracht, in welchen der Verlauf der Geburt regelwidrig ist, so dass also, ganz abgesehen von dem Mutterkorn, das Leben des Kindes durch längeres Verweilen des Kopfes im Becken gefährdet wird. (Vergl. Busch und Moser, Handbuch der Geburtskunde in alphabet, Ordnung, Bd. 111. S. 604 und 605.)

Obgleich ich, ausser den oben angeführten zu heftigen, ununterbrochen andauernden Contractionen des Uterus, keinen besonders nachtheiligen Einfluss des Mutterkorns auf die Mütter beobachtet habe, so möchte ich doch nicht in Abrede stellen, dass ein unzweckmässiger Gebrauch schädliche Folgen für die Kreissenden haben könne. Dass grosse Gaben von Secale cornutum schädlich und gefährlich auf den Organismus einwirken, ist sattsam bekannt. Man vergleiche hierüber ausser den Lehrbüchern der Toxikologie nur Voigt's Pharmacodynamik, Sundelin's Heilmittellehre, Dierbach, die neuesten Entdeckungen in der Materia medica. Pereira-Buchheim's Heilmittellehre, Oesterlen's Heilmittellehre, Phöbus kryptogamische Giftgewächse und andere. Bei plethorischen Subjecten, bei Andrang des Blutes nach Kopf, Brust oder Unterleib, bei entzündlichem Zustande des Uterus dürften auch kleinere Dosen von Mutterkorn nachtheilig wirken können. Aus meinen oben kurz mitgetheilten Beobachtungen geht auch hervor, dass das Mutterkorn bei Krampfwehen und in den ersten 2 Zeiträumen der Geburt eher schädlich, als günstig wirkt.

Das Mutterkorn ist in geburtshülflicher Beziehung angezeigt:

1) Bei reiner Wehenschwäche, bei Nachlass oder völligem Verschwinden der Wehen, beruhend auf Passivität oder Brschöpfung des Uterus, wenn kein anderweitiges Geburtshinderniss vorliegt und die Geburt schon bis zum Schlusse des zweiten Zeitraums vorgertickt ist. Dagegen bei Missverhältniss zwischen Kind und mütterlichem Becken, bei

#### 266. XVIII. Dr. Fabr, geburtsbillfliche Mittheilungen.

fehlerhafter Kindeslege oder fehlerhaftem Bocken, bei Krankheiten des Uterus, bei Krankheiten wichtiger Organe, z. B. der Lungen, des Merzens, der grössern Gefässe, bei Congestionen nach Kopf und Brust, bei Neigung zu Schlag-, flüssen und ähnlichen Zuständen ist der Gebrauch des Mutterkorns contraindicirt. Obschon Bayle (Biblioth. therapeut. IH. S. 448 und 548) 5 nach Darreichung von Mutterkorn günstig verlaufene Fälle von Eclampsia parturientium, beobachtet von Waterhause, Mitchell, Roche, Brinel und Godquin, berichtet, so möchte dessen Gebrauch bei Cerebralreizung doch die grösste Behutsamkeit und Vorsicht erheischen.

2) Bei starker Gebärmutterblutung während der Geburt ohne Vorlage des Mutterkuchens zur Beschleunigung des Geburtsverlaufs.

3) Bei Placenta praevia kurz vor einer vorzunehmenden Operation zur Verhütung der Blutung nach dem Ausschlusse des Kindes und der Nachgeburt.

4) Bei Abortus und Frühgeburt mit starken Mutterblut-Büssen, wenn die Ausschliessung des Eies oder des Fötus durch absolute oder relative Trägheit der Gebärmutter verzögert wird, und der Abgang nicht mehr zu verhüten ist.

5) Bei Nachgeburtszögerungen aus Mangel an Energie des Uterus.

6) Bei Hydatiden, Molen, Blutgerinseln, Polypen und andern Contenten der Gebärmutter zur Beförderung des Austreibens dieser Gegenstände.

7) Bei Gebärmutterblutflüssen nach Ausschluss von Kind und Nachgeburt, wenn dieselben auf zu schwacher oder mangelnder Contraction, auf gesunkener Energie des Uterus beruhen.

Als Abortivmittel, d. h. als Mittel zur künstlichen Erregung eines Abortus oder einer Frühgeburt dürfte das. Mutterkorn nur selten in Anwendung zu setzen sein.

Man verordnet das Secale cornutum als wehenbeförderndes, Contractionen der Gebärmutter erzeugendes und verstärkendes Mittel gewöhnlich in Pulverform zu 5 his 15 Gran p. d. in Zwischenräumen von 10 his 15 Minuten. Nur von Wemigen werden grössere Gaben gereicht. Sel-

#### XVIII. Dr. Four, geburtshulfitche Mitthesiungen. 284

tener verordnet man den heissen Aufguss oder das Decoot zu 1 bis 15 Drachmen auf 3 Unzen Colatur esslöffelweise in viertelstündigen Pausen. -Tipctur und Extract werden sehr selten angewendet, weil sie nicht allenthalben von gleichen Gehelt sind. Das Muttdrkernöl, das in England gebraucht wird, kommt in Deutschland nicht zur Anwendung. Bonjean's Ergotin (Extract hémostatique) ist verschieden von dem Ergotin unserer Apotheken.

In Klystirform wendet man das Mutterkorn nur ausnahmsweise an, gewöhnlich nur dann, wenn es, innerlich gereicht, Widerwille, Ekel und Erbrechen erregt. Hüter hat in dieser Form günstige Wirkung von ihm beobachtet, ich keine, doch sind hierin meine Beobachtungen nicht zahlreich genug, um ein Urtheil fällen zu können.

Die Einwirkung des Mutterkorns auf den Uterus geschieht gewöhnlich so rasch, dass schon nach 15 bis 20 Minuten nach dem Einnehmen des Mittels die Gestractionen der Gebärmutter häufiger, stärker und anhallender werden. Erfolgt diese Wirkung nach 3 bis 4 Desen nicht, so hat men von diesem Mittel nicht mehr viel zu erwarten, und man thut dann im Durchschnitt wohl daran, zu einem andern Verfahren zu greifen.

Die Hauptwirkung des Mutterkorns scheint auf die motorischen Nervenzweige des Rückenmarks und hierdurch auf die Muscularität des Uterus gerichtet zu sein. Seine Wirkung auf das Gefässsystem ist nicht gleichmässig, den beid wird dadurch der Puls erhöht und beschleunigt, bald geschwächt und verlangsamt.

## XIX.

# Beobachtung eines Falls von Placenta praevia centralis.

Mitgetheilt

vom

# Hofrath Dr. Spengler

Die 304 Jahre alte Frau des Wagners F. in E. hatte im vorigen Jahre eine sehr schwere Zangenentbindung überstanden; das Kind starb bald nachher an Atrophie, die Frau aber fing an zu husten und wurde sehr nervös. Zu Neujahr 1854 wurde mir gemeldet, die Frau habe vor Wochen Blutabgang gehabt, als ob sie recht stark ihre Reinigung habe, sie sei jedoch schwanger und erwarte Ende Januar ihre Niederkunft. Jetzt sei wieder Blut abgegangen. jedoch in mässiger Quantität, wie bei der Menstruation. leh verordnete Ruhe, kühlendes Regim, hohes Lager mit dem Steiss u. dergl. Das Bluten hörte darauf fast gans auf. Den 3ten Januar ging wieder Blut weg. Es waren durchaus keine Schmerzen vorhanden, nur vom Husten war die Frau sehr belästigt. Ich untersuchte nun, und fand das untere Uterinsegment sehr weich, den Muttermund ein wenig geöffnet, und in demselben eine weiche, schwammige Masse. Ein vorliegender Theil konnte nicht erkannt werden. Die Venen der untern Extremität waren sehr ausgedehnt, und die rechte äussere Schamlippe war wie ein Hühnerei gross von Varices vorgetrieben. Von ½ zu ½ Stunde klagte die Frau über Krämpfe in dem Leibe, die sich im Unterleib bildeten und nach den Hüftknochen zogen. Nach solchem Schmerz gehe immer etwas Blut ab. Ich tampo-

,

#### von Placenta praevia centralis.

nirte des Mittags 3 Uhr die ganze Scheide vollkommen mit Charpiekugeln. Die Blutung sistirte, das Stopftuch zeigte sich feucht von Blutwasser und Urin; letzterer wurde unwilkurheh hei Bustenanfällen entleert. Die Wehen waren nicht stärker geworden bis gegen Abend. Die Kranke war ausserordentlich aufgeregt, lamentirte entsetzlich über den Krampf im Leibe, hustete viel, und klagte über die Zähigkeit des Schleims; Durst gross, heisse trockene Haut, glühendroth umschriebene Wangen, Puls 120. klein, elenti. Trotz des kalten Wetters konnte die Kreissende kein Feuer im Ofen dulden. Verordnung: Blix. acid. Hall. mit Tinct. Op. --- Am 4ten. Wenig Blutabgang. Die Wehen werden etwas stärker. Um Mittag etwas Blutabgang; es wird der Tampon entfernt, der Muttermund so weit gefunden, dass ein Finger gut eindringen konnte; in demselben lag die Placenta convex vor, bedeekte vollständig den Muttermund; pirgends ein freier Rand zu fühlen; der Kopf stand ballotirend über dem Scheidengewölbe; Herzschlag des Kindes nirgends zu hören. Es wurde nun von Neuem tämponirt. Des Abends um 5 Uhr abermaliger Blutabgang; die Wehen werden stärker, sind jedoch sehr schmerzhaft. Der Muttermund ist jetzt von der Grüsse eines Thalerstücks geöffnet, in den die Placenta beutelförmig vorgedrängt war; auch jetzt ist ringsum noch nirgends ein freier Rand zu fählen.

Is wird nun das Querbett zurecht gemacht; ich ging mit der rechten Hand ein, da die Füsse in der linken Mutterseite lagen, in der Aushöhlung des Kreuzbeins hinauf, und zwischen Placenta und Uterus vorwärts. Das Kreuzbein stand ziemlich prominirend hervor. Die Füsse waren sogleich gefanden, die Blase wurde ihnen gegenüber gesprengt; es gelang somit leicht sie beide zu ergreifen und herabzuleiten. Mit den aus den Genitalien trotenden Füssen stürzte ein Strom Blutwasser hervor, während bis jetst während der Operation noch kein Blut verloren war. Bei Anziehen der Füsse hörte das Bluten auf. Das Kind ritt auf der pulslosen Nabelschnur. Die Extraction wurde langsam vorgenommen, die hinter dem Kopfe liegenden Arme leicht gelöst, und so felgte das Kind einem leichten Zuge. Der Kopf stand im schiefen Durchmesser, des Gesicht nach dem linken Oberschenkel der Mutter gerichtet. Das Kind war todt. Es folgte dem Kindskopf ein ungeheurer, duskelschwarzer Blutstrom. Es wurde die Placenta nun sofort gelöst, und die Hand nicht eher aus dem Uterus entfernt, his dauernde Contractionen zu fühlen weren. Als die Frau wieder ins Bett gebracht war, fühlte man deutlich die Gebärmutter als einen harten faustgrossen Körper über der Symphyse. Die Frau, die bei dem Sprengen der Fruchtblase Zucken in den Armen und Beinen und kalte Extremitäten bekam, fühlte sich jetzt leidlich wohl., erkundigte sich theilnehmend nach dem Schicksale des Kindes, lässt ührigens den Kopf sehr nach hinten sinken, und klagt über unendliche Hinfälligkeit. Der hart zusemmengezogene Uterus wird etwas weicher, die Frau fühlt selbst etwas Blutabgang. Es wurde sofort eine Spritze voll Essig und Wasser eingespritzt, worauf wieder recht gute Contractionen des Uterus erfolgten. Boch bald wird die Farbe der Mutter wachsbleich, die Extremitäten werden kalt, der Puls ist nicht zu fühlen, das Gesicht vergeht, Klingen und Bauschen vor den Ohren; doch fragt sie noch nach dem Kinde. verordnet selbst Reiben der Hände und Füsse. Es wird Wein, Fleischbrühe, Zimmttingtur gereicht. Die Extremitäten werden durch Tücher und heisse Krüge erwärmt, geburstet, der Uterus wird im Grunde gerieben, die Brüste und die Brustwarzen werden frottirt, ein kaltes Tuch auf den Leib gelegt, und die Aorta abdominalis comprimirt: der Fundus uteri ist nicht ausgedehnt, fühlt sich aber etwas weich an, und contrabirt sich auf die Frictionen. So zieht sich der Uterus abwechselnd zusammen, dehnt sich abwechselnd wieder etwas aus. Es werden wiederholt Essigeinspritzungen gemacht, und auf den Bauch kalte Umschläge. Darauf erholt sich die Frau, der Puls erscheint wieder, ist aber klein und sehr schnell. Der Uterus wird nochmals etwas weicher, die Fran fühlt, dass Blut abgeht, Injectionen von Essig, Tamponade der Scheide mit in Essig getauchter Charpie, Besprengen des Gesichts mit kaltem Wasser, Reiben des Uterus und der Brüste. Compression der Aorea, Alles vergeblich. Das Gesicht wird weisser, die Richremitäten kälter, steifer, die Augen verdreben sich, der Puls ist nicht zu fühlen, der Herzschlag unmerklich, die Respiration langsamer, stossweise, und so tritt der Tod eine halbe Stunde nach Vollendung der Geburt ein.

Die Placenta war sehr gross, 4 Hände breit, sehr dünn, mit vielen Blutgerinseln in der Mitte. Der Nabelstrang war ganz central inserirt und bildete den Mittelpunkt der blauschwarzen und blutinfiltrirten Stelle, die sich als vorgelagert zeigte.

Die Frage über die Behendlung der Placenta praevia ist noch immer eine nicht entschiedene, und die neueste Zoit hat sogar wieder allerlei Neues gebracht, z. B. den Vorschlag, die Placenta zuerst zu entfernen u. s. w. Andrerseits ist ein Theil der Geburtshelfer für Nichtsthun. Auf der Tübinger Naturforscherversammlung vertheidigte Sohneemaan die künstliche Erweiterung des Muttermundes bei Eintritt der ersten Blutung, sobald der Zeigefinger in den Muttermund eingeführt werden kann. Er stützt sich auf zahreiche Erfahrungen, während ihm 2 Fälle mit Anwendung des Tampons tödtlich endeten.

In 4 Fällen wandte er Transfusion an, wovon zwei günstig verliefen. Dieses Mittel steht leider nicht jedem Arzte zu Gebot, und namentlich nicht in vorliegendem Falle. Elsässer und Mappes erklärten sich für den Tampon, während Prof. Breit einen Fall aus der Wiener Gebäranstalt mittheilt, in welchem nach Tamponirung der Scheide noch während der Schwangerschaft tödtliche Metritis auftrat.

Es ist dies der dritte Fall von Placenta praevia, den ich erlebte, und ich wäre froh, keinen mehr zu beobachten. Allein ich glaube, dass ich in einem künftigen Falle doch wieder den Tampon anlegen, und nicht sofort zum Accouchement forcé schreiten würde. Die Streitfrage wird zwar schwerlich bald entschieden sein; so viel ist aber gewiss, dass alle Methoden bisher sich keines besonders günstigen Resultats, leider! zu erfreuen haben.

Der vorliegende Fall ist dahier ein sehr seltener; unter den letzten 3000 Geburten in Ems ist ein solcher nicht

#### 272 XIX. Dr. Spengler, Beobachtung eines Falls etc.

vorgekommen, also ein ganz anderes Verhältniss als in Gebäranstalten; dass der Ausgang in diesem Falle so ungünstig für Mutter und Kind war, lag wohl hauptsächlich in dem Lungenleiden (Tuberoulosis der obern linken Lunge) der Mutter, wodurch dieselbe an und für sich in einem mehr oder weniger anämischen Zustande sich befand. Es wurden deshalb die Blutverluste um so weniger ertragen.

Die Beobachtung des lebhaften Consensus zwischen den weiblichen Brüsten und dem Uterus, den Friederich und Scansoni schon zur Erregung der künstlichen Frühgeburt benutzten, bestimmte mich im vorliegenden Fall, als sich der Uterus nicht kräftig genug contrahirte, die Brüste und namentlich die Warzen tüchtig reiben zu lassen, um vielleicht Uterincontractionen zu bewirken. Es giebt ja manche Frauen, bei denen sich die heftigsten Uterusschmerzen einstellen, wenn das Kind zieht. Ich bemerkte auch, dass, sobald ein gewisser Turgor in die Warzen kam, sobald sie etwas anschwollen und sich ein wenig in die Höhe richteten, dass der Uterus härter wurde. Saugen lassen konnte ich nicht an den Brüsten, weil ich in der allgemeinen Bestürzung der Umgebung Niemand dazu hatte. Es wäre übrigens der Mühe werth, dies einmal zu versuchen, ob eine solche Reizung der Brustdrüse bei Blutungen nach der Geburt Etwas zu Uteruscontractionen beiträgt.

# Die Decrepiditäts-Periode und das Verhalten des Arztes während und nach derselben.

Von

#### Dr. Helft.

(Schluss.)

Einen ähnlichen Fall hat Gardanne beschrieben. Die Menses einer sehr kräftigen Frau cessirten plötzlich im 45sten Jahr; gleichzeitig stellten sich heftige Schmerzen im linken Schenkel ein, welche einen so hohen Grad erreichten, dass sie nach vier Monaten nicht im Stande war, das Bein zu bewegen. Da die Frau in ihrer Jugend an Syphilis gelitten, so wurden Mercurialpräparate, aber ohne Erfolg, gereicht. Sabatier und Gardanne riethen hierauf Moxen auf den Schenkel abzubrennen, worauf sich eine leichte fieberhafte Reaction und bedeutende Hauttransspiration entwickelte und die Bewegung im Bein allmälig wieder zurückkehrte. v. Siebold erwähnt eines Falles von plötzlichem Aufhören der Menstruation, in welchem dann eine reichliche Hautausdünstung eintrat, und Tissot machte die Beobachtung, dass, wenn Intermittentes stark grassirten, die Menstruation bisweilen mit einem solchen Fieber endete, welches durch die reichliche Schweisssecretion die Kranke vor den übrigen Zufällen bewahrte, die so oft mit dieser kritischen Periode des Lebens verbunden sind.

Zu den Affectionen, die häufig bei der Decrepidität auftreten, müssen wir den von dem Geschlechtsorgane selbst ausgehenden zuerst unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Tilt fand, dass schon während der Menstruation unter 100 Fällen bei 58 Leucorrhöe vorhanden gewesen, welche in 44 nach deren Aufhören zunahm, in 8 in gleichem Maasse fortdauerte und nur in 6 sich verminderte.

Monstooks. f. Geburiek. 1954, Bd. HI, HR. 4.

278

Er tritt der Ansicht Lisfranc's und Meisener's bei, dass durch das Erlöschen des Geschlechtslebens entzündliche Affectionen des Uterus weit eher geheilt, als hervorgerufen werden; die physiologische Unthätigkeit, in welche das Orgen versetzt wird, ist der Entwickslung winst entzündlicher Reizung hinderlich, und er entdeckte nur in 4 Procent. entzündliche Zustände der Gebärmutter; scirrhöse Entartung kam ihm nicht ein einziges Mal vor.

Was die Geschwülste der Eierstöcke und des Uterus anbelangt, so versichert **Dupugüren**, der reichliche Gelegenheit hatte, derartige Beobachtungen zu machen und diesem Gegenstande eine besondere Aufmerksamkeit schenkte, dass er bei einem Zehntheil aller Frauen, die zwischen dem 40sten und 60sten Jahre starben; eine Abnormität des Eierstocks oder des Uterus gefunden. *Meissner* bestreitet dies, doch ergeben auch die statistischen Tabellen der englischen Geburtshelfer, dass wie der Scirrhus, so auch Geschwülste der, Ovarien und des Uterus am häufigsten zwischen dem 40sten und 60sten Jahre beobachtet werden.

Es kann nicht auffallend erscheinen, wenn sich die Hyperämie der Gefässe in der Beckenhöhle oft auch auf die in der Nähe des Geschlechtsapparats liegenden Organe verbreitet, und daher fand Tilt in 20 Fällen unter 100 Hämorrhoidal-Beschwerden verschiedener Art während der Menstruation. In 12 von diesen stellten sie aich nur in der ersten Zeit nach der Cessation ein; in 4 fand keine Blutentleerung statt, in 8 wurde Blut mit den Excrementen entleert, in 4 steigerten sich die Zufälle sehr bedeutend nach der Cessation, blieben unverändert in 2, nahmen ab in 2 und zwei Mal fand eine copiöse Hämorrhagia intestinalis statt.

In einigen Fällen war statt der Blutungen ein bedeutender schleimiger Ausfluss vorhanden. In 12 Fällen unter 100 litten die Frauen an Diarrhöe, die bei 8 unregelmässig erschien, bei 4 regelmässig jeden Monat wiederkehrte.

Wenn Diarrhöe in der Deorepiditätsperiode eintritt, so erscheint sie gewöhnlich in unregelmässigen Intervallen, kann aber auch den regelmässigen Typus der Menstrualfunction annehmen, wie bei einer 45 jährigen Dame, wo sie früher

2

•• • •

jedesmal den Gatamenien vorangegangen war; und nun; ein Jahr lang mit grosser Britiahterung deren Stelle vertrat. ---Tilt beobachtete einen Fall, wo nie ein Durchfall als Vorbote der Catamenien sich eingestellt hatte, und trotzdem fünf Jehre hindurch ein solcher zwei bis drei Mal täglich, gemeiniglich ohne Schmerzen erfolgte. Dr. Day überzeugte sich von der heilaamen Wirkung wässriger Stühle, die bei ciner Frau ohne nachweisbare Ursache alle drei oder vier Monate nach der Cessation auftraten, und kannte eine andere von 87 Jahren, bei der sie in den letzten 80 Jahren ihres Lebens eine sehr wohlthätige Wirkung äusserten. Als allgemeine Regel gilt indessen, dass, wenn gewöhnlich Durchfall während der Menstruation stattgefunden hatte, in der Decrepiditätsperiode beide Secretionen allmälig sich verringern, und dies Aufhören der einen auf das der andern schliessen lässt.

Viele dieser krankhaften Zustände kommen nun vereint vor und können ein bis zehn Jahre andauern; sie bilden aber eher eine Reihe lästiger als gefährlicher Symptome.

2) in Betreff der grossen Auzahl von Affectionen, die von den Autoren als durch die Decrepidität bedingt aufgeführt werden, will Tit die Beobachtung gemacht haben. dass diejenigen Zustände, welche dem ersten Ein. tritt der Menstruation vorberzugehen pflegen, auch bei ihrem Aufhören wieder erscheinen. Se beobachtete Alibert manche Hautausschläge nut zwei Mal im Leben, ein Mal vor dem Erscheinen der Catamenien und dann nach ihrem Verschwinden. Brierre de Boismont und andere Pathologen sahen die Hysterie und Epilepsie vor diesen beiden wichtigen Epochen im weiblichen Leben auftreten, während die Kranken in der übrigen Zeit ganz frei davon gewesen waren. Tilt sah in zwei Fällen eine bedeutende Zahl von Furunkeln sich bilden, häufig einen lange Zeit andauernden Durchfall, und noch öfter nervöse und hysterische Erscheinungen in Fällen, wo während der Functionirung der Geschlechtsorgane die Frauen gar nicht oder par in geringem Grade von dergleichen Zufällen heimgesucht werden.

8) Was die übrigen zur Zeit der Decrepidität auftre-

tenden Krankheiten anbelangt, so hängt ihre Entwickelung von einer besonderen Beschaffenheit des Organismus ab, und, wie manche Aerzte annehmen, von dem Umstande, dass sich die krankhafte Thätigkeit gerade den Organen zuzuwenden pflegt, in denen ein gesteigerter Vitalitätsprocess vor sich geht. Sehr oft bewährt sich diese Theorie jedoch nicht; so behandelte *Tilt* eine Dame, die während der letzten 10 Jahre mehr oder minder an Erbrechen von Wasser gelitten, obwohl ihre Digestion früher stets sehr gut von statten gegangen war. Folgender Fall liefert ebenfalls einen Beweis dafür:

Eine Frau von 50 Jahren, deren Menses zwischen dem 18ten und 19ten Jahr erschienen, heirathete im 20sten und gebar neun Kinder, das letzte im 44sten Jahre. Im 48sten stellten sich mehrere Male Hämorrhagien ein, jedoch ohne bedeutende Zunahme von Kopfschmerzen. Die Catamenien cessirten im 49sten Jahre, ohne dass die Gesundheit weiter gestört ward, mit Ausnahme eines sehr heftigen Ausschlages von Urticaria, welcher drei Monate darauf auf der Brust zum Vorschein kam; zwei Mal kehrte derselbe in unregelmässigen Zwischenräumen wieder, und im März dieses Jahres litt sie an einem vierten Anfalle an dem unteren Theil des Rumpfs und den unteren Extremitäten.

**Tissot** sah ein Erysipelas 15 Mal innerhalb zweier Jahre mach der Cessation der Menses erscheinen, in den beiden folgenden Jahren trat es seltener auf und im fühften Jahre mur ein Mal.

# Vom diätetischen Verhalten.

Man sollte die Frauen stets von den Gefahren, welche ihnen drohen, in Kenntniss setzen, und dass es in ihrer Macht steht, sich vor denselben zu schützen. Leider kommt es noch zu häufig vor, dass die Frauen nicht darüber aufgeklärt werden, wie nothwendig es ist, Vorsichtsmassregeln zu treffen, sobald sich Abweichungen von der gewöhnlichen Quantität oder in der Zeit des Auftretens der Menses zeigen.

Im Allgemeinen leiden schwächliche Frauen von lymphatischer Constitution weniger und werden nach dem Br-

ieschen des Geschlechtslehens gesunder, kräftiger, die Blutbildung scheint sich zu bessern und es tritt eine Neigung zur Fettbildung ein. Nervöse Individuen disponiren dagegen oft zu häufig wiederkehrenden Blutflüssen und leiden in hohem Grade an den verschiedensten Cerebralerscheinungen. Kräftige, plethorische Frauen sind den meisten Gefahren unterworfen, weshalb es von der höchsten Wichtigkeit ist, dass sie mehrere Jahre hindurch in ihrer Dist und Lebensweise alles dasjenige meiden, was früher keine nachtheilige Wirkungen äusserte. Während blutarme und nervöse Frauen keine Veränderung in ihrer Lebensweise vorzunehmen brauchen, müssen nämlich die plethorischen von nun an eine Art von Hungerkur führen, nur leicht verdauliche, nicht zu nehrhefte Speisen und stets in geringer Quantität geniessen. Kräftige Constitutionen wie schwächliche befällt oft ein Gefühl von Erschöpfung und Ohnmacht, erstere müssen sich hüten, solche Zufälle durch den Gebrauch von Wein. flüchtigen Reizmitteln oder Spirituosis beseitigen zu wollen, die nur augenblickliche Erleichterung schaffen, während die Ohnmachten, der Ardor, die Schweisse und nervösen Erscheinungen nachher in höherem Grade wiederkehren. Durch den Besuch von Bällen, Gesellschaften. Theater werden diese Symptome ebenfalls gesteigert, indem das Athmen einer unreinen Luft und die hohe Temperatur, die in solchen Räumen herrscht, am meisten zu ihrer Erzeugung beiträgt. Fleissige Bewegung im Freien wirkt sehr wohlthätig; doch sollte das Reiten nach der Cessation unterlassen werden. Das zu lange Schlafen wirkt bei Plethorischen nachtheilig, und daher ist ein zeitiges Verlassen des Bettes sehr zu empfehlen, während nervöse, reizbare Individuen dem Schlafe sich nicht entziehen dürfen, indem er das beste stärkende und krampfstillende Mittel bildet.

Beim Aufhören der Menses ist auf die vicariirende Thätigkeit der Haut grosses Gewicht zu legen, mithin bedarf die Kleidung einer besonderen Beachtung. Enge Schnürleiber, zu allen Zeiten schädlich, sind um so verwerflicher, weil sie die Congestion in den Unterleibsorganen begünstigen. Sehr wichtig ist die Cultivirung der Haut, und zu diesem Zwecke sind Bäder und Frictionen des Körpers im Badé jede Woche und öfter sehr zu empfehlen. Die Temperatur muss 27 bis 29° R. betragen, die Kranke verweile eine halbe bis ganze Stunde darin und lasse einen Schwamm mit kaltem Wasser auf den Kopf legen, wenn Kopfschmerzen eintreten sollten. Die Frictionen dürfen nicht so lange fortgesetzt werden, bis die Haut roth wird; ein solches Verfahren, welches bei scrophulösen Kindern und ohlorotischen Mädchen von grossem Nutzen zein kann, ist bei Frauen in jener Lebensperiode nicht geeignet. So wie zu frühzeltige Heirathen auf den Organismus nachtheilig einwirken, so ist auch das zu späte Bingehen der Ehe, um die Zeit des Erföschens der Geschlechtsfunction mit manchen üblen Folgen verknüpft und mithin zu widerrathen.

Am meisten hat man sich aber vor der Anwendung von Emmenagogis und drastischen Abführmitteln zu hüten, um die ausgebliebenen Menses wieder hervorzurufen.

Till ward von einer 48 jährigen Dame consultirt, deren Menses im vierzehnten Jahre erschienen und regelmässig, ohne Schmerz, während des ganzen Lebens geflossen waren. Im 45sten Jahre verheirathete sie sich, worauf die Menses mit einem Male fortblieben; dafür traten Digestionsbeschwerden, tympanitische Auftreibung des Unterleibs und eine grosse Besorgniss um das Leben ihres Kindes ein, indem sie sich für schwanger hielt. Als diese Hoffnung nicht in Erfüllung ging, war sie untröstlich, und verlangte nun Mittel, um die unterdrückte Menstruation wieder hervorzurufen. Till fand nach genauer Untersuchung keinen kränkhaften Zustand und rieth ihr nichts zu gebrauchen. Dennoch liess sie sich von einem andern Arzt Eisenpräparate, Abführmittel und Emmenagoga verordnen, die Anfangs ohne Wirkung blieben, dann aber eine furchtbare Hämorrhagie veranlassten. Mehrere Monate wiederholten sich die Blutflüsse und führten eine bedeutende Abmagerung und Entkräftung herbei. Tilt fand nun eine schmerzhafte Anschwellung des Uterus, mit Granulationen auf beiden Lefzen des Muttermundes. Blutegel an diese Stelle applicirt, und des wiederholte Touchiren mit Höllenstein beseitigte zwar das locale Leiden, jedoch trotzten die nervose Reizbarkeit und

## und das Verhalten des Ardies etc.

die Nysterischen Zufälle, welche sich entwickelien, allen. Nittein.

. . .

# Pharmaceutische Mittel.

Blutentleerungen beseitigen oft am schnellsten die entständlichen Erscheinungen: die allgemeine Plathera, den Arder volaticus, die Schweisse und die anhaltenden Kopfschmerzen an denen Frauen um diese Zeit zu leiden pflegen; doch ist in solchen Fällen wohl zu unterscheiden, und eine genzue Bertacksichtigung aller begleitenden Umstände vonnöthen, da bei zweien Kranken, die an denselben Symptomen leiden, die Blutentziehung sich bei der einen beilsam, bei der andern nachtheilig erweisen kann.

Tilt wurde von einer 51 jährigen mageren, schwächlichen Frau, mit bleicher Gesichtsfarbe, zu Rathe gezogen. thre Menses waren im 15ten Jahre aufgetreten und stets regelmässig erschienen, ausgenommen während der dreimaligen Schwangerschaft. Die Blutmenge war mässig und die Geschlechtsfunction nahm ailmälig ab und hörte im 48sten Jahre ganz auf. Einige Monate lang fühlte sie gan keine Beschwerden ... dann aber stellten sich Ardor volaticus und Schweisse ein. Ein ausgezeichneter französischer Arzt verordnete einen Aderlass von 10 Unzen, worauf sich eine geringe Besserung zeigte, die jedoch nicht lange anhielt, indem die Erscheinungen von Plethora wiederkehrten; es wurden nun abermals 10 Unzen Bluttentzogen. Hierauf trat eine auffallende Verschlimmerung ein. Tilt fand eine Pulsfrequenz von 75 Schlägen, leitete dieselbe aber schr richtig von dem vorhandenen Schwächezustande her, sowie die vorhandenen Erscheinungen von einer nervösen Irritgbilität. Es wurden beruhigende Mittel, milde Purganzen angeordnet und eine kräftige Diät empfehlen, worauf der Zustand sich schnell besserte und mehrere Bückfälle durch dasselbe Verfahren leicht beseitigt wurden.

In dem folgenden Falle war dagegen die entgegengesetzte Heilmethode erforderlich. Die Kranke, 53 Jahre alt, pletherisch, menstruirte seit dem 13ten Jahre in sehr reichlichem Manse, die Menses waren seitdem stets regelmässig ١

••••••••

und ziemlich copies wiedergekehrt. Um die Zeit der Decrepidität wurde sie zwei Mal von einer Hämorrhagie heimgesucht, worauf sich ihr Gesundheitszustand besserte. Die Catamenien cessirten im 51sten Jahre, und an ihre Stelle trat Diarrhöe, die sich in unregelmässigen Intervallen einstellte, auf die Verdauung und Kräfte der Kranken aber keinen Einfluss ausübte. Als diese vicariirende Secretion aufhörte, fing sie an über Benommenheit des Kopfs mit Schwindel und hin und wider über Ardor volaticus und starke Schweisse zu klagen. Wegen dieser lästigen Beschwerden hatte sie mehrere Aerzte um Rath gefragt, die ihr grosse Dosen Chinin, Plumbum aceticum und dergleichen, aber ohne Erfolg verordnet hatten. Tilt liess einen Aderlass von 12 Unzen machen, worauf der Schwindel, die Hitze und die Schweisse bedeutend nachliessen. Hierauf rieth er den Därmkanal durch milde Abführmittel offen zu erhalten, kohlensäurehaltige Limonade im Laufe des Tages zu trinken und wöchentlich ein Bad, in dem sie eine Stunde verweilen sollte, zu nehmen. Dabei jeden Mittag ein Glas Wein und fleissige Bewegung im Freien.

Nach vier Wochen waren alle krankhaften Krscheinungen geschwunden und die Kranke fühlte sich mehrere Monate genz wohl, als plötzlich dieselben Zufälle ohne nachweisbare Ursache wieder ausbrachen. Tilt verordnete einen Aderlass und die oben angegebenen Mittel mit gleich gutem Erfolg. Bei häufigen Recidiven muss man die Quantität des entzogenen Bluts immer mehr vermindern, um keinen Zustand von nervöser Reizbarkeit herbeizuführen.

Obwohl in diesen beiden Fällen dieselbe Symptomenreihe vorhanden war, so musste doch eine ganz verschiedene Behandlungsweise eingeschlagen werden.

Blutentleerungen werden aber besonders indicirt sein, wenn in Folge der durch das Cessiren der Menses hervorgerufenen Congestion in den Geschlechtsorganen eine entzundliche Affection des Uterus oder anderer Organe sich entwickelt. Dann muss gleichzeitig eine entziehende Diät und ruhige Lebensweise streng anempfohlen werden, und sehr oft würde man mit den letzteren Vorschriften ausreichen, wenn die Kranken sich entschliessen könnten, ihren

# und das Verhalten des Arstes etc.

gewohnten Zafelfreuden und den Vergnügungen aller Art zu entsagen. Sollte es nöthig werden, die Blutentleerung mehrere Male zu wiederholen, so muss die Quantität des eutzogenen Bluts mit jedem Male vermindert werden.

Blutegel wirken der allgemeinen Blutentleerung analog, ohne jedoch eine so allgemeine Umstimmung im Organismus hervorzurufen. Applicirt man sie an den Uterus selbet oder an die Schamlippen oder an den After, so beseitigen sie die Congestion in den Geschlechtsorganen, die sich zuerst entwickelt, und zeigen sich daher sehr wohlthätig in manchen Fällen von Suppressio mensium; hier aber würden sie im Allgemeinen eher zu widerrathen sein, weil dadurch das Blut noch mehr nach dem Geschlechtsapparate gelenkt werden würde. Nur in einzelnen Ausnahmefällen kann die Application von Blutegeln gestattet werden, wie im folgenden.

Die Kranke, 45 Jahre alt, litt an heftigen Schmerzen im Kreuze, wogegen ihr ein Senfteig verordnet wurde, und da keine Besserung eintrat, rieth man ihr zu einem Vesicator in der Lendengegend. Unmittelbar darauf trat Paraplegie ein. Nachdem mehrere Mittel vergeblich angewandt worden, wurden auf den Bath eines ausgezeichneten Londoner Arztes, der die Zufälle von der frühern Unregelmässigkeit der Menses herleitete, Blutegel an den Uterus applicirt. Die Paraplegie nahm hierauf allmälig ab und schwand endlich ganz. —

Die älteren Aerzte waren der Ansicht, dass die Wirkungen des Aderlasses verschieden seien, je nachdem das Blut aus der V. mediana oder saphena entzogen werde, jetzt machen wir solche Unterschiede nicht mehr. Frühar liess man bei Suppression der Menses an der V. saphena zur Ader, während der Schwangerschaft wurde aber der Arm gewählt, weil man beim Aderlass am Fusse Abortus befürchtete. Tritt bei plethorischen Frauen Suppression der Menses ein, so sah Tilf sie weit öfter nach einem Aderlasse am Arme wieder zum Vorschein kommen.

Was die beruhigenden Mittel anbelangt, so hat man ver deren Anwendung, und besonders vor der des Opiums im den letzten Jahren-eine gewisse Scheu gefühlt; die Aerste vergessen aber, dass es hier nur bezweckt werden soll, die Kranken von ihren Schmerzen zu befreien und ein Organ zu seiner normalen Functionsverrichtung wieder zurückzu führen, ohne künftige Störungen und Nachtheile. Hier sind oft die Sedativa von unberechenbarem Nutzen, indem sie nicht nur den activen Schmerz beseitigen, sondern auch die zu gesteigerte Thätigkeit der Organe mässigen und tonisirend wirken. Das Gefässsystem steht unter der unmittelbaren Botmässigkeit des Nervensystems, und oft lassen sich daher Hämorrhagien durch einen verständigen Gebrauch beruhigender Mittel verhüten.

Wie häufig Cerebralerscheinungen zur Zeit der Deerepidität auftreten, ist schon bereits oben angegeben worden und in den milderen Formen von Kopfschmers, Schwindel, hysterischen Erscheinungen sind sie allein im Stande. Heilung herbeizuführen. Tilt empfiehlt nur in den höheren Graden von Schmerzen im Rücken oder in der hypogestrischen Gegend das Opium, und zwar Vin. Opii gtt. 30-40 mit Amylum in 3 Unzen als Clysma, ein, zwei oder drei Mal täglich, je nach der Intensität. Auch verordnet er ein Opium- oder Belladonnapflaster auf das Kreuzbein, auf die Lumbargegend, und zumal auf die Magengrube, die von der Kranken so oft als Ausgangspunkt ihrer Leiden beschuldigt wird. Dass hier ein Centralpunkt des sympathischen Nervensystems seinen Sitz haben muss, geht schon daraus hervor, dass ein Schlag, Stoss auf die Magengegend bedeutende Zufälle, Ohnmachten, ein Gefühl von Erlöschen des Lebens u. s. w., und sogar oft jähen Tod herbeiführt.

Tilt rühmt ebenfalls den Camphor, ohne weichen er die in der Decrepiditätsperiode auftretenden Krankheiten nicht behandeln möchte, und verordnet gewöhnlich die Mixtura camphorata als Vehikel für andere Arzneien. — Aus den folgenden Beispielen wird sich am besten ersehen lassen, welcher Art seine Behandlung ist.

Eine Frau von 48 Jahren, deren Menses zwischen dem 13ten und 14ten Jahre, und zwar Anfangs sehr reichlich auftraten, dann regelmässig, ohne bedeutende Schmerzen flossen, verheirathete sich im 25sten Jahre und gebar ein Kind; zwei Mal fand Abortus statt. Seit den letzten acht

282

Nonaten waren Umegelmässigheiten in der Menstrustion eingetreten, indem die Catamenien zuweilen sehr spärlichj eft sehr copids flossen, verbunden mit bedeutendem Ardor volaticus, Schweissen, drückendem Schmerz in der Stirngegend und Eingenommenheit und Schwere des Kopfs mit Neigung zum Schlef.

**Till** verordnete eine Mintur aus Kali carbonici, Tinct. Cardamomi  $\overline{a} \ \overline{g} \beta$ , Tiuct. Hyoscyami 3vj in  $\overline{g}$ vj Mixt. camphoratae, vor jeder Mahlzeit ein Theelöffel in etwas Wasser zu nehmen und einen halben Theelöffel Natrum bicarbonicum mit etwas gepulvertem Ingwer in einem Glase kalten Wassers nach jeder Mahlzeit. Ferner verschrieb er 5 bis 10 Gran Sapo- und Aloëpillen Abends zu nehmen, wenn es nöthig wäre, um den Darmkanal offen zu erhalten. — Diese Behandlung ward drei Wochen hindurch fortgesetzt und dann anstatt der Aloëpillen ein Pulver aus Flor. sulphur.  $\overline{g}$ jj und Natron bicarbonioum  $\overline{g}$ jj verordnet, Abends einen Theelöffel in etwas Milch zu nehmen.

Bei dieser Kur und vielleicht auch in Folge der Eruption eines papillösen Ausschlages an beiden Armen und Beinen, der mit heftigen Jucken verbunden war, verschwanden die Cerebralzufälle bald. In Folge eines sehr intensiven Anfalles von Influenza traten die obigen Erscheinungen von Neuem auf, wichen aber derselben Behandlung.

Sehr wirksam zeigen sich in solchen Fällen die Alkalien, indem sie nicht nur einen günstigen Einfluss auf die Digestion ausüben und ohne Zweifel auch die Blutmiechung verbessern. Besonders ist auf ihre Eigenschaft, die Urinsecretion zu befördern, Gewicht zu legen, die zur Zeit der Cessatio mensium sehr oft nur spärlich von statten geht. Häufig beobachtet man auch Sedimente im Urin, was auch bei sehr vielen Frauen jedesmal zwei oder drei Tage vor dem Erscheinen der Catamenien stattfindet. Dieser Erscheinung ist wohl noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Tilt bedient sich gewöhnlich des doppelt kohlensauren Natrons, und giebt es Anfangs nur ein oder zwei Mal täglich. Bei nicht sehr heftigen und lange anhaltenden Zufällen wird diese Kur vier Wochen lang fortgesetzt, dann 14 Tage pausirt und von Neuem begonnen, verbunden mit lauwarmen Bädern, wöchentlich ein Mal, Waschungen des Kopfes mit Essig und kaltem Wasser mehrere Male täglich oder Fussbädern von heissem Wasser jeden Abend von der Dauer einer viertel bis ganzen Stunde.

Bine Dame von 47 Jahren, deren Menstruation nach dreimonatlicher Dauer von Gehirnzufällen zwischen dem 13ten und 14ten Jahre erschienen war, und Anfangs alle drei Wochen, in mässiger Quantität und ohne Schmerz wiederkehrte, heirathete im 16ten Jahre, abortirte drei Mal, gebar sieben Kinder und die Menses cessirten mit einem Blutflusse im 44sten Jahre, nachdem sie wiederholt Jahre lang manche Unregelmässigkeiten gezeigt. Seit ungefähr einem Jahre hatte sie schon an Cerebralzufällen gelitten, worauf sich eine bedeutende Hämoptysis einstellte, die ihr grosse Brleichterung schaffte. Seitdem litt sie oft an Ohnmachten, Ardor volaticus, Schweissen und zuletzt auch an fliessenden Hämorrhoiden. Sie sah sehr angegriffen, verstört und wie eine Irre aus, klagte über Ohrensausen und heftigen Schwindel. Zuweilen verspürte sie eine brennende Hitze rund um die Brust, die sich über den ganzen Körper verbreitete und mit profusen warmen Schweissen auf der Brust endete. Sie verglich diese Empfindungen mit denen, welche der Hämoptysis vorangingen. Tilt schlug das oben angegebene Verfahren ein, nur setzte er Tinct. Hyosoyami 3vj zu der Mixtur von Zvj, von der er einen Theelöffel 4 Mal täglich nehmen liess; ferner verordnete er ein grosses Pflaster aus Opium und Camphor auf die Herzgrube und den unteren Theil der Brust. Die Kranke fühlte darauf einige Besserung, war aber sehr schwach. Ein geringer vesiculöser Ausschlag war auf dem Rücken der linken Hand erschienen. Zwei Anfälle von Ohnmacht stellten sich ein. Es wurde eine Unze Spir. nitrico-aether. zur Mixtur hinzugesetzt. Drei Wochen darauf hatte sich ihr Aussehen sehr gebessert, aber das Gehen war ihr noch sehr beschwerlich, Schmerzen im Kopfe und Schwindel traten nur von Zeit zu Zeit auf. In den letzten Tagen befand sich die ganze Haut in einem Zustande leichter Transpiration. Nach und nach genas die Kranke vollständig; die Kräfte nahmen immer mehr zu.

### und das Verhalten des Arates etc.

Zu den bäufigsten für die Menstruation vicariirenden Krankheiten gehört die Diarrhöe, daher bedienten sich auch schon die alten Aerste der Abführmittel vor jener Zeit, um auf diese Weise eine Ableitung zu schaffen, jedoch wird auf sie ein zu grosses Gewicht gelegt, während andere wichtige Heilmittel gar nicht in Anwendung gezogen werden.

C. M., 58 Jahre alt, deren Menses in sehr reichlicher Menge zwischen dem 15ten und 16ten Jahre eingetreten waren und alle drei oder vier Wochen regelmässig drei bis vier Tage lang ohne irgend eine Beschwerde flossen, verheirathete sich im 33sten Jahre, abortirte drei Mal und gebar fünf Kinder, das letzte im 47sten Jahre, die Menstruation, die ein Jahr vor der Conception schon unregelmässig gewesen, tret nach der Entbindung nicht wieder auf. Gewöhnlich fand während der Menstruation Durchfall statt. Während der letzten Schwangerschaft und nach der Ent-. bindung hatte sie oft drei oder vier Stuhlentleerungen täghish gehabt, ohne Schmerz oder Abnahme des Appetits, und seitdem stellte sich jeden dritten oder vierten Monat Diarrhöe ein, mit intermittirendem Ardor volaticus und Schweissen. Im letzten Jahre erfolgten die Ausleerungen sechs bis sieben Mal täglich, kam es aber einmal vor, dass nur einer an jedem Tage oder jeden zweiten Tag eintrat, so litt sie an Hitze, Druck in der Herzgrube, Ructus, Uebelkeit und Appetitlosigkeit, obwohl die Zunge rein und sie vollkommen wohl war. Wurden dann Abführmittel gereicht, so verleren sich diese Brscheinungen.

Tilt hat seine eigenen Beobachtungen und die von Butler Lane mitgetheilten Fälle zusammengestellt und gefanden, dass unter 449 nur in 104 keine Störung in der Function der Unterleibsorgane vorhanden war. An Diarrhöe litten 199 Individuen, also ungefähr 50 von 100. Der Darmkanal und die Geschlechtsorgane liegen so nahe an einander, dass es nicht auffallen kann, wenn die Functionen des einen durch die der andern gestört oder modificirt werden. Butler Lane will stets zur Zeit der Cessation Störungen in der Gallensecretion beohachtet haben. Nicht selten klagen Frauen über einen bitteren, pappigen Geschmack, ein Gefühl von Brennen im, Halse, Kopfschmerz in der Stirn, Uebelkeit und sogar Erbrechen, der Urin ist dun, kei gefärbt und die Stuhlentleerungen reichlich mit Galle, vermischt, verursachen ein Brennen und Stechen am After; die Zunge ist dick belegt und die Haut seigt eine gelbliche Färbung. In solchen Fällen zeigt sich oft eine Dasis, Calomel oder ein Abführmittel erfolgreich. Doch muss man sich wohl hüten, in allen Fällen dasselbe Verfahren einzuschlagen, denn oft wird die Blutsecretion, welche die Natur allmälig zu vermindern sucht, dadurch von Neuem hervorgerufen; weit geeigneter sind von Zeit zu Zeit gereichte milde ertöffnende Mittel, die allmälig die Plethors in den Unterleibsorganen beseitigen.

Der Arst kann in keinen grösseren Fehler verfallen, als wenn er die nach dem Aufhören der Menstruation stattfindende Leucorrhöe für das Symptom einer wichtigen Affection des Uterus hält, die eine örtliche Untersuchung und Application von Aetzmittein erfordert; denn, wie schen angegeben, mindert sich gewöhnlich die entzündliche Thätigkeit nach dem Erlöschen der Functionen des Geschlechtsapparats. Ein Schleimfluss kann weit eher für ein Schutzmittel, als für das Zeichen einer ernstlichen Störung angesehen werden. Tilt traf bei 58 Frauen unter 190 Leucorrhöe an, von diesen nahm sie bei 44 nach der Gessation der Menses zu, blieb bei 8 unverändert und verminderte sich nur bei 6.

Man darf deher diese vicariirende Secretien nicht unterdrücken, und nur dann einschreiten, wenn sie zu copide wird, dabei für gehörige Darmentleerung und Thätigkeit der Haut Sorge tragen. Fleissiges Reinigen mit lauwarmenn Wasser ist allein zu empfehlen, dagegen jede Art von Rinspritzung verwerflich. Nur bei sehr copidsen, übekriechenden und corrodirenden Ausflüssen, die mit heftigen Kreuzsehmerzen verbunden sind, lässt sich vermuthen, dess sich Ulcerationen auf dem Mutterhalse gebildet haben, und hier ist eine Ocularinspection jedenfalls erforderlich:

Was endlich die Mineralbrunnen anbelangt, die Frauen in diesen Jahren verordnet werden, so muss auch hier mit der nothwendigen Umsicht verfahren werden, webei auf

# XXI. Br. Hohl, Bericht üb. d. K. Enthinds-Institut etc. 287

die Anamnese, die Constitution der Kranken und die verbandenen Erscheinungen Rücksicht, zu nehmen ist. Niemals lasse man aber ein stark eingreifendes Mineralwasser gebrauchen, oder die Kur so lange fortsetzen, dass eine grosse Erschöpfung herbeigeführt wird. Leichte alkalische: oder Schwefelwässer sind gewöhnlich die geeignetsten.

11

:

XXI

· ·

Sec. 1 Strange . 1

and the state of the

. .

•. .

10-1 i 1 . . . . . . . .

Bericht über die Vorgänge im Königl. Entbindungs-Institut der Universität zu Halle und in der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten im Jahre 1852.

## Von

Professor Dr. Hehl.

# A. Institut.

Aus dem verflossenen Jahre waren Bestand geblieben 9 Schwangere und 1 Wöchnerin; es wurden 97 Frauen neu aufgenommen. 4 verliessen unentbunden die Anstalt, 96 wurden entbunden, 2 derselben von Zwillingen. Von den Kindern waren 55 Knaben und 43 Mädchen. 91 Wöchnerinnen und 82 Kinder wurden gesund entlassen, 1 starb in der Anstalt. Von den Kindern waren 88 lebend geboren, 10 todt geboren, 2 starben in der Anstalt. Am. Schlusse des Jahres blieben 6 Schwangere, 5 Wöchnerinnen und 5 Kinder als Bestand.

Die Kinder stellten sich in folgenden Lagen zur Geburt: 69 in der 1sten Schädellage, 1 in derselben mit vorgefallener Nabelachnur; 28 in der 2ten Schädellage, 1 in.

## 288 XXI. Dr. Hohl, Bericht ub. d. K. Enthindungs-Institut

derselben ohne Drehung des Hinterhauptes nach vorn; 2 in der 1sten Beckenlage; 1 in der 1sten complizierten Beckenlage; 1 in der 1sten Schulterlage.

Der Verlauf der Geburten war 76 Mal natürlich, 3 Mal wurde er durch Arzneien, 6 Mal durch Lagerang geregelt, 13 Mal war operative Hülfe nöthig.

Die Zange wurde 2 Mal wegen Wehenschwäche, 1 Mal wegen Vorfall der Nabelschnur zu Hülfe genommen, 5 Mal war die Extraction wegen Wehenschwäche erforderlich, 1 Mal die Wendung wegen regelwidriger Kindeslage, 1 Mal das Accouchement forcé wegen Placenta praevia; 3 Mal wurden die Eihäute gesprengt, 4 Mal die Placenta künstlich entfernt.

Von den Schwangeren erkrankten: 6 an Catarrhus pulmonalis (geheilt); 1 en Pleuritis (geheilt); 1 an Epilepsie (ungeheilt entlassen); 2 an Syphilis (dem Krankenhaus übergeben); 1 an Ulcera varicosa (geheilt). Von den Wöchnerinnen litten: 2 an Catarrhus pulmonalis (geheilt); 1 an Pleuritis (geheilt); 5 an Metritis und Peritonitis (vier geheilt; eine Kranke in der Anstalt gestorben); 1 an Lymphangitis (geheilt); 6 an Mastitis (geheilt); 4 an Mamillae excoriatae (geheilt); 8 an Ulcera puerperalia (geheilt). Von den Neugebornen erkrankten: 6 an Ophthalmia neonatorum (geheilt); 3 an Catarrhus intestinalis (geheilt); 5 an Aphthae lactantium (geheilt); 7 an Anohyloglosson (operirt); 1 an Inflammatio telae cellulosae (gestorben); 1 an Atrophia (gestorben).

Januar: 8 Geburten. Bei einer Mehrgebärenden trat der Kopf, der in der 2ten Schädellage vorlag und auf dem linken Darmbeine aufstand, erst in das Becken herab, nachdem die Kreissende auf die linke Seite gelagert worden war. Nach der Geburt des Kindes musste die Placenta entfernt werden, da in Folge theilweiser Lösung derselben eine ziemlich bedeutende Blutung eingetreten war. Bei einer andern Mehrgebärenden verliefen die 8te und 4te Geburtsperiode sehr langsam, da die Drehung des Hinterhauptes nach rechts und vorn nicht erfolgt war.

Von den 8 Wöchnerinnen bekam 1 wunde Brustwarzen, 1 eine Brustdrüsenentzundung der linken Seite und

# der Universität zu Halle im Jahre 1882.

24

1 einen Langencatarrh. Dieselben wurden geheilt aus der Anstalt entlassen. Eine 4te Wächneirin aber erkrankte an einer Perimetritis und starb am 11ten Februar auf der Anstalt. Diese Person, 26 Jahre alt; ein kräftiges und gesundes Mädchen, war am 1sten Jahuar von einem Mädchen leicht und glücklich entbunden worden. In den ersten 6 Tagen nach ihrer Entbindung befand sich die Wöchnerin ganz wohl; am 7ten begann sie, nachdem Fröstein mit darauf folgender Hitze vorausgegangen war, über eine Empfindlichkeit in der Gegend des linken Bierstocks und der Gebärmutter, welche letztere auch noch verhältnissmässig gross und etwas schlaff durch die Bauchdecken zu fühlen war, zu klagen. Dabei war der Puls etwas frequent, der Durst vermehrt, die Haut trocken, die Secretion der Milch und der Lochien noch nicht vermindert, aber letztere etwas abeiriechend, Stuhlgang war seit 2 Tagen nicht vorhanden gewesen. Blutegel auf die schmerzhaften Stellen gesetzt. sodann Breiumschläge und die Application eines eröffnenden Kivstirs und innerlich Calomel und Jalape, verminderten zwar etwas die Schmerzen, aber bei tieferem Druck war noch Empfindlichkeit vorhanden. Auch das Fieber blieb, denn der Puls blieb frequent, der Durst vermehrt, die Haut trocken und späterhin wurde auch die Secretion der Milch vermindert, stockte endlich ganz und die Lochien wurden sparsamer und sehr übelriechend, weshalb injectionen von Aqua oxymariatica verordnet wurden. Nachdem dieser Zustand der Wöchnerin bis auf Schmerzen, die beim Druck auf die Schambeinäste eintraten, aber durch Blutegel und Breiumschlüge bald wieder beseitigt wurden, eine Zeit hindurch ein unveränderter geblieben war, trat am Abend des 11ten Tages der Krankheit ein ziemlich heftiger Schuttelfrost ein, dem starke flitze und Schweiss folgten. Da derselbe sich in den nächstfolgenden Tagen fast um dieselbe Zeit wiederholte, so wurde Chinin gegeben. Die Prostanfälle blieben hierauf 2 Tage lang aus, aber am Abend des Sten Tages trat wieder ein neuer Anfall ein. Von dieser Zeit an wurden die gastrischen Organe, deren Function bis dahin nicht wesentlich gestört war, in Mitleidenschaft gezogen; denn der Appetit verlor sich ganz und an die Honateschr, f. Geburtsk, 1884. Bd. III. Hh. 4. 19

100

### 299 / XXI. 'Dr. Hohl, Benicht üb. d. K. Enthindungs-Institut

Bielle des bisher trägen Stuhigangs, trat ein nieutlich häufiger Durchfall. 'Auch begann die Kranke jetzt über Bingenommenheit des Kopfes zu klagen, ihr Durst war sehr gross, Zunge ganz trocken, Puls sehr frequent. Der Schlaf, weicher im Beginne der Krankheit nicht wesentlich gestört war, wurde von jetzt ab unruhiger und häufig unterlarechen. Die Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes hatten sich zwar nicht vermehrt, aber mehr nach oben und anten ausgebreitet und durch die Percussion war Exsudet in der Bauchhähle nachzuweisen. Bei der um diese Zeit per vaginam angestellten Untersuchung fanden: wir die Scheide aufgelockert: 'die Kranke empfand beim Druck gegen die Schambeinäste wieder lebhafte Schmerzen; der Ausfluss aus der Gehärmutter hatte aufgehört. Der Kranken, deren Kräfte durch den häufigen Durchfall, die immer wiederkehrenden Frostanfälle und die unruhigen und schlaflosen Nächte mehr und mehr verfielen, wurden vergebens Seizsäure in einem Chinadecoct, Chinin und Abends Bfber Doson Pulv. Doweri gegeben. Der Durchfall hielt an, die Frostanfälle wiederholten sich und raubten der Kranken vollständig den Schlaf. Im Anfange der 5ten Woche gesellte sich noch eine Pleuritis auf der linken Seite hinnu, der jeine beträchtliche Exsudation in die linke Pleurabähle folgte. Von dieser Zeit an sanken, die Kräfte der Kranken sehr schnelt und in den letzten Tagen den 5ten. Woche lag sie beständig in einem soporösen Zustande. Sie starb. endlich am Ende der 5ten Woche ihrer Krankheit.

Die Section der Leiche ergab Folgendes: Der Körper bot ein sehr abgemagertes Ansehen dar. Im Gehirn fend sich, mit Ausnahme eines geringen Exsudats auf der Argehneidea und einer ziemlich starken Injection der oberflächlichen Hirnvenen, nichts Anomales; das Herz war schlaff und enthielt einige dunkle Blutgerinnsel; die Longen waren von gesunder Beschaffenheit. Die Pleura der linken Seite war verdickt und ein ziemlich beträchtliches Exsudat von trüber Beschaffenheit: in der linken Pleurahähle vorhanden. Bei der Oeffnung der Bauchhöhle zeigte das Peritonäum, namentlich an seinem Ueberzuge der gastrischen Organe, die Spuren einer bereits chronischen Entzündung, dunkle Injection seiner Capillaren. Flüssiges Exsudat war in bedeutender Menge vorhanden; es zeigte eine trühe und eitrige Beschaffenheit. Bei der Oeffnung des Darmes fanden sich zumal im Dickdarm viele Geschwüre, die von der Schleimhaut ausgingen. Der Uterus war etwas grösser als normal; sein Peritonäelüberzug verdickt. Der Eierstock der linken Seite zum Theil durch Eiterung zerstört.

Bei der Oeffnung des Uterus fanden wir seine innere Fläche mit einer dicken grauen Schicht belegt, aber seine Venen und Lympbgefässe waren gesund. Leber, Milz und Nieren waren gesund. Die Schenkelvenen waren nicht durch Faserstoffgerinnsel verstopft.

Februar: 13 Geburten. Zwei Knaben wurden todt gehoren. Bei einer Mehrgehärenden wurde die anomale Wehenthätigkeit durch Arzneien geregelt. Bei einer Erstgebärenden musste die Lösung und Wegnahme der Placenta wegen einer starken Blutung aus der Gebärmutter vorgenommen werden. Eine Wöchnerin bekam wunde Brustwarzen, eine andere eine Entzündung der rechten Brustdrüse und eine dritte eine Metritis; sie verliessen aber geheilt die Anstalt. Von den Kindern bekamen 2 eine Augenentzündung und ein 3tes erkrankte en einem heftigen Intestinalcatarrh. Auch sie verliessen geheilt die Anstalt.

März: 9 Geburten. Bei einer Mehrgebärenden verlief die Geburt sehr langsam, da der Kopf, welcher in der 1sten Schädellage vorlag, links und hinten aufstand und trotzdem, dass die Kreissende immer auf der linken Seite lag, dauerte es gegen 36 Stunden, ehe derselbe in das Becken herabtrat. Hierauf verlief die Geburt sehr schnell, aber das Kind wurde todt geboren.

April: 8 Geburten. Bei einer Mehrgebärenden war mit dem Abfliessen des Fruchtwassers eine grosse Schlinge der Nabelschnur an der hintern Beckenwand neben dem in der 1sten Schädellage vorliegenden Kopfe vorgefallen. Es gelang uns nicht, dieselbe zu reponiren. Da im weitern Verlaufe der Geburt die Circulation in der Nabelschnur plötzlich aufhörte, so musste zur Anlegung der Zange geschritten werden. Durch 2 Tractionen wurde der Kopf entwickelt. Das Kind kam scheintodt zur Welt, starb aber

291

19\*

# 2092 XXI. Dr. Hohl, Bericht ub. d. K. Entbindungs-Institut

trotz der angestellten Belebungsversuche. — Bei einer Erstgebärenden machte eine nach erfolgter Geburt des Kindes entstehende Blutung in Folge theilweiser Lösung der Placenta deren vollständige Lösung und Wegnahme nothwendig.

Mai: 10 Geburten. Eine Mehrgebärende, ein gesundes und kräftiges Mädchen von 30 Jahren, wurde am 5ten Mai in das Entbindungs-Institut aufgenommen. Sie befand sich im 9ten Monate ihrer Schwangerschaft. Schon 14 Tage vor threr Aufnahme hatte die Schwangere sehr viel Blut aus der Scheide verloren, ohne dass sie eine Veranlassung dazu anzugeben wusste. Am 1sten Tage nach ihrer Aufnahme verlor sie wiederum viel Blut aus der Scheide und die nun angestellte Untersuchung ergab Folgendes: An dem Uterus waren 2 ziemlich stark hervorragende Wölbungen bemerkbar, die durch eine tiefe Furche, welche von oben und links nach unten und rechts verlief, getrennt waren. In einer jeden dieser Wölbungen waren kleine Kindestheile zu fühlen, auch wollte die Schwangere in beiden Seiten des Leibes die Kindesbewegungen gespürt haben. Der Herzschlag des Kindes war in beiden Seiten zu hören, ebenso war das Placentarstellengeräusch links und rechts, dicht über den Schambeinen, links etwas nach oben reichend, zu vernehmen. Es war vollkommen die Gestalt eines Uterus bicornis. - Bei der innern Untersuchung fanden wir die Vaginalportion von unten erhoben gleich weit den äusseren Muttermund in der Grösse eines Viergroschenstücks geöffnet. In den oberen Theil des Kanals vom Mutterhalse mundete zu jeder Seite ein Muttermund von jedem Horne ein. In jedem Muttermunde fühlte man das Vorliegen einer Placenta. Am 7. Mai früh 6 Uhr trat wiederum eine sehr profuse Blutung ein. In Folge des starken Blutverlustes traten einige Male Krämpfe ein, die durch geeignete Mittel wieder beseitigt wurden. Gegen 8 Uhr früh war der 'äussere Muttermund etwas mehr geöffnet und dehnbarer, so dass zur Operation geschritten werden konnte. Die grössere Trennung der Placenta im rechten Horn indicirte das Accouchement forcé in demselben zuerst zu unternehmen. Es wurde ohne besondere Schwierigkeit ausgeführt.

### der Universität zu Halle im Jahre 1852. 298

Das Kind, ein Knabe, wurde scheintodt geboren, konnteaber nicht zum Leben gebracht werden. Die Plecenta folgte. Man vernahm jetzt links und unten des Placentarstellengeräusch, das rechts verschwunden war. Auch zog sich das entleerte Horn zusammen. Als nach der Geburt des ersten Kindes der Kreissenden etwa 10 Minuten Zeit zu ihrer Erholung gegönnt worden waren, wurde zur Wendung und Extraction des zweiten Kindes geschritten. Auch diese Operationen wurden leicht ausgeführt. Bei der Lösung der Placenta des zweiten Kindes fühlten wir deutlich, dass der Uterus aus zwei Hälften bestand, die durch eine bis zum innern Muttermunde herabreichende Scheidewand getrennt waren. Auch die vorschreitende Rückbildung des Uterus liess die Bicornität deutlich erkennen. Beide Kinder wurden gewogen, und wir fenden, dess das eine Kind drei und ein halbes Pfund, das andere drei Pfund schwer war. (S. deutsche Clinik, 1858, Nr. 1 und 2.)

Juni: 6 Geburten. Eine Wöchnerin bekam eine Mastitis auf beiden Seiten, welche durch Bestreichen mit Collodium vollständig geheilt wurde.

Juli: 7 Geburten.

August: 5 Geburten.

September: 8 Geburten.

October: 10 Geburten. Eine Mehrgebärende, bei der der Kopf sich in der ersten Schädellage zur Geburt gestellt und auf dem linken Darmbeine aufstand, musste auf die linke Seite gelagert werden, worauf der Kopf bald in das Becken herabtrat und kräftige Wehen die Geburt schnell beendeten.

November: 8 Geburten. Bei einer Erstgebärenden musste der Kopf, in der ersten Schädellage vorliegend, mit der Zange entwickelt werden, nachdem er 4 Stunden am Beckenausgange gestanden und die nur schwachen Wehen ihn nicht mehr vorwärts zu bewegen vermocht hatten. Bei einer andern Erstgebärenden musste die Placenta wegen bestehender Gebärmutterblutung gelöst und entfernt werden. Bei einer Mehrgebärenden wurde die regelwidrige Webenthätigkeit und das ziemlich heftige Erbrechen, welches gewöhnlich nach einer Wehe eintrat, durch einige

# 294 XXI. Dr. Hohl, Bericht üb. d. K. Entbindungs-Institut

Tropfen Opiumtinctur beseitigt. Eine andere Mehrgebärende' musste während der dritten Geburtsperiode auf die linke Seite gelagert werden, da der Kopf, in der ersten Schädellage vorliegend, auf dem linken Darmbeine etwas aufstand.

December: 9 Geburten. Bei einer Erstgebärenden, bei welcher sich das Kind in der ersten Steisslage zur Gehurt gestellt hatte, musste wegen Wehenschwäche die Extraction gemacht werden. Das Kind kam todt zur Welt. und war von dem Tode des Kindes die frühzeitige Lösung der Placenta, die sogleich nach der Geburt des Kindes ausgestossen wurde, die Ursache. Eine zweite Erstgebärende bekam am 18. December früh zwischen 8 und 9 Uhr die ersten Wehen. Bei der äussern Untersuchung der Kreissenden fanden wir, dass der Leib einen ziemlich grossen Umfang hatte; in beiden Seiten war an dem Uterus eine Wölbung bemerkbar. Kindestheile liessen sich in beiden Seiten des Uterus durchfühlen; der Herzschlag des Kindes sowohl, wie auch das Placentargeräusch waren in einem ziemlich bedeutenden Umfange hörbar. Die innere Untersuchung der Kreissenden ergab Folgendes: Muttermund in der Grösse eines Thalers eröffnet, eine grosse Schlinge der Nabelschnur, die lebhaft pulsirte, und der linke Fuss in der gespannten Blase vorliegend, der Steiss der Kinder auf dem linken Darmbeine etwas aufstehend. Die Kreissende wurde deshalb auf die linke Seite gelagert. Bis gegen 3 Uhr Nachmittags war bei ziemlich kräftigen Wehen der Muttermund völlig eröffnet worden, der Steiss mehr in das Beoken herabgetreten, die Blase noch vorhanden. Letztere musste aber gesprengt und dann zur Extraction geschritten werden, weil die Pulsationen der Nabelschnur nur noch sehr schwach und dabei aussetzend waren. Ein todter Knabe wurde geboren. Bald nach der Geburt desselben stellte sich eine zweite Blase, in welcher man die linke Hand des Kindes fühlte. Bei der Untersuchung der Kreissenden mit der ganzen Hand fanden wir, dass die linke Schulter vorleg und der Rücken des Kindes nach vorn gerichtet war. Die Wendung auf beide Füsse mit darauf folgender Extraction förderten ein lebendes Kind zur Welt. Die Placente wurde gleich nach der Geburt des letzten Kindes von selbst

#### der Hnivtusität zu Helle, im Jahre 1859. 💷 / 295.

ausgestossen. Sie war einfach, hatte nur eine Lederhaut, aber zwei Schaafhäute.

٠

# B. Poliklinik.

Es kamén 61 Geburten vor, derunter 3 mehrfache: Von den Kindern waren 21 Knaben, 29 Mädghen, 14 unbestimmten Geschlechts.

Die Kindeslagen waren: 1ste Schädellage 18 Mal; dieselbe mit Vorfall der Nabelschnur 1 Mal; dieselbe ohne Drehung des Hinterhauptes nach vorn 1 Mal; 2te Schädellage 12 Mal; dieselbe mit Vorfall der rechten Hand 1 Mal; dieselbe mit Vorfall der Nabelschnur und des rechten Armes 1 Mal; iste Beckenlage 1 Mal; 1ste gomplicirte Beckanlage 2 Mal; dieselbe mit Vorfall der Nabelschnur 2 Mal; iste Schulterlage 3 Mal; dieselbe mit Vorfall des linken Armes 2 Mal; dieselbe mit Vorfall der Nabelschnur 1 Mal; 2te Schulterlage 1 Mal; dieselbe mit Vorfall beider Arme und der Nabelschnur 1 Mal; dieselbe mit Vorfall eines Armes 2 Mal; unbestimmte Kindeslagen 14 Mal.

Der Verlauf der Geburten war 8 Mal natürlich, 3 Mal mussten Arzneien gereicht werden, 4 Mal wurde die Geburt durch Lagerung geregelt, 49 Mal Kunsthülfe angewendet. Die Zange wurde 17 Mal genommen, 10 Mal wegen Wehenschwäche, 1 Mal wegen Vorfall der Nabelschnur, 1 Mal wegen bedeutender Kopfgeschwulst, 1 Mal wegen heftiger Bronchitis der Kreissenden, 4 Mal nach gebornem Rumpfe wegen Wehenschwäche; die Extraction war 9 Mal nötbig, 5 Mal wegen Wehenschwäche; 4 Mal wegen Vorfall der Nabelschnur; die Wendung 10 Mal wegen fehr lerhafter Kindeslage, 1 Mal wegen Vorfall der Nabelschnur, und des rechten Armes neben dem Kopfe; 1. Mal wurde die Reposition des neben dem Kopfe vorgefallenem Armes vorgenommen; 6 Mal die Placenta, 5 Mal des Ei künstlich emtfernt.

Von den Müttern starben 2 an Metroperitonitis, 59 wurden gesund entlassen; von den Kindern waren 14

# 296 XXI. Dr. Hohl, Bericht üb. d. K. Enthindungs-Institut

.

nicht lebensfähig, 7 während der Geburt, 6 vor der Geburt gestorben, die übrigen blieben am Leben.

Januar: 1 Geburt. Bei einer Erstgebärenden fanden wir das Kind in der zweiten Schulterlage vorliegend. Da das Fruchtwasser noch nicht abgeflossen war, so wurde die Wendung auf beide Füsse leicht und schneil ausgeführt. Das Kind wurde bis auf den Kopf durch die Natur geboren und derselbe mit den Händen entwickelt. Es wurde scheintodt geboren, konnte aber nicht zum Leben gebracht werden.

Februar: 5 Geburten. Bei 2 Erstgebärenden musste der Kopf, der in der ersten Scheitellage vorlag, mit der Zange entwickelt worden, da die vorhandene Wehenschwäche durch drei Dosen Secale cornutum nicht beseitigt wurde. Bei einer Mehrgebärenden verlief die Geburt in der ersten Scheitellage bis auf eine Blutung, die während der vierten Geburtsperiode in Folge theilweiser Lösung der Placenta eintrat, ganz normal. Bei einer zweiten Mehrgebärenden war mit dem Abflusse des Fruchtwassers neben dem in der zweiten Scheitellage vorliegenden Kopfe die rechte Hand an der hintern linken Beokenwand vorgefallen. Nachdem dieselbe reponirt worden war, wurde die Kreissende auf die rechte Seite gelagert, und verlief sodann die Geburt ganz normal. Zu einer dritten Mehrgebärenden kamen wir 9 Stunden nach dem Abflusse des Fruchtwassers. und fanden das Kind in der zweiten Schulterlage mit vorgefallenem linken Arme vor. Da sich die Gebärmutter fest um das Kind contrahirt hatte, so konnte die Wendung auf die Füsse nicht ohne Schwierigkeit ausgeführt werden, Durch die Natur wurde das Kind bis auf den Kopf geboren. Derselbe musste mit der Zange entwickelt werden, da mehrere Versuche, ihn mit den Händen zu entwickeln, misslungen waren. Das Kind war während der Geburt abgestorben.

März: 8 Geburten. Bei zwei Erstgebärenden wurde der Kopf, in der ersten Scheitellage vorliegend, mit der Zange entwickelt, nachdem gegen die bestehende Wehenschwäche Secale cornutum ohne Erfolg angewendet worden war. Bei einer andern Erstgebärenden fanden wir das

### and det Geiverskäl de Halle im Jahre 1882. 1// 202

kind in der zweiten Schädelinge vorliegend. Die während der zweiten Geburtsporiode bestehende regelwidrige Weil henthätigkeit wurde durch einige Tropfen Opiumtinetur beseitigt. Obgleich in der dritten und vierten Geburtsperiode die Wehen sehr kräftig waren, musste endlich dennoch zur Anlegung der Zenge geschritten werden, da die Kreissende. die Weben fast gar nicht verbrbeitete und anch der Herrschlag des Kindes immer schwächer wurde. Das Kindwurde todt geboren. Zu einer Mehrgebärenden wurden wir 3 Stunden nach dem Abflusse des Fruchtwassers ge-Fafen, und fanden das Kind in der ersten Schulterlage mit vorgefallenetn linken Arme vor. Auf die auf den linken Fuss ausgeführte Wendung des Kindes: musste, du der Herzu schlag des Kindes nicht gehört wurde, die Extraction folgen. Dieselbe wurde bis auf den Kopf, der mit der Zangeentwickelt werden musste, leicht und schnell ausgeführt. Das Kind wurde todt geboren; die Epidermis war an vielen Stellen in grossen Feizen abgelöst. Bei einer andern Mehrgebärenden fanden wir das Kind in der ersten Schulterlage mit vorgefallenem linken Arme vor, Nachdem dis Wendung des Kindes auf beide Füsse gemacht worden war, verhief die Geburt ganz normal.

April: 9 Gebarton. Bei zwei Mehrgebärenden mussten wir wegen startter Gebärmutterblutung die Placenta lösen und entfernen. Bei zwei Mehrgebärenden lagen die Kinder in der ersten complicirten Beckenlage vor. Bei beiden war mit dem Abflusse des Fruchtwassers neben den Füssen eine grosse Schlinge der Nabelschnur vorgefallen. Es musste wegen eintretender Störung der Circulation in der Nabelschnur die Extraction gemacht werden, die in beiden Fällen leicht von Statten ging. - Zu einer Mehrgebärenden wurden wir am 17. April gerufen. Am 12, hatte die Geburt bei ihr begonnen, und es war in der Nachtvom 12. zum 13. das Fruchtwasser schleichend abgegangen. Als wir zur Kreissenden kamen fanden wir sie in. Folge der langen und angestrengten Geburtsarbeit ziemlich erschöpft und dabei sehr aufgeregt, sonst aber wohl. Bei der äussern Untersuchung fanden wir den Uterus fest um das Kind contrahirt, 30 dass Kindestheile nicht durchzufüh-

# 298 XXI. Dr. Hold, Bericht in. d. K. Enthindungs-Institut

lon waren. Der Fötalpuls war in der rochten Stite, das-Placentarstellengeräusch in der linken Seite zu hören. Die. innere Exploration ergab folgende Resultate: die Scheide, heiss und trocken, der Muttermund bis zur Grönse eines Zweithalerstücks eröffnet, fühlte sich hart und gespennt an. der Kopf lag in der zweiten Schädellage vor, stand aber auf dem linken Darmbeine auf. Die Kreissende wurde auf die linke Seite gelagert und ihr ein Scrupel Pulv. Doweri verordnet. Die Wehen, welche seit 2 Tagen vollständig. cessirt hatton, traten kurze Zeit darauf wieder ein, erweiterten schnell den Muttermund und stellten den Kopf in? das Becken ein. Die grosse Erschöpfung der Kreissenden und der nur noch schwach hörbare Fötalpuls machten die Application der Zange nothwendig. --- Endlich wurde unser Beistand von einer Mehrgebärenden begehrt, bei der das Kind in der zweiten Schulterlage vorlag und mit dem Abgange des Fruchtwassers der rechte Arm und eine grosse Schlinge der Nabelschnur vorgefallen wer. Ein anderer Arzt hatte schon vor upserer Ankunft vergebliche Wendungaversucke gemacht. Wir trafen bei unserer Ankunft. die Kreissende in einem sehr aufgeregten Zustande an. Die Gebärmutter hatte sich fest um des Kind contrahirt; der Fötalpuls war nicht zu hören, wohl aber das Placentarstellengeräusch in der rechten Seite. In der sehr trocknen und heissen Scheide fanden wir den sehr stark angeschwollenen rechten Arm und neben demselben eine grosse-Schlinge der Nabelschnur. Als auch wir die Wendung auf die Füsse einige Male ohne Erfolg versucht hatten, verordneten wir der Kreissenden innerlich einige Dosen Dowersches Pulver zu einem halben Scrupel und liessen den Leib mit Oleum, Hyoscyami coct. und einigen Tropfen. Opiumtinctur einreiben und auf denselben Breiumschläge appliciren. Als wir nach etwa 5 Stunden wieder zur Kreissenden kamen, fanden wir sie zwar ruhiger und weniger aufgeregt als zuvor, aber ihre Gesichtszüge waren verfallen; kalter Schweiss bedeckte ihre Stirn, dabei war der Puls selar frequent, klein und aussetzend, ihre Respiration heschleunigt; der Leib war aufgetrieben, aber die Gebärmutter weicher und nachgiebiger, so dass ein jetzt angestell-

### der Universität zu Halle im Jahre 1862. / 209

ter Wendungsversuch auf den rechten Ruts geleng. Zemusste der linke Fuss ebenfalls noch berabgeholt werden.<sup>1</sup> da die Extraction an einem Fusse nicht ausführbar war. Auch nach Herabholung des linken Fusses war letztere Operation sehr schwierig und kostete grosse Anstrengung. Des. Kind, ein starker Knabe, wurde todt geboren. Wenige. Stunden nach ihrer Entbindung sterb die Frau. Die Section wurde uns nicht gestattet.

Mai: 4 Geburten. Bei zwei Mehrgebärenden war ohneirgend eine Veranlassung die Geburt im sechsten Monate der Schwangerschaft eingetreten, und bei einer Erstgebärenden, bei der wir den Kopf in der zweiten Schädellage vorliegend fanden, ordneten wir, da der Kopf auf dem linken Darmbeine aufstand, eine passende Lage der Kreissenden an, worauf die Geburt normal verlief.

Juni: 4 Geburten. Bei einer Mehrgebärenden war die Geburt eines lebenden Kindes in der ersten Steisslage erfolgt. Kurze Zeit darauf hatte sich eine zweite Blase gestellt und in derselben die Hebenme bei der innern Untersuchung das Kind mit der rechten Schulter vorliegend gefühlt. Doch noch vor unserer Ankunft war ohne ärztlichen Beistand die Geburt des zweiten Kindes erfelgt. Nämlich die nach dem Blasensprunge sehr heftig eintratenden Wehen hatten die vorliegende Schulter sehr tief in das Beaken herab getrieben, und endlich neben derselben den Steiss entwickelt. Des Kind war todt sur Welt gekommen. Beide. Kinder waren Mädohen, von denen das zuletzt gebenene 5 Pfund wog.

Juli: 5 Geburten. Bei einer Mehrgebürenden fanden wir das Kind in der ersten Schidellage vorliegend. Das Hinterhaupt hatte aber die Drehung nach vorn nicht gemacht und da die Stirn auf dem rechten Darmbeine aufstand, so wurde die Kreissende auf die rechte Seite gelagert. Als der Kopf mehr in das Becken herabgetreten war, wurde er, da der Herzschlag des Kindes nicht mehr gehöst wurde, mit der Zange entwickelt, die Nabelschnur war drei Mal um den Hals des Kindes, was todt geboren wurde, geschlungen. Auch bei einer Erstgehärenden wurde, die Application der Zange nöthig, dat der Fötalpuls nur necht.

# 300 XXI. Dr. Hold, Bericht üb. d. K. Entbiadungs-Institut

sehr schwach hörbar war und wegen der schwachen Wehen eine baldige Beendigung der Geburt nicht zu erwarten stand.

August: 3 Geburten. Bei einer Mehrgebärenden musste wegen heftiger Gebärmutterblutung die Placenta gelöst und entfernt werden. Zu einer Mehrgebärenden wurden wir gerufen, weil neben dem in der zweiten Schädellage vorliegenden Kopfe mit dem Abflusse des Fruchtwassers eine grosse Schlinge der Nabelschnur und der rechte Arm vorgefallen waren. Durch die Wendung auf beide Füsse und die auf dieselbe wegen eintretender Blutung folgende Extraction förderten wir ein lebendes Kind zur Welt

September: 2 Geburten.

October: 13 Geburten. Zu einer Mehrgebärenden wurden wir gerufen, die nach der Ausstossung der Placenta in Folge von Atonie der Gebärmutter eine sehr heftige Blutung bekommen hatte. Da weder Frictionen der Gebärmutter noch innerlich gereichte Mittel die Blutung zu stillen vermochten, so mussten wir Injectionen einer Lösung des salzsauren Eisens in die Gebärmutter machen. worauf die Blutung sogleich stand. Die Anlegung der Zange war bei drei Geburten indicirt. Bei einer Erstgebärenden wurde sie angelegt wegen Wehenschwäche, gegen die das Secale cornutum sich unwirksam zeigte; bei einer Nehrgebärenden musste zur Anlegung der Zange geschritten werden, weil mit dem Abflusse des Fruchtwassers neben dem in der ersten Schädellage vorliegenden Kopfe eine grosse Schlinge der Nabelschnur vorgefallen war, die schon zur Zeit unserer Ankunft bei der Kreissenden pulslos war. Mit 3 Tractionen wurde der Kopf entwickelt; das Kind wurde aber todt geboren. Eine Brstgebärende wurde durch die Zange entbunden, weil sie an einer heftigen Bronchitis erkrankt war.

Zu einer Mehrgebärenden kamen wir 3 Stunden nach dem Abflusse des Fruchtwassers und fanden das Kind in der zweiten Schulterlage mit vorgefallenen beiden Armen, neben denen eine grosse Schlinge der Nebelschnur lag. Die Wendung auf beide Füsse war sehr schwierig auszuführen, 'da wir nur mit der grössten Mühe zu den im star-

### der Universität au Elalle im Jahre 1652.

kon Hängebauch liegenden Püssen gelangen liennten. Die Extraction, welche wegen der Störung der Circulation in der Nabelschnur indicirt war, wurde leicht und schnell susgeführt. Des Kind wurde tedt geboren. Zu einer Mehrgebärenden wurden wir 6 Stunden nach dem Abflusse des Fruchtwassers gerufen und fanden ebenfalls die zweite Schulterlage vor. Eine gresse Schlinge der Nabelschnut, deren Pulsationen schwach und dabei aussetzend waren. lag vor. Die Wendung auf beide Füsse und die derauf folgende Extraction wurden sehr schnell ausgeführt. Das Kind wurde scheintodt geboren, aber bald zum Leben gebracht. Eine Mehrgebärende verlangte unsere Hülfe, die eine Stunde vor unserer Ankunft von einem lebenden Mädchen entbunden worden war. Bald nach den Geburt desselben hatte sich eine zweite Blase gestellt und die Hebamme keinen vorliegenden Kindestheil gefühlt. Wir fanden das Kind in der ersten Schulterlage vor. Nach der Wendung auf beide Fusse überliessen wir, da keine Indication sur Beschleunigung der Geburt vorlag und kräftige Wehen vorhanden waren, das Weitere der Natur. Bei einer Erstgebärenden, die Ascites und debei bedeutendes Oeden beider Füsse hatte, verlief die Geburt in 'der ersten Schädellage gang normal.

November: 3 Geburten. Zu einer Mehrgebärenden wurden wir gerufen, die sich im neunten Monate ihrer Schwangerschaft befand, und am 1. November früh 8 Uhr einen Anfall von Krämpfen, der mit vollständiger Bewusstlosigkeit der Kranken endete, bekommen. Als wir gegen \$11 Uhr zur Kranken kamen, hatte sie so eben einen zweiten Anfall gehabt, von dem sie sich aber in so weit erholt hatte, dass sie auf alle an sie gerichteten Fragen vernünftige Antworten geben konnte. Eine halbe Stunde nach unserer Ankunft bekam sie den dritten Anfall. Das Bewusstsein kehrte nach demselben nicht wieder zurück. Wir verordneten innerlich Calomel mit Jalape, ferner Blutegel an den Kopf und kalte Ueberschläge auf denselben. Diese Mittel hatten keinen Erfolg, denn in den nächsten 4 Stunden bekam die Kranke noch drei Anfälle von Krämpfen. Wir hessen daher Schröpfköpfe in den Nacken setzen, ein Es-

### 802 XXL: Dr! Boald: Bericht the d. K. Entbindungs-Institut

sigklystir gelsen und veroodneten innerlich Bioinunël. Letztere Mittel bewirkten bald reichliche Stublausleerungen, und nach denselben trat nur noch ein einziger Anfall ein, der aber nicht sehr bestig war und nach welchem das Bewusstsein der Frau vollständig wiederkehrte. Etwa 3 Stunden nach dem letzten Anfall bekam die Frau sehr kräftige Wehen. Die Geburt verlief in der ersten Schädellage sehr schneil und normal. Die Frau sowohl, wie ihr Kind befanden sich wohl.

December: 6 Geburten. Eine Erstgebärende. wurde durch die Zange entbunden, weil der Kopf, auf dem sich eine sehr bedeutende Geschwulst gebildet hatte, trotz der kräftigsten Wehen in der obern Apertur des Beckens mit stark übereinander geschobenen Knochen stehen blieb. Zu einer Mehrgebärenden kamen wir. drei Stunden nach dem Abfinase des Fruchtwassers, and fanden das Kind in der sweiten Schulterlage vor. Beide Arme waren nach dem Blasensprunge vorgefallen. Die Wendung auf beide Füsse wurde gemacht. Eine Viertelstunde nach derselben traten siemlich kräftige Wehen ein, die in kurzer Zeit die Geburt des Kindes bis an den Kopf, der leicht mit den Händen entwickelt wurde, bewirkten. Bei einer andern Mehrgebtirenden machten wir 8 Stunden nach dem Abflusse des Fruchtwassers ebenfalls die Wendung auf beide Füsse, weil das Kind in der ersten Schulterlage vorleg. Auf die Wendung mussten wir Extraction folgen lassen, indem in Folge theilweiser Lösung der Placenta eine ziemlich heftige Blutung eingetreten war. Das Kind wurde todt geboren.

# Poliklinik für kranke Frauen.

.1

Ausser den Wöchnerinnen, deren Geburten von Seiten der Anstalt geleitet wurden, wurden behandelt.

1) Zahl der Kranken.

•	a)	Frauen und	Mädchen		192
	b)	Kinder		· · · · · · · ·	. 160
		• •		Summa .	352

### der Universität an Halle im Jahre 1882.

#### 2) Uebersicht der behandelten Krankheiten. Metrorrhagia post partum Transport 172 4 Chlorosis . . . . . . . . 10 Aphthae lactantium . . . 10 Fluor albus . . . . . . . 18 Adenitis colli . . . . . . 4 Varices labiorum. . . . Catarrhus laryngis.... 5 5 Prolapsus vaginae Galarshus pulsonum . . 32 uteri . . . . . . 4 Bronchitis . . . . . . . . . 14 -6 Pneumonia . . . . . . . . 10 Descensus uteri Retroversio uteri.... 4 Cephalaematoma . . . 2 Metritis puerperalis . . . þ 13 Ophthalmia neonatorum. Hernia inguinalis. . . . Molimina graviditatis . . 8 3 Mastitis **Rheumatismus muscularis** 13 6 7 Atrophia. Febris lactea.... Ş 11 Gastritis chronica . . . 18 6 Morbilli Gastroenteritis 25 Catarrhus intestinalis . . 7 Colica intestinalis 4 Induratio telae cellulosae Ż Proctitis . . . . . . . . . 5 Impetigo capitis . . . . k 5 Prolapsus ani . . . . Latus 172 Anchyloglosson. . . . 5 Summa . . 352 . 3) Ausgänge der behandelten Krankheiten. b) Aus der Behandtung gegangen . . 10 d) In Behandlung verblieben 28 <sup>•</sup> Summa . . 352 4) Krankheiten, welche einen tödtlichen Ausgang nahmen. Bronchitis ..... 2 Transport 8 Pneumonia . . . . . . . . . . . . 1 Metritis 2 Gastreenteritis 3 Erysipelas neonatorum . . 1 Catarrhus intestinalis... 2 Induratio telae cellulosae 1 Latús 2 Summa

202

# XXII.

# Notizen aus der Journal-Literatur.

t

Aubinais: Künstliche Frühgeburt gegen die 30. Woche der Schwangerschaft, mittels der Douche bewirkt.

Bei einer 41 jährigen Frau verlief die erste Geburt ausserordentlich schwer. Das Becken war bedeutend verengt, mass in der Conjugata 2 Zoll 10 Linien, so dass eine natürliche Geburt nicht möglich schien. Nach wiederholter Anwendung der Zange, welche den Kindskopf nicht tiefer in den Beckeneingang su führen vermochte, wurde die Wendung auf die Füsse gemacht, der Kopf blieb schliesslich fest stecken und konnte nur mit grösster Anstrengung mittels der Zange geholt werden. Der Schädel war serbrochen, die Zange gleichfalls, eine Scheidenmastdarmfistel heilte glücklicherweise nach kurzer Zeit von selbst. Uebrigens genas die Kranke und wurde bald wieder schwanger. Es wurde die künstliche Frühgeburt als zweckmässigste Geburtsweise empfohlen und ausgeführt. 3 Tage hindurch täglich 3 bis 4 Mal wurde die kalte Uterusdouche applicirt, ein Verfahren, welches der bei dieser Geburt mit A, gleichzeitig thätige Dr. Laval in der Klinik von P. Dubois mit Erfolg hatte ausführen sehen. Auch hier war der Ausgang ein durchaus günstiger. Es traten am 3ten Tage kräftige, regelmässige Weben ein, der Kopf lag vor, das Kind wurde lebend geboren, starb aber leider an Schwäche nach einigen Tagen. Für die Frau war die Gehurt leicht, das Wochenbett günstig. - Aus den vom Verf. diesem Geburtsfalle beigefügten Bemerkungen über die künstliche Frühgeburt geht wieder ein Mal deutlich hervor, wie wenig noch immer unsere Fachgenossen in Frankreich mit deutscher Literatur vertraut sind. Kiwisch wird bei dieser Gelegenheit nicht ein Mal erwähnt.

(Union médie. Nr. 3, 7. Janv. und Nr. 4, 40. Janv. 1854 aus dem Journal de la société académique du département de la Loire-Inférieure.)

.

1 :

Loriche: Anwendung des Mutterkorns gegen Nachwehen.

L. giebt in 2 Dosen halbstündlich 12 Décigr. Secale in dem Augenblick, wo der Kopf durch den Beckenausgang geschritten ist. Es zeigen sich dann selten Nachwehen oder sie sind nur sehr mässig. Niemals erscheinen Blutflüsse, selbst bei Frauen, die dazu geneigt waren.

(Gaz. des Hôpit. No. 17, 9. Févr. 1854.)

Sack: Wem gebührt die Priorität des Vorschlages intrauterinaler Injectionen sur Erweckung der Frühgeburt?

In dem in der neusten Zeit zwischen Cohon und Sack erhobenen Prioritätsstreit über obige Methode sur Erweckung der Frühgeburt vertheidigt S. gegen Cohon den ersten Erfinder Schweig-Adusor, der bereis 21 Jahre früher als Cohon in seinem Werke: das Gebären etc. Strassburg 1825 schrieb: "Wenn man aber nach dieser Ansicht arbeiten will" (nämlich die künstliche Lösung der Eihäute machen will)," und wie ich meine, auch soll, so mache man lauwarme Einspritzungen (Kälte würde dem Fötus schaden und wohl auch ihn tödten), die man nach Gutfinden nach und nach reisender machen kann. Man wird hierdurch die Eihäute von der Gebärmutter ablösen, ohne Rücksicht auf die Decidua. Nur möchte ich nicht, dass solche Einspritzungen bis an den Mutterkuchen kämen und dessen früheres Abtrennen veranlassten."

Freilich ist in dieser Stelle wohl deutlich genug die Intrauterininjection ausgesprochen, was Coken nicht annehmen zu können glaubt.

(Deutsche Klinik Nr. 11, 18. Märs 1854).

**Th. L. W. Bischoff** in Giessen: ¡Beiträge sur Lehre von der Mensruation und Befruchtung.

Die neue Lehre von dem physiologischen Verhalten der Menstruation, welche seit Hänger als einem Jahrschnt aus den Arbeiten von Bischoff, Pouchet, Raciborsky, Dalton, Gendrin, Coste, Lee, Paterson, Locatelli, Argenti und anderen hervorgegangen, nach welchen die periodische Reifung, Loslösung und Ausstossung eines Elchens, so wie die Bildung des Corpus luteum der Menstruation sum Grunde liegen und welche in England, Frankreich,

Honatsschr. f. Geburtsk, 1854, Bd. 111, HR. 4.

1

Italien, Deutschland, in den gebildeten Staaten Amerika's die meisten Gelehrten zu ihren Anhängern zählt, hat durch neue Beiträge Bischoff's einen bestätigenden Zuwachs erhalten.

Verf. hatte Gelegenheit neuerdings die Geschlechtstheile von 15, grösstentheils unverheiratheten jungen Personen, welche kurz vor und nach, oder während der blutigen Menstrual-Ausscheidung einem plötzlichen Tode erlegen waren, zu untersuchen. In den verschiedenen Fällen fanden sich in den Eierstöcken mehr oder weniger saft- oder blutreiches Stroma, auf verschiedenen Stufen der Entwickelung stehende Graaf'sche Follikel, desgleichen frisch geplatzte und in verschiedenen Stadien ihrer Rückbildung sich befindende Corpora Iutea; nach aussen Narben in verschiedener Anzahl. Nicht ganz entsprechend diesen Vorgängen wurde in einzelnen Fällen die innere Oberfläche des Uterus gefunden, indem sich kein Blut-Erguss oder keine Entwickelung der Utricular-Drüsen, oder nur ein weisslicher Schleim-Uebersug fand, währeud frisch geplatzte Gr. Follikel vorhanden waren. Iu den meisten Fällen correspondirten indess die Vorgänge, indem mit frisch aufgebrochenen Follikeln die mit blutigem Schleim bedeckte, mehr oder weniger Drüsen-Entwickelung darbietende und stark turgescirende Uterushöhle u. s. w. übereinstimmte. Bei aweien muthmasselich eben geschwängerten, war die Uterusböhle sammtartig, mit sehr schön entwickelten Glandul, utriculares und einer 2-3" dicken Schleimhautschicht ausgekleidet. In swei Fällen war die Entwickelung im Cavum uteri nicht stärker, aber es war der Follikel auch noch nicht geplatzt, sondern zeigte sich sehr geschwollen, die Oberfläche des Eierstocks überragend. In keinem der untersuchten Fälle gelang es dem Verf. ein Eichen aufsufinden. Verf. hält die Schwierigkeiten der Auflindung eines Eichens für unendlich gross und schreibt sie einem glücklichen Zufalle zu, fordert auch bestimmte Garantieen, wenn Jemand ein Ei gefunden haben will, bevor er es glaubt. Den Grund zu der mühsamen und boffnungslosesten Arbeit, ein menschliches Eichen in seiner ersten Zeit su finden, sucht er theils in der fast unvermeidlichen Zerrung und Quetschung der Genitalien bei der Herausnahme, wodurch, wie geringe solche Verletzung auch sei, doch das Eichen leicht serstört wird, - theils in dem Umstande, dass man nie oder höchst selten die Genitalien in gans frischem Zustande hat, was aber nothwendig ist, da schon 24 bis 26 Stunden nach dem Tode sich die Epithelien loslösen, das Blut transsudizt und die betreffenden Kanäle und Höhlen mit blutigem Schleim ausgefühlt sind, ausserdem auch aus dem Eichen Flüssigkeiten transsudiren, so dass dasselbe nach der Auflösung der Dotterhaut wahrscheinlich nur ein

#### XKH. Notizen aus der Journal-Literatur:

807 .

kleines rundes Bläschen von  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{5}$  bis 1" darstellt, und die Auffiedung in collabirtem Zustende unmöglich wird. Einen weiteren Grund bietet der Eileiter vermöge seiner Länge, seiner Lage, seiner Umhfülungen, seiner dünnen Waudungen (in der ersten Hälfte) dar, so wie namentlich das Aufschneiden besonderer Vorsicht bedarf; endlich lässt sich das meuschliche Ei (soweit es der Verf. aus den Gr. Follikeln kannt) sebr schwer in den Eileitern auflinden, weil es einen wenig dichten Dotter hat und bei auffallendem Lichte nicht weiss, bei durchfällendem wenig dunkel, sondern fast durchsichtig ist, weil ferner seine Dotterhaut gallertartiger ist, als bei anderen Säugetbieven und wenig soharfe Conturen hat. Verf. glaubt, dass sich im Uterus das Eibläschen, sogleich bei seinen Eintritt, wo es noch sehr klein ( $\frac{1}{16}$  P. Z.) ist, in die aufgelockerte Schleinhaut einsenkt und festsetst, dann aber nicht su finden ist.

Wenngleich ziemlich allgemein die neue Menstruations Theorie feststeht, so haben diese neueren Beobachtungen neben der Bestätigung jener Theorie auch dem Verf, noch Anhaltepunkte zur Erörterung einiger sich daren knüpfender Fragen geboten. So ist die von Coste aufgestellte, aber damals auf nicht hinreichende Gründe gestützte Behauptung, dass eine Menstruation ohne Eröffnung des Follikels und Anstritt des Eies erfolgen könne, welche Ansicht dem Verf. damals schon nicht unwahrscheinlich erschien. durch einen dieser Fälle mehr begründet und es kann demnach möglicherweise ein Folikel anschwellen, ein Ei reifen bei der Menstruation, ohne dass jener platzt und dieses austritt. Die Möglichkeit dieses Vorganges kann in einer zu tiefen Einlagerung des Follikels in dem Stroma des Eierstocks, in einer zu bedeutenden Dicke der Tunica propria ovarii und in einer nicht hinreichenden Absonderung im Follikel liegen, wobei das Ei reif sein und die symptomatische Blutzag im Uterus eintreten kann. Durch ein solches Verhältniss wird trotz vorhandener Monstruation Unfruchtbarkeit bedingt.

Was das Verbählniss der Blutung aus dem Uterus su den Vorgängen im Eierstock betrifft, so ist bekannt, dass die Blutung immer nur symptomatisch ist, dass sie selten fehlt, aber fehlen und dennoch die Frau concipiren kann, wenn Reifung und Austritt der Eier statt gehabt, es ist auch erwiesen, dass ohne Austritt der Eier Blutung vorhanden sein kann, dass aber dann keine Empfängniss eintritt.

Dass bei jeder regelmässig verlaufenden Menstruation ausser den Hanptmomenten, den Vorgängen in den Eierstöcken, auch in der Uterushöhle neben der Blutabsonderung noch andere Veränderungen in der Schleimhautoberfläche und dessen Folliculardrü-

sen vorgehen, haben schon früher Bischoff, Weber, Sharpey, Meckel dargethan und zugleich bewiesen, dass das Exsudat, was sich nach Pouchet an der inneren Oberfläche als Decidua bei jeder Menstruation bilde und bei nicht erfolgender Befruchtung ausgestossen werde, keine Neubildung sei, sondern in einer höheren Entwickelung der Membrana interna uteri und namentlich seiner Drüsenschicht bestehe. Bischoff war bei seinen früheren Beobachtungen einer stärkeren Entwickelung der Schleimhaut des Uterus während der Menstruation nicht ganz sicher gewesen, ob nicht Begattung und Befruchtung intercurrirt seien, da er wieder in andern Fällen von Menstruation keine solche Vergrösserung beobachtet hatte und auch die Ergebnisse von Dallons Untersuchungen verschieden waren. Jetzt glaubt der Verf, diesen Punkt dahin entscheiden zu können, dass bei gesunden Frauen und regelmässiger Menstruation immer eine stärkere Entwickelung der Schleimbaut und der Drüsen des Uterus geschieht und dass eine schwächere Entwickelung derselben von Krankheit abhängig ist. Eine Abstossung hat Verf. nie beobachtet, er hält sie für möglich in einzelnen Fällen. Nach dem Grade der gestörten Entwickelung oder Krankheit wird also entweder der ganze Menstruationsprocess oder bei vorhandenen Eierstockvorgängen die Uterinausscheidung oder auch nur die höhere Entwickelung der Schleimhaut und Drügen gestört sein, diesen letzteren Process aber als nothwendige Bedingung zur Aufnahme und Lagerung des Eichens im Uterus angenommen, wird in dem Fehlen häufig die Ursache der Unfruchtbarkeit liegen.

Wann in der Periode die Schleimhaut anfängt, sich zu entwickeln und wie lange dies dauert, bleibt noch unentschieden. Nach einer Beobachtung war der späteste Termin 18 Tage nach der Menstruation; *Dalton* sah nach 14 Tagen nur Spuren, sweimal geschah es innerhalb der Menstrualperiode.

Die gelben Körper nach der Menstruation und nach der Befruchtung unterscheiden sich wie bei den Thieren, in der ersten Zeit nicht, wohl aber im späteren Verlauf. Der gelbe Körper nach der Menstruation entwickelt sich nie so vollkommen, gebt sehr früh eine regressive Metamorphose ein und gebt allmälig bis sur nächsten und der nächstfolgenden Menstruation in einen gelben, braunen, schwarzen Fleck, im Durchschnitt eine gesackte Figur bildend, endlich in eine an der Oberfläche des Eierstocks sich documentirende Narbe über; der gelbe Körper nach der Befruchtung enreicht eine grössere Volkommenheit, die während der ganzen Schwangerschaft besteht und erst nach der Geburt verschwindet. Der Grund hierzu liegt nicht in der erhöhten Plasticität des ganzen Genitalsystems, sondern nur des Uterus und der Scheide. Diese, obgleich sehr ausgesprochene Verschiedenheit ist doch von sehr sweifelhaftem diagnostischem Werthe, da sie im Anfange und vor ausgesprochener Schwangerschaft nicht besteht und nach der Geburt der sich rückbildende wahre gelbe Körper schwer von einem falschen — 14 Tage bis 3 Wochen nach der Menstruation — zu unterscheiden ist.

Verf. vertheidigt den innigen Zusammenhang der Befruchtung und Empfängniss mit der Menstruation (Menstruationsprocess) und alle Einflüsse, welche den Typus dieser verändern und stören können, machen sich auch in Betreff jener geltend. Gewiss hat Coste Unrecht, wenn er behauptet, dass der Coitus und andere Einflüsse su ieder Zeit ausser der Menstruation (Periode) auch die Vorgänge in den Eierstöcken hervorrufen können, dass aber die Menstruation nicht bemerkt werde, weil die sie andeutende Blutung in Folge der Befruchtung fehle. Diese der Erfahrung schon gans entgegentretende Behauptung fordert wenigstens zu ihrem Beweise, dass nach ienen Einflüssen auch wirklich die Vorgänge in den Ovarien eingetreten seien. Der Einwand, dass Befruchtung und Empfängniss ohne Menstruation beobachtet werde, ist einfach dadurch su berichtigen, dass allerdings Befruchtung und Empfängniss ohne Menstrualblutung, aber nie ohne die Basis des Menstruationsprocesses eintreten können, dass man also hier unter Menstruation nur die Blutung verstanden hat. Es ist durch keine Thatsache bewiesen, dass bei fehlender Blutung und zugleich fehlender Bedingung derselben, in den Ovarien Befruchtung eingetreten sei, wohl aber ist bei Krankheit oder Mangel beider Ovarien Unfruchtbarkeit die Folge.

Dem von Einigen, namentlich von *Hirsch* gemachten Einwurfe, dass zu den verschiedensten Zeiten nach der Menstruation, ja selbst einige Tage vor der nächstfolgenden, befruchtender Beischlaf erfolgt sei, stellt der Verf. als Folge seiner aus Analogieen gefundenen Schlüsse den Einwand entgegen, dass die Zeit-Verhältnisse des Austritts des Eies aus dem Eierstocke, des Durchganges durch den Eileiter, der Erhaltung der Eier und der vorbereitenden Veränderungen der Uterinschleimhaut während dieser Zeiten vielfache individuelle Verschiedenheiten darbieten. die eine bald nur kürzere, bald längere Empfängniss bedingen. Aus den früheren Arbeiten des Verf. ist schon bekannt, dass bei Thieren das Ei längstens 8 Tage bis zum Eintritt in den Uterus braucht und dass er dem menschlichen Ei 10 - 12 Tage giebt, mit welcher Zeitrechnung auch *Pouchet* und *Raciborski* ziemlich übereinstimmen, ferner dass später und mit dem Eintritt in den Uterus eine Verschrumpfung

309

eintrete und die Befruchtungsfähigkeit aufböre. Er hält dies auch heute noch blos für eine Annahme, für welche nur die Analogie spricht und räumt die Möglichkeit ein, dass beim menschlichen Weibe, wenigstens in einzelnen Fällen, es anders sein könne. Endlich hält er nicht für unmöglich, dass der Saame lange seine befruchtenden Eigenschaften unter vielleicht besonders günstigen Umständen bewahren könne, dass ein Saame, wenn er kein befruchtungsfähiges Ei mehr findet, innerhalb der Genitalien das nächste Ei abwartet und so die Befruchtungen kurz vor der Menstruation su erklären seien.

(Zeitschr. f. ration. Medic. von Henle und Pfouffer, Bd. IV., Heft 1.).

Scholz in Breslau: Caladium Seguinum gegen Pruritus vulvae.

Dr. Gotthold Scholz in Breslau hat in zwei Fällen von idiopathischem Pruritus vulvae, welches qualvolle und oft schwer besiegbare Leiden bei beiden Kranken, einem Mädchen von 4 Jahren und einer Jungfrau von 17 Jahren, seit einem Jahre bestehend, bereits die heftigsten Nervenerscheinungen, so wie örtlich bedeutende entsündliche Symptome hervorgebracht und das Allgemeinbefinden im hohen Grade gestört hatte, eine weingeistige Tinctur von Caladium Seguinum, einer der Familie der Aroideen angehörigen in Südamerica heimischen Pflanze mit überraschend schnellem Erfolge gegeben und zwar dem 4 jährigen Mädchen, nach vergeblich angewandtem, äusserlichem Gebrauch von Höllenstein, Kalkwasser, Bleiwasser und innerlich verschiedenen Catharticis, 6 Tropfen der Tinctur in 3 Unsen Wasser, alle 3 Stunden einen Kinderlöffel voll. (Heilung nach 2 maligem Verbrauch dieser Mixtur neben äusserlichen Waschungen mit lauwarmem Wasser) und dem 17jährigen Mädchen nach vergeblicher Anwendung von kühlenden Mittelsalsen Tinct. Calad. Seg. gtt. vjjj, Aq. dest. s. 3vj Mds. 3stündlich 1 Essköffel (Heilung nach 2maligem Verbrauch und nach # Jahren kein Recidiv). -- Der scharfe und ätzende Saft dieser Pflanze soll bei den Eingebornen wegen seiner depotenzirenden Wirkung auf die Geschlechtssphäre, zum Bestreichen der Korallengürtel ihrer Weiber benutst werden, um diesen die Lust sum Coitus su nehmen, wenn ihre Männer verreisen. Diese Notis veranlasste Schols sum Versuch. Zur Bereitung der Tinctur bediente sich derselbe der frischen Pflanze

Bei beiden Kranken waren allgemeine Dyscrasieen nicht vorhanden, beide Fälle also rein idiopathisch \*).

(Zeitschr. für klin. Medic. von Günsburg, Bd. V., Heft 1., S. 62).

### XXIII.

Literatur.

K linische Vorträge über Geburtshülfe von Carl Siegmund Frans Credé, Dootor der Medicin, Privatdocenten an der Friedrich-Wilhelms-Universität, interim. Director der Königl. Hebammen-Lehr-Anstalt und dirigirendem Arste der Gebär-Abtheilung der Charité zu Berlin, Erste Abtheilung. Berlin, 1853. Verlag von August Hirschwald, gr. 8. S. VIII. und 603. (Preis 4 Thlr.)

Nicht in der Gestalt eines systematischen Lehrbuches, sondern in der Form ungeswungener didaktischer Erzählung übergiebt der Verf. diese Vorträge der Oeffentlichkeit, indem er glaubt, dass in dieser Weise die Studirenden ein grösseres Gefallen an der Wissenschaft finden und namentlich lebhafter sum wissenschaftlichen Selbststudium angeregt werden. In seinen academischen Vorlesungen hat er bisher eine ganz ähnliche Darstellungsweise befolgt — Aus dieser Erklärung darf man übrigens nicht schliessen, der Verf. habe die verschiedenen Gegenstände der Geburtsbülfe willkürlich, ohne logische Ordnung, durch einander geworfen. Indem Referent in dieser Auseige den Weg, den derselbe eingeschlagen, verfolgt, wird der Leser eine Uebersicht seiner Darstellungsart gewinnen.

Der Verf. betrachtet zuerst das weibliche Becken in seiner Regelmässigkeit und in seinen Abweichungen. (S. 1-102).

<sup>\*)</sup> Es ist zu bedauern, dass das quantitative Verhältniss zu der Zubereitung der Tinctur nicht angegeben ist, da es doch wünschenswerth ist, dass den beiden Beobachtungen zur Bestätigung sich mehrere aureihen und dazu ein gleiches Medicament nöthig ist. Dass die Pflanze frisch angewandt werde, ist um so nothwendiger, als die Aroideen, von welcher Familie ehemals die Radix Ari macul, gebraucht wurde, ein beim Trocknen sich verflüchtigendes Oel enthalten.

Das regelmässige (ideale) weibliche Becken. Ein durchweg regelmässig oder ideal gebikdetes Becken fudet man nur ausnahmsweise, immer ergeben sich bei genauer Prüfung der einzelnen Becken Regelwidrigkeiten. Die Beobachtung führte v. Ritgen zu der Annahme, dass nur äusserst selten ein weibliches Becken den Typus der vollen Reife an sich trüge, dass sonach, mit wenigen Ausnahmen, alle Frauenbecken entweder die unreife oder überreife Form hätten. Als Gesammtergebniss seiner Untersuchungen stellt *e. Ritgen* fest, dass ein Uebergewicht der Höhe und Länge bei dem unreif geformten und ein Uebergewicht der Breite über die Höhe und Länge bei dem überreif gestalteten Frauenbecken besteht.

Der Verf. betrachtet sachgemäss nicht nur die knöchernen Bestandtheile und die unmittelbaren Verbindungen der Knochen, sondern gleichzeitig die näher und ferner liegenden Weichtheile, welche die Umhüllungen der beim Fortpflanzungsgeschäfte beanspruchten Räume über die knöchernen Wände hinaus bitden und ergänzen. Eine solche Darstellungsweise führt erst zum deutlichen und richtigen Verständnisse des Beckens in geburtshühllicher Besiehung und giebt dem angehenden Geburtshelfer eine fassliche Ansicht vom Ganzen.

Nach dieser Anschauung beschränkt sich das grosse Becken nicht blos auf die hintern und seitlichen knöchernen Wandungen, auf die untersten Lendenwirbel und die beiden Darmbeinschaufeln, sondern zu ihm gehört die ganze oberhalb des kleinen Beckens befindliche Bauchböhle, zumal der Theil derselben, in welchem die schwangere Gehärmutter zur Zeit ihres grössten Umfangs Plats beansprucht. Mindestens aber muss man den Begriff des Beckens in gynäkologischer Hinsicht auf den Theil der Bauchwandungen ausdehnen, welcher vorn und seitlich den untern Raum der Bauchhöhle abschliesst. Das Verhalten dieses vordern und seitlichen Theils ist für die Schwangerschaft eben so wichtig, wie das des hintern knöchernen Theils des grossen Beckens; da die Hauptstütze für die schwangere Gebärmutter, sobald sie aus den kleinen Becken emporgestiegen ist, in den weichen vordern Bauchwandungen liegt.

Das kleine Becken wird nach Grösse, Form, Tiefe, Richtung, Neigung und nach Beschaffenheit seiner einzelnen Knochen in nähere Erwägung gezogen.

Um die Uebergangsstellen in der Räumlichkeit und Grösse, je nach den verschiedenen Räumen des kleinen Beckens, sicherer zu bestimmen, nimmt der Verf., nach *Ritgen's* Vorschlage, vier Flächen im innern Raume an, den Beckeneingang, die Beckenweite. die Beckenenge und den Beckenausgang. Ausser den gewöhnlich angenommenen geraden, queren und schrägen Durchmessern der einzelnen Aperturen bringt er noch einzelne Sehnen (Chorden) und die Länge einzelner Bänder des Beckens besüglich der Ausmessung der Räumlichkeiten in Ansthlag.

Der Neigungswinkel des Becksneingange beträgt nach ihm gegen 50°, der der Beckenweite gegen 30°, der der Beckenenge 8°, der des Ansganges 6°.

F. C. Naegele hat über die Neigung der Flächen der Beckenaperturen sabireiche und sorgfältige Untersuchungen und Messungen angestellt und gefunden dass der Winkel: den die nach vorwärts abhängige denkbare Fläche des Beckeneingangs mit der Horisontalebene, auf welcher eine gut gebaute weibliche Person aufrecht steht, oder welchen ein auf jene Fläche gefähltes Senkblei mit der Scheitellinie des Körpers macht, in der Regel swischen 59 und 60°, und der Neigungswinkel des Ausgangs zwischen 10 und 11° beträgt. - Diese Stellung gegen die Längenaxe des Körpers veräudert sich nach den verschiedenen Stellungen und Lagen, welche die Person einnimmt. Das Ergebniss vom Ref. vorgenommener Messungen der Beckenneigung stimmt mit dem Naegele'schen überein, wornach die Winkel weniger spits sind, als Herr Credé annimmt. Den Einfluss der Beckenneigung auf die Geburt hat man im Allgemeinen überschätzt und häufig überschen, dass mit einer ungewöhnlichen Neigung anderweitige Beckenfehler, welchent die Erschwerung der Geburt sususchreiben war, verbunden gewesen sind.

Die innern Knochenflächen des Kreuzbeins, der Pfannen und der Schossbeine werden in ihrem Einflusse auf den Geburtshergang vom Verf. mit aller Umsicht gebörig gewürdigt.

Die Abweichungen des weiblichen Beckens. Von dem regelmässigen Bau des weiblichen Beckens kommen nach den verschiedensten Richtungen hin Abweichungen vor, durch deren Einfluss sich sehr mannigfache Störungen für den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt einstellen. Sämmtliche Unregelmässigkeiten des Beckens bringt der Verf. in bestimmte für den praktisch geburtshüflichen Zweck wesentliche und wichtige Gruppen. Die in den Lehrbüchern gewöhnlich gebräuchliche Eintheilung der Beckenfehler in angeborne und durch Krankheit erworbene hat mehr ein pathologisch-anatomisches und ätiologisches, als ein geburtshüfliches Interesse. Allerdings muss vom wissenschaftlich gebildeten Geburtshelfer die genaue Kenntniss derjenigen krankhaften Verhältnisse, welche eine Missgestaltung des Beckens veranlassen können, und ein vollkommnes Vertrautsein mit der Ge-

nene der Beekenverbildungen vorausgesetst werden; allelu eine Darstellung der auf das Becken Einfluss übenden Kraukheitsprocesse und die Entwickelung der Beckensehler gehören nicht in ein Lehrbuch der Gehurtsbülfe. Der Geburtsbelfer bat es, wie der Verf. richtig bemerkt, in seinem speciellen Fache nur mit dem augenblicklichen Zustand des Beckens su thun, er muss vor Allem den Einfluss einer Beckenverbildung auf die Schwangerschaft, Geburt u. s. w. würdigen. Nur wenn die das Becken verunstaltende Krankheit sur Zeit seines Handelns noch fortdauert, siso in den seltener Fällen der entstündlichen Processe, der Osteomalaoie, der Knochenbrüche, Verrenkungen u. s. w. erfordert auch die verbildende Krankheit selbst gewisse Rücksichten. Für die Darstellung der Abweichungen des Beckens in geburtshülflicher Hinsicht ist es angemessener, sich hauptsächlich an des sur Zeit der Schwangerschaft und Geburt bestehende Produkt, an die vorhandene Beschaffenheit des Beckens in Bezug auf Form und Struktur zu halten, die Darstellung der Entstehungsweise dem Pathologen überlassend. Doch giebt es allgemeine Krankheiten, die in der Regel der Verbildung des Beckens einen bestimmten Typus aufdrücken, z. B. Rhachitis und Osteomalacie, weshalb der Geburtshelfer diese in ihrem gannen Verlaufe in's Auge fassen muss. Diess ist bei Osteomalacie um so wichtiger, als nur in sehr seltenen Fällen ein so genanntes Wiederhartwerden der biegsamen Knochen erfolgt. Diese Biegsamkeit der osteomalacischen Beckenknochen ist von grossem Einflusse auf die Geburt und das Handeln des Geburtshelfers, da die Knochen nachgeben und nicht selten noch die Herausbeförderung des Kindes mittelst der Zange bei einer Beckenenge zulassen, die unter andern Verhältnissen an und für sich den Kaiserschnitt indicirt. Der Geburtsbelfer darf in einem solchen Falle nicht blos die gegebene Verunstaltung des Beckens berücksichtigen, sondern er muss sich den Grad der Krankheit und den pathologisch-anatomischen Zustand der osteomalacischen Knochen vergegenwärtigen und die ganze Genesis der Krankheit klar vor das Gedächtniss führen. Die Osteomalacie beruht nicht auf einer Erweichung, einem Kuorpeligwerden der Knochenmasse, sondern sie ist ein hoher Grad von Osteoporose, von Rareficirung der Knochenmasse, deren ursächliches Moment in aligemeiner Hyperämie des Periost's oder in einer chronischen Periostitis su suchen ist. Vermittelst Durchtränkung mit wässeriger oder fettiger Flüssigkeit in Folge von Exsudaten, werden die spongiösen Knochen blegsam und nachgiebig, während solche Knochen, welche viele Substantia dura besitzen, brüchig werden, und die Einbiegungen, Zusammendrückungen, Zusammenfaltungen, Knickungen und

Fraktaren sind Wirkungen der Schwere und dar Muskelthätigkeit.

Die Abweichungen des weiblichen Beckens betrachtet der Verf. 1) nach den Abweichungen in der Form, 2) nach den Abweichungen in der Grösse, 3) nach den Abweichungen in der Tiefe, 4) wach den Abweichungen in der Krümmung, 5) nach den Abweichungen in der Neigung.

In Bezug auf Form theilen sich die Becken in gleichmässig und ungleichmässig abweichende. Bei den gleichmässig in der Form abweichenden Becken, die in allen ihren Theilen sowohl des grossen als des kleinen Beckens einen bestimmten Charakter beibehalten, berücksichtigt der Verf. das runde, das langgesogene, das quergenogene und das schräggesogene Becken. —

Bei den ungleichmässig in der Form abweichenden Becken. welche sich dadurch charakterisiren, dass die Reifen entweder nur einzelner, Beckenräume von der normalen Form abweichen: oder dass diess bei mehreren, selbst allen der Fall ist, diese aber daun unter sich in keinem entsprechenden Formverhältnisse mehr stehen, sondern ganz unregelmässig von einander abweichen, handelt des Verf. von den Abweichungen des grossen Beckens, von den Abweichungen des Reifens des Beckeneingangs, der Beckenweite, der Beckenenge und des Beckenausgangs, von den Abweichungen, welche durch Knocheuwugherungen, durch weiche Beckengeschwülste, durch Luxationen und Frakturen der Beckenknochen, durch Rhachitis und Osteomalacie erzeugt werden. Dass hier eine grosse Verschiedenheit in den Formabweichungen herrschen muss, liegt klar vor. Durch den Reichthum der Formabweichungen in einem und demselben Becken ergiebt sich oft eine so grosse Verbildung, dass man Mühe haben kann, das Becken überhaupt noch als solches zu erkennen. Sicher wird die übersichtliche Darstellung dieser Formabweichungen höchst schwierig. Allein die Bedingungen. welche solche Formveränderungen erzeugen, sind ziemlich constant. beruben auf bestimmten Krankheitsprocessen, zum Theile auch auf gewissen mechanischen Einflüssen. Diess ist sumal bei der rhachitischen und osteomalacischen Beckenverbildung der Fall.

Die Erkenntniss dieser Verhältnisse hat wohl Stein, den Neffen, vorsugsweise veranlasst, die Abweichungen des weiblichen Beckens in swei Hauptarten darzustellen, wovon die erste Hauptart ihre Abweichung vom fehlerfreien Becken auf das Maass des Raumes — su grosses und schlechtweg su kleines Becken, Pelvis aequabiliter justo major und simpliciter justo minor — beschräckt, die sweite aber die Abweichung auf Maass und Form zugleich ausdehnt und die Missstaltungen in so viele Untenarten theilt, als

sich mehr oder minder wesentlich verschiedene Krankheitsnustäude für ihren Ursprung erkennen lassen. Es ist wohl kaum in Abrede zu steilen, dass das rhachitische, osteomalacische, coxalgische schrägverengte u. s. w. Becken, je nach seiner Entstehungs- und Entwickelungsweise, einen bestimmten Grundtypus an sich trägt. Hat man auch in neuerer Zeit Uebergänge z. B. der rhachitischen Form in die osteomalacische und umgekehrt gefunden, so steht diess doch nicht im Widerspruche mit Stein's Lehren, da Rhachitis und Osteomalacie keine wesentlich verschiedene Kraukheiteu, sondern nur symptomatisch pathologische Begriffe sind, und die Natur nirgends weder in ihrer gesundheitsgemässen noch krankhaften Thätigkeit, Gattungen und Arten, sondern nur Einzelwesen schaft. Es kann ein rhachitisches und ein osteomalacisches durch den Snielraum individueller Variationen einander so nahe kommen, dass man zu ihrer Trennung in zwei Arten kaum ein einziges Merkmal feststellen kann, während die Extreme rhachitischer und osteomalacischer Becken die Verschiedenheit des Typus auf den ersten Blick klar und deutlich erkennen lassen. - v. Ritgen wurde wohl von derselben Idee, wie Stein geleitet, als er sich in neuerer Zeit so vielfach mit den Forschungen in der pathologischen Lehre des Frauenbeckens beschäftigte. Achaliches gilt von Nägele, Robert, Hohl und Lietzmann. Der Verf. erkennt die Wiederkehr der Bedingungen, welche solche Formänderungen hervorbringen, und die in stets ähnlicher Weise auf die Verbildung einwirkenden bestimmten mechanischen Einflüsse jusbesondere bei den Becken mit rhachitischer und osteomalacischer Formabweichung an.

Die Veränderungen der Beckenform, wie sie bald nur in einzelnen Räumen, bald in allen Aperturen und häufig in einer verschiedenen Weise vorkommen, werden vom Verf. mit vielem Fleisse und grosser Umsicht beschrieben.

Nachdem derselbe die Formveränderungen geschildert, geht er su den Abweichungen in der Grösse des weiblichen Beckens über. Die Abweichungen in der Grösse des Beckens sind für den Verlauf der Schwangerschaft und Geburt die belangreichsten. Die Verengungen insbesondere können so bedeutend werden, dass fast jede su benutsende Räumlichkeit schwindet und der Durchtritt eines ausgetragenen Kindes unmöglich wird. Sowohl die über die idealen Maasse hinausgehende Grösse des Beckens, als auch die unter ihnen bleibende Kleinheit ist ebenso, wie bei den Abweichungen der Form, entweder eine gleichmässige, d. h. sie trifft in derselben entsprechenden Weise und Richtung die sämmtlichen Räume des Beckens, oder sie ist eine ungleichmässige, d. b. sie tritt nicht in jedem Raume in deruelben Richtung auf, sondern oft gerade in einer entgegengesetzten, und Verengerung und Erweiterung wechseln in den verschiedenen Räumen eines und desselben Beckens.

Bei den gleichmässig in der Grösse abweichenden Becken kann die Form gleichzeitig entweder die ideale sein, oder sie ist gleichmässig oder ungleichmässig verbildet; bei den ungleichmässig in der Grösse abweichenden Becken ist aber stets auch eine ungleichmässige Formbildung augegen. Mit diesen Fehlern in Form und Grösse gehen dann gleichseitig noch Regelwidrigkeiten in der Tiefe, Richtung und Neigung des Beckens einher.

Die abweichenden Grösseverhältnisse sind stets in swei Richtungen aufsufassen: 1) in Besug auf die Grösse des ganzen den jedesmaligen Beckenraum begrenzenden Reifens, welche annähernd richtig aus der Summe der Länge des geraden und queren Durchmessers berechnet werden kann, und 2) in Besug auf die absolute Länge und Kürse der einzelnen Durchmesser, namentlich in Besug auf den absolut kleinsten Durchmesser im ganzen Becken.

Der Verf. erörtert 1) die durchweg und gleichmässig in der Grösse abweichendeu Becken, sonach die durchweg gleichmässig su grossen und su kleinen Becken, 2) die ungleichmässig in der Grösse abweichenden, je nachdem sie in den einzelnen Räumen noch ein einigermassen regelmässiges Verhältniss darbieten oder gar keine Uebereinstimmung mehr seigen. Hier betrachtet er die einfachen und umgekehrten Trichterbecken, wie auch die bauchigen, eingekniffenen und regellos von der normalen Grösse abweichenden Becken und bespricht daan die verschiedenen Grade der Beckenerweiterung und Verengung in ihrem Einflusse auf die Praxis.

Die Abweichungen in der Tiefe des weiblichen Beckens äussern im Vergleiche zu den Regelwidrigkeiten in der Form und Grösse einen nur untergeordneten Einfluss auf die Geburt, doch bieten sie mancherlei beachtenswerthe Eigenthümlichkeiten dar. Die Abweichungen nach der Tiefe finden sich nach swei Richtungen, indem die Tiefe des Beckens bald vergrössert, bald vermindert ist. Diese Vermehrung oder Verringerung der Tiefe kann gleichmässig oder ungleichmässig sein. Ein durchweg zu tiefes Becken kommt selten vor, das ungleichmässig nur an einzelnen Stellen zu tiefe Becken findet sich viel häufiger.

Die Abweichungen in der Krümmung des weiblichen Beckens verändern die Richtung des Beckens und geben der sogenannten (gedachten) Mittellinie eine andere vom Ideale abweichende Biegung. Die Abweichungen in der Neigung des weiblichen Beckens gehen aus verschiedenen Beckenfehlern herver, können aber auch bei sonst fehlerfreien Becken vorkommen. Es nehmen dann die Neigungswinkel sämmtlicher Räume ganz gleichmässig entweder ab oder zu, behalten aber unter sich das normale Verhältniss. Bei bestimmten Beckenfehlern treten jedoch ungleichmässige Abweichungen ein; dann sind die Verhältnisse der Neigungswinkel einzelner Räume unter einander gestört, wenngleich der eine oder andere Winkel die ideale Grösse haben kann.

Der Verf. hat zahlreiche Messungen in Besug auf Form, Grösse, Tiefe und Neigung der Becken vorgenommen und theilt das Ergebniss derselben bei den einzelnen Erörterungen mit. Allenthalben hat er den Einfluws der Beckenabweichungen auf Schwangerschaft und Geburt mit Sorgfalt und Umsicht erwogen und in die Darstellung darauf bezügliche interessante Entbiudungsgeschichten verwoben.

## Die weihlichen Geschlechtstheile (8. 103-214).

Zuerst werden die regelmässigen weiblichen Geschlechtstheile, insoweit sie auf das Fortpflanzungsgesolisift von Wichtigkeit sind, betrachtet. Da die Fortpflanzung in dem gesammten Genitalsystem geschieht und den einzelnen Organen bestimmte Thätigkeiten zugewiesen sind, durch deren Erfüllung sie die Kette der Entwickelungsstufen der Frucht bilden, so werden vom Verf. die einzelnen Organe, je nachdem sie für die einzelnen Stadien der Fruchtbildung nach einander hervor- und wieder surücktreten, einer weiteren Untersuchung unterworfen. Mit dem Beginne des Fortpflanzungsvorganges bereiten sich aber sämmtliche einzelne Organe sofort allmälig für die bevorstehende Phätigkeit vor und gehen vom Anfange an in materielle Veränderungen ein, deren Nutzen und Nothwendigkeit erst nach und nach bervortritt. Die Reihenfolge der nach einander thätig werdenden Organe beginnt mit dem innersten und endigt mit dem äussersten, der ganze Process bildet sich von innen nach aussen beraus.

Auf diese Weise beleuchtet der Verf die Eierstöcke, die Eileiter, die Gebärmutter, die Gebärmutterbänder, die Mutterscheide, die äussern Geschlechtstheile, die Nachbarorgane der Geschlechtstheile und die Brustdrüsen im gesundheitsgemässen Zustande beim Fortpflanzungsgeschäfte, die Kenntniss des anatomischen Baues mit Recht aus anderweitigen Studien voraussetzend.

Hierauf unterzieht er die Abweichungen der weiblichen Geschlechtstheile einer näheren Erwägung in ähnlichem Sinne. Es können sich in den weiblichen Geschlechtstheilen die verschis-

denartigsten Zustände ausbilden, welche Störungen des permaien und gleichmässigen Entwickelungsganges des Fortpflansungsgeschäftes verursachen. Die Abweichungen in den Genitalien bestehen entweder schon vor der Beschwängerung oder sie bilden sich enst in den einzelnen Stadien des Fortpflanzungsgeschäftes aus. Man kann sweckentsprechend die einselnen. Anomalien in grüssere Gruppen bilden. Der Verf. stellt folgende Hauptgruppen auf: Abweichungen 1) durch Formverläderungen, 2) durch Lageveräuderungen (Brüche, Senkungen, Vorfälle, Umbeugungen, Umstülpungen) 3) durch Verengungen und Verschliessungen der Höhlen und Kantile, 4) durch Erkraakungen der Substans, 5) durch Fremdbildungen, 6) durch Verletzungen und Blutflüsse. Der Verf. beschreibt die Anomatien der einzelnen Organe des Fortpflaasungssystems ausführlich und erläutert viele derselben durch sweckehtsprechende Erankheits- und Enthindungugeschichten aus seiner Praxis. Mit gans besonderer Sørgfalt sind die Blutflüsse der Genitalien während der Schwangerschaft, während und nach der Geburt bearbeitet. Bei jeder Gebärmutterblutung während der Schwangerschaft muss man sunächst an eine Lostrennung der Frucht vom Uberna, welche die äfthere oder spätere Geburt zur Folge haben wird, denken. Zur Gewissheit über die Natur des Blutflusses gehangt man aber erst, entweder wenn gerade der sich lösende Fruchtkuchen auf dem Muttermunde vorliegt (Placenta praevia) und dort direct gefühlt werden kann, oder wenn die wirkliche Geburtsthätigkeit eintritt und man dann hinreichend tief in die Gebärmutter eindringen kann. Von der Ausdehnung der Verletzung hängt die Reichhaltigkeit des Blutflusses, daher die Gefahr für Mutter und Kind und die Wahrscheinlichkeit der bevorstehenden zu frühen Geburt ab. Eine selbst in grösserem Umfange abgetrennte Frucht kann suffilig noch einen hinreichend festen Boden zur Weiterentwickelung behalten, sogar die abgetrennten Theile können durch Verklebung wieder in neue Wechgelwirkung treten. Es kommen wenigstens Fälle vor, wo nach reichlichen Blutungen und selbst nach bereits aufgetretener Geburtsthätigkeit keine Aborten oder Frühgeburten folgten, sondern die serrissenen Gefässe sich wieder schlossen, die Wehen wieder aufhörten und die Frucht sich weiter entwickelte. Die Aufgabe des Geburtshelfers ist deshalb schwierig, sie muss in jedem speciellen Falle auf das genaueste erwägen, wie weit der Blutabgang der Mutter oder dem Kinde Schaden bringt, wie weit die Geburt bereits vorgerückt ist, um danach die Grenze für das abwartende Verfahren zu stecken. Bei drohender Gefahr der Verblutung müssen die mehr unmittelbar blutstillenden Mittel in Gebrauch gezogen werden. Dieselben sind natürlich nur wirksain, wenn sie gegen die blutende Stelle selbst oder in deren Nähe gebracht werden können. Dahin gehören die kalten Umschläge über den Bauch und die Geschlechtstheile, die Einspritsungen in die Scheide mit kalten, sauren und zusammensiehenden Flüssigkeiten, das Einlegen von Eisstücken oder von mit solchen Flüssigkeiten getränkten Schwämmen, Charpie, Watte, Tampon von thierischen oder Kantschuckblasen (Hüter's Thierblase, Braun's Colpeurynter), die mit Eiswasser ausgespritzt werden u. d. m. Alle diese örtlichen Mittel können aber durch Reis die noch schlummernde Geburtsthätigkeit anregen, die schon bestehende steigern und somit die Geburt beschleunigen. Der Geburtshelter mass deshalb wohl erwägen, ob Beförderung der Geburt, das Hervorrufen einer Fehl- oder Frühgeburt seine Aufgabe ist. Hat aber su irgend einer Zeit der Schwangerschaft der Blutfluss so überhand genommen (wie dies namentlich bei Placenta praevia vorkommt), dass für das Kind und die Schwangere eine wirkliche Lebensgefahr droht, so ist die einzige Rettung in der Einleitung und schnellen Beendigung der Geburt gegeben. Diese muss je nach den Umständen langsam und schonend, oder auch auf das allerschieunigste mit allen dem Geburtshelfer zu Gebete stehenden Mitteln in Ausführung kommen.

(Schluss folgt.)

#### Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

## XXIV.

## Entbindung bei Placenta praevia.

Von

#### Dr. A. Clemens,

practischem Arzte zu Frankfurt am Main,

 ${f F}$ reitag den 10. Juli 1846 Nachmittags wurde ich von einem jüngeren Collegen zu der in Wehen liegenden Frau K. in B. geholt, bei der sowohl die rasch aufeinander folgenden Blutangen, als die innere Exploration eine vorliegende Nachgeburt verriethen. Von dem früheren Zustande der Kreissenden erfuhr ich im Allgemeinen Folgendes: Während ihrer ganzen Schwangerschaft und selbst in den letzten Monaten hatte die Frau nicht an Mutterblutflüssen gelitten. Erst seit dem 6. Juli, also vor vier Tagen, waren diese gegen Abend in bald grösserem, bald geringerem Maasse eingetreten, und hatten seit dem 9. ebenfalls gegen Abend so zugenommen, dass jede der indessen eingetretenen Wehen von einer Hämorrhagie begleitet wurde. Indessen schien zur Entbindung die Mutteröffnung noch nicht weit genug. Es wurde also mit in Essig getauchten Schwämmen tamponirt, Zimmttinctur mit Hallerschem Sauer gereicht, bis dann endlich stärkere Wehen eintraten und der günstige Moment zur künstlichen Entbindung sich nahte. Honatssehr, f. Geburisk, 1854, Bd, HI, HA, 5. 21

## 322 XXIV. Dr. Clemens, Entbindung bei Placenta praevia.

Um diese Zeit Nachmittags ½ nach drei Uhr bei der Gebärenden angelangt, fand ich eine robuste Frau von 36 Jahren, die schon früher einmal von einem todten Kinde mittels der Zange entbunden worden war. Ich fand sie durch die vielen Blutungen sehr erschöpft, Puls höchst klein und fadenformig, Gesichtsfarbe weiss und bläulich, Augen matt und eingesunken, Kälte im Gesicht und den Extremitäten. Von Zeit zu Zeit schmerzhafte und stets von Blutungen begleitete Wehen. Kleine vorbereitende Wehen hatten sich schon am 8. eingestellt. Gegen den 9. nahmen sie an Intensität zu, aber auch die Blutungen. Leben des Kindes wollte die Frau noch am Tage vorher verspürt haben. Der Leib stand hoch und gewölbt. Hervortretende Wülste zu beiden Seiten liessen auf Zwillinge oder Ouerlage des Kindes schliessen. Vor der Untersuchung wurden der Kreissenden 20 Tropfen Aether sulphuric. auf Zucker und dann und wann ein Schluck Wein gereicht. Die erste Exploration fand im Bette bei ausgestreckter Lage der Gebärenden statt. Mit dem Tampon entfernte ich vieles Blutgerinsel aus der Vagina. Den Muttermund selbst fand ich weich und ausdehnbar, so dass die konisch zusammengelegten Finger wohl eingebracht werden konnten. Die Blase stand noch. Die rechte explorirende Hand stiess an eine schwammige Masse, die an der linken Seite des Mutterhalses fixirt, von da aus der Untersuchung hindernd entgegentrat. Kindestheile waren nicht zu fühlen. Auf die belebenden Mittel wurden die Wehen kräftiger. Die Blase stellte sich. Wir brachten darauf die Frau auf das Levret'sche Entbindungslager. Zwei Gehülfinnen fixirten die Fusse. Mit der rechten Hand ging ich ein, bahnte mir einen Weg an der links liegenden Nachgeburt vorüber, sprengte die prake Blase und fühlte eine vorliegende Hand. Dieser vorbei lag der Kopf in der rechten Seite der Gebärenden. Diesen schob ich zurück und gelangte über Brust und Rücken zu den Füssen, von denen ich einen im Kniegelonk fasste und sehr schnell in die Mutterscheide zog. Langsamer ging es mit dem zweiten. Endlich gelang es mir auch bei diesem 'die Finger ins Kniegelenk einzusenken und ihn so herabzuziehen. Bis zum Becken entwickelten sich die unteren Br-

••

## XXIV. Dr. Clemens, Entbindung bei Placenta praevia. 323

tremitäten in spiralförmigen Drehungen, den Rücken nach der Symphysis ossium pubis gerichtet bis an die Brust, schlug dann die zu Tage geförderten Theile in eine Serviette, deren beide Zipfel ich von den Gehülfinnen halten liess. Die Blase hatte ein nussfarbiges Wasser ergossen, und bis zur Entwickelung der Brust begleiteten Blutungen alle diese Manualoperationen. Darauf löste ich mit der rechten Hand den rechten Arm des Kindes, mit der linken dessen linken, gab dem Körper desselben eine halbe Seitenlage, das Gesicht des Kindes dem rechten Acetabulo zugekehrt, ging mit der linken Hand zu dem Oberkiefer. drückte den Kopf tief in das Becken, während die Rechte den Hinterkopf unter die Symphyse führte. So folgte der Kopf leicht. Trotz der Schnelligkeit mit der die Wendung gleich nach dem Wassersprunge vollführt wurde, war das Kind, ein gut genährtes Mädchen, todt. Gleich nach der Geburt des Kindes ging ich wieder mit der rechten Hand ein und löste die Nachgeburt von ihrem Sitze ohne grosse Möhe. Die Nabelschnur war sehr welk. Die Placenta missfarben und von einer auffallend lockern Textur. Gleich nach der Entbindung hörte der Blutfluss auf. Die Entbundene wurde in das Bett in die gerade Lage gebracht und erhielt mehrere Theelöffel von Tineture Cinnamomi in Zukkerwasser. Der Uterus zog sich normal zusammen. Die Entbundene erhielt von jetzt an ein Chinadecoct mit Zimmttinctur; zum Getränk eine leichte Kalbfleischbrühe. Am 2ten Tage füllten sich die Brüste, zugleich entstanden heftige Leibschmerzen. Der im Ganzen sehr aufgetriebene Unterleib war nur in der Gegend des rechten Ovariums bei der Berührung sehr sohmerzhaft. Hier wurden 10 Blutegel angesetzt und die Blutung durch warme Leinsaamencataplasmata unterhalton. Stühle waren mehrere erfolgt. Innerlich 3ij Aguae Laurocerasi simplicis in einer Emulsio Pepaverina auf den Tag. Gegen den 6ten Tag war der Zustand zwar gebessert, doch war die Stelle des rechten Ovariums noch schmerzhaft. Ein Vesioatorium darauf gesetzt entfernte den Ueberrest der Schmerzen. Von jetzt an verläuft das Wochenbett normal und am 14ten Tage nach der Ent bindung verlässt die Genesene das Lager.

21\*

#### \$24 XXIV. Dr. Clemens, Entbindung bei Placenta praevia.

Dieser Fall von vorliegender Nachgeburt war in meiner Praxis der fünfte. Niemals war es mir gelungen, die Kinder zu retten. Es ist leider eine allgemeine Beobachtung. dass der Blutfluss sie gemeinhin tödtet, bevor noch irgend eine Kunsthülfe eintreten kann. d'Outrepont tamponirt nicht und überlässt auch die Geburt nicht der Natur. Da müsste der Fall ein ganz eigenthümlicher und der Blutverlust höchst unbedeutend sein, sollte sich hier der Geburtshelfer zu einem expectativen Verfahren entschliessen. d'Ouirepont wendet und extrahirt das Kind sogleich. Nur dadurch können Mutter und Kind gerettet werden. Gleicher Meinung sind wohl die meisten Geburtshelfer, insbesondere empfiehlt schon A. H. A. Kölpin (De placenta praevia in partu Commentatio observationibus illustrata. Stettin 1791) die Wendung als das einzige Mittel, Mutter und Kind zu retten. Busch ist der Meinung, es gabe kein für alle Fälle allgemein gültiges Verfahren. In dringenden Fällen von hoher Gefahr soll die Wendung auf die Füsse oder selbst das Accouchement forcé angewendet werden. In leichteren Fällen soll der Tampon, die innern Mittel und die Zange ausreichen. Bei lebhafter Wehenthätigkeit ist zuweilen der zur rechten Zeit vorgenommene künstliche Blasensprung ungemein nützlich, indem dann gewöhnlich der neben der Placenta vordringende Kopf als Tampon dient, den Blutfluss sicher zu unterdrücken. Hier habe ich zu bemerken, dass der Geburtshelfer wohl selten in den Fall kommen wird, den Kopf vorliegend zu finden. In meinen Fällen fand ich immer abnorme Kindeslagen, Arme oder Füsse vorliegend. Carus sagt mit Recht in seiner Gynäkologie. dass der Sitz der Placenta bestimmend auf die Lage der Frucht wirke. Die Placenta praevia wird daher allgemein als die Ursache falscher Kindeslagen angesehen. d'Outrepont fand bei 88 Geburten mit Placenta praevia nur drei Mal den Kopf vorliegend, in allen anderen Fällen eine deutliche Querlage. Nach dem eigentlichen Sitze der Placenta richtet sich die Dringlichkeit des Falls. Nicht alle bieten gleiche Gefahr dar. So beobachtete Kluge in der Berliner Charité-Gebäranstalt einen unvollkommenen Sitz der Placenta am Muttermunde, ohne dass die Geburt dabei beein-

### XXIV. Dr. Clemens, Entbindung bei Placenta praevia. \$25.

trächtigt worden wäre. Dagegen theilt der Wundarzt William Robertson zu Kelso in dem Edinburgh Medical and Surgical Journal. Vol. 5. Edinburgh 1809 einen Fall mit, wo er genöthigt war, wegen grosser Blutstürze vom Festsitzen der Nachgeburt über dem Muttermunde eine Frau zwischen dem 7ten und 8ten Monat gewaltsam und ohne alle Wehen zu entbinden, und nicht allein die Mutter, sondern selbst gegen alle Wahrscheinlichkeit das höchst schwächliche Kind zu retten. Je später, nach Starek, in der Schwangerschaft die Blutflüsse eintreten'. - wie in dem von mir erzählten Falle - um so heftiger und gefährlicher sind sie. Hier ist Beförderung der Geburt das einzige sichere Rettungsmittel, die Mutter gewiss, das Kind vielleicht zu orhalten. Ist der Muttermund so weit geöffnet, dass man mit Hülfe einer kleinen Ausdehnung die Hand einbringen kann, so muss man sogleich durch Wendung oder Zange die Geburt beschleunigen.

Robert Collins (A practical Treatise on Midwifery. London 1838) beobachtet, dass die Menge der Blutung nicht immer der bedeutenden Trennungsfläche der Placenta entspreche. Sie könne im Gegentheil schon da sehr bedeutend sein, wo sich noch wenig losgelöst habe. Auch sah er einen Fall, wo die Placenta lange Zeit vor der Geburt ausgetrieben worden war. Bekanntlich hat Osiander in Deutschland dieser Abnormität nähere Aufmerksamkeit gewidmet, und sie Vorfall der Placenta genannt.

## XXV.

## Kaiserschnitt nach dem Tode der Mutter.

Von

Dr. A. Clemens,

practischem Arzte in Frankfurt am Main.

Frau R., eine kleine, magere, blasse, scrophulöse Frau, an einen gesunden, kräftigen Wittwer, Vater von mehreren schon erwachsenen Kindern verheirathet, hatte als Mädchen lange an scrophulöser Dyskrasie, und während ihrer Entwickelungsperiode an der Bleichsucht gelitten. Der Ehestand brachte keine günstige Wirkung auf ihre Constitution hervor. Nicht genug, dass ihre körperliche Beschaffenheit von der ihres Mannes himmelweit verschieden war, sie kam uberdies in eine höchst anstrengende Wirthschaft. Ich fand sie immer blass, unlustig, träge und von einem kurzen trokkenen Husten geplagt. Endlich wurde sie schwanger und freute sich innigst auf ein eigenes Kind. Aber auch diese Hoffnung sollte der Armen vereitelt werden. Am 20. August 1834, im siebenten Monat ihrer Schwangerschaft, stellten sich Wehen ein. Ein hartnäckiger, durch Erkältung schon länger entstandener Husten hatte durch fortgesetzte Erschütterung des Unterleibs zur frühzeitigen Geburt disponirt, das Aufheben einer schweren Kellerthür dieselbe vollends hervorgerufen. Um 2 Uhr Mittags fand ich das untere Segment der Gebärmutter gesenkt, den Muttermund wulstig, eine fingerweite Mutteröffnung. Um 4 Uhr war der Muttermund dünn und verschiebbar, Mutteröffnung 4 Finger weit. Hinter derselben war die pralle Blase und in derselben der kleine Kopf mit fühlbaren Rändern und verschiebbaren Kopfknochen zu entdecken. Nach dem Wassersprung Abfluss einer übelriechenden jaucheartigen Flüssigkeit und Beginn von stärkeren Wehen, die mit Anfällen

eines anstrengenden Krampfhustens abwechselten. Um 5 Uhr entwickelte ich mit leichter Mühe ein unausgetragenes, kleines, schon in Verwesung übergegangenes Kind weiblichen Geschlechts. Die fest adhärirende Nachgeburt wurde künstlich und nicht ohne Mühe gelöst. Die Entbundene erholte sich langsam und ging nun zu früh wieder ihren anstrengenden häuslichen Beschäftigungen nach.

Zwei Jahre später wurde die Frau wieder schwanger und sah gegen Ende März 1836 ihrer abermaligen Entbindung entgegen. Ich sah sie überhaupt in dieser ganzen Zeit nur selten, fand aber ihr Aussehen um nichts gebessert, ihren Leib aber selbst gegen das Ende der Schwangerschaft nur mässig gewölbt. Etwas Husten war immer vorhanden, wurde aber nicht beachtet; sonst aber im eigentlichen Sinne des Worts über nichts geklagt. Am 23. März Morgens 14 Uhr wurde ich eilends zu ihr gerufen, mit dem Bedeuten, es sei keine Entbindung, bei Frau R. wäre ein ganz besonderer Zufall eingetreten. Ich eilte hin, fand Alles dort in der grössten Bestürzung und die Frau - todt im Bette. Nach Aussage ihres Mannes hatte sie noch mit gutem Appetit zu Nacht gegessen und sich gesund zu Bette begeben. Um 3 Uhr sei sie ihm plötzlich mit der Hand über das Gesicht gefehren und habe ausgerufen: O Gott, wie wird mir! Er habe sogleich Licht gemacht, sie aber schon todt neben sich im Bett gefunden. An der Leiche fand ich das Gesicht bläulich weiss, vor dem Munde etwas Schaum, die Augenlider geschlossen, die Augen starr, die Pupille gegen Lichtreiz unbeweglich, die Cornea trübe, Brust und Unterleib noch warm, die Extremitäten kalt und steif. Ich öffnete noch eine Ader, erhielt einige Tropfen Bluts, die aus der Vene drangen. Alle Belebungsversuche blieben ohne Resultat.

Die allem Anschein nach an Lungenlähmung Verstorbene hatte den Termin ihrer Niederkunft erreicht und sollte sich noch am gestrigen Abend über die lebhafte Bewegung ihres Kindes gefreut haben. Die unverzüglich von mir angestellte Exploration gab den Muttermund in der obern Beckenapertur stehend und etwas geöffnet zu erkennen. Nach manchem Zögern gab endlich der Mann die Einwilli-

## 828 XXV. Dr. Clemens, Kaiserschnitt n. d. Tode d. Mutter.

gung zu dem von mir vorgeschlagenen Kaiserschnitt, um ---wo möglich - noch das Kind zu retten. Bei der Operation selbst assistirte mir mein dazu erbetener College, Herr Dr. Fabricius: sie fand um ½ nach 5 Uhr statt. Einen kleinen Zoll unter dem Nabel wurde die Hautfalte gebildet und der Schnitt mit dem convexen Bistouri durch die allgemeinen Bedeckungen in der Linea alba bis zur Schambeinfuge fortgeführt, dann das Peritonäum ebenfalls mit dem Bistouri durchschnitten und auf der eingebrachten Hohlsonde der Schnitt wie oben verlängert. In die von einander stehenden Wundränder zogen wir den Uterus. Er zeigte sich nur mässig ausgedehnt, von blaurother Farbe, mit nicht sehr angefüllten Venen. Darauf machte ich eine Incision von einem halben Zoll in die Substanz des Uterus. brachte die Hohlsonde ein und dilatirte die Wunde nach oben und unten. Nun zeigte sich das Kind aufs schönste unter dem Ammon, die rechte Schulter präsentirend. Nach vorsichtiger Trennung der Eihäute auf der Hohlsonde quollen die Wässer hervor, geruchlos und von normaler Beschaffenheit. Das Kind mit dem Kopfe nach unten liegend, ward nun aus der Wunde entwickelt. Es war ein kleines, mageres, welkes, aber ausgetragenes Kindlein männlichen Geschlechts, noch warm anzufühlen, aber ohne alle sonstigen Lebenszeichen. Die welke, nicht pulsirende Nabelschnur ward unterbunden, das Kind in ein bereitstehendes warmes Bad gebracht und alle möglichen Belebungsversuche. wiewohl vergebens, angewendet. Die Placenta, deren Entfernung ohne erheblichen Nutzen gewesen wäre, liessen wir Die Wunde ward kunstgemäss geheftet. zurück.

Der Tod der Mutter war dem Berichte des Mannes zufolge gegen 3 Uhr erfolgt. Ich kam um halb vier Uhr. Die Operation wurde schon ½ nach 5 Uhr unternommen. Bedenkt man, dass der Gatte nicht gleich seine Einwilligung gab und dass einige Zeit verfloss, ehe der von mir gewünschte Assistent kam, so wird man den Zeitraum zwischen Tod und Kaiserschnitt nicht bedeutend finden. Aber selbst wenn die Operation noch früher unternommen worden wäre, das Kind hätte man, seiner Schwäche und Welkheit nach, nicht lebend gefunden. Bekanntlich hat die To-

#### XXVI. Dr. Sickel, Ueber d. Saugen a. d. Brustwarzen etc. 829

desart der Mutter auf das Leben der Frucht den grössten Binfluss. Wird das Ende nicht durch äussere Gewaltthätigteit, sondern durch innere krankhafte Momente herbeigeführt, so hat man selten Hoffnung, ein lebendes Kind zu erhalten. Die gewöhnlichen Ursachen des Todes hochschwangerer Frauen, wie Convulsionen, Apoplexieen, Phthisen u. s. w. liefern ein sehr ungünstiges Resultat für den Kaiserschnitt, Besonders in unserem Falle war die Mutter stets kränklich und über ihre Kräfte angestrengt, gegen das Ende der Schwangerschaft nur mässig dick, das Kind selbst fanden wir mager, schwächlich, klein, den Uterus nur in geringem Grade ausgedehnt. Eine ältere Schwester der Verstorbenen, beinahe von derselben schwächlichen Leibesbeschaffenheit, aber ohne hervorstechendes Brust- und skrophuloses Leiden, wie auch von einem stets heitern sanguinischen Temperamente, wurde fünf Mal von mir entbunden, sah ihre Kinder gedeihen und gross werden, und starb im vorgerückten Alter erst im Jahre 1852 ebenfalls plötzlich an einem Herzleiden.

## XXVI.

# Ueber das Saugen an den Brustwarzen als wehenerregendes Mittel.

Von

#### Dr. Siekel in Leipzig.

Obgleich es schon längst bekannt war, dass zwischen den weiblichen Brüsten und den übrigen Geschlechtsorganen ein lebhafter Consensus besteht, so geschah es doch erst vor Kurzem, dass man diesen Umstand zu medicinischen Zwecken zu benutzen versuchte. In den Verhandlungen der med.-phys. Gesellschaft zu Würzburg IV. 1. 1853 macht Scansoni ein neues Verfahren zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bekannt, welches darin besteht, dass

durch Reizung der Brustdrüsennerven die Geburtsthätigkeit hervorgerufen wird; zugleich veröffentlicht er zwei Fälle, in denen dieses Verfahren vollständig zum Ziele führte. Diese neue Methode hat Nachahmung gefunden und nimmt, wohl weniger wegen ihrer Zuverlässigkeit, als vielmehr wegen ihrer Einfachheit gegenwärtig schon einen der ersten Plätze unter den verschiedenen, zur Erregung der künstlichen Frühgeburt vorgeschlagenen Verfahrungsweisen ein. Es ist zu verwundern, dass man von einem so höchst einfachen und unschädlichen Mittel. Contractionen im Uterus zu erregen, zur Zeit noch keinen ausgedehnteren Gebrauch gemacht hat: und doch liegt es so nahe, diese Wirkung eines auf die Brustwarzen angebrachten Reizes auch zu anderen geburtshilflichen Zwecken, als nur zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, anzuwenden. Nachstehend mitgetheilte Fälle boten mir eine solche Gelegenheit dar.

Frau H., 28 Jahre alt, von mehr als mittler Grösse und kräftiger Constitution, hatte vor fünf und vor drei Jahren leicht und glücklich geboren und fühlte sich seit Januar 1853 zum dritten Male schwanger. Am 11. September traten gegen Morgen die ersten Wehen ein; da die um Mittag herbeigeholte Hebamme keinen vorliegenden Kindestheil fühlte. so liess sie mich herbeirufen. Ich fand den Leib der übrigens ganz gesunden Frau sehr stark ausgedehnt, besonders in die Breite, die Gebärmutter fühlte sich ziemlich gleichmässig hart an, und es waren Kindestheile von Aussen nicht zu unterscheiden; das an die Gebärmutter angelegte Ohr vernahm rechts oben und ebenso auch links unten ganz deutlich fötale Herztöne, unten etwas stärker als oben. An dem Vorhandensein von Zwillingen war hiernach nicht zu zweifeln. Bei der innern Untersuchung zeigte es sich, dass der fast völlig eröffnete Muttermund sehr hoch stand. dass sich die Blase gestellt hatte, und dass hinter derselben sich ein runder harter Kindestheil befand, der sich später als der Kopf erwies; am Becken war keine Regelwidrigkeit wahrzunehmen. Die Geburt hatte bei kräftigen Wehen ihren regelmässigen Fortgang, und nach Verlauf einer halben Stunde war ein, für ein Zwillingskind ziemlich grosser Knabe geboren, der sogleich kräftig schrie. Die

jetzt vorgenommene Untersuchung ergab, dass sich eine sweite Blase stellte. Die Wehen setzten jetzt eine volle Stunde hindurch ganz aus, dann trat eine schwache Wehe ein, welcher wieder eine beinahe halbstündige Pause folgte. In dieser Weise verflossen mehr als zwei Stunden, ohne dass die Geburt auch nur die geringsten Fortschritte machte. Da brachte mich ein zufällig auf das in seinem Korbe liegende, an einem Händchen saugende Kind geworfener Blick auf den Gedanken, dasselbe der Mutter, die sich hinreichend erholt hatte, an die Brust legen zu lassen, um auf diese Weise vielleicht Wehen zu erregen; und siehe da, kaum hatte das Kind die Warze erfasst, so stellte sich eine starke Wehe ein, welcher unter fortwährendem Saugen des Kindes nach kaum fünf Minuten eine zweite noch stärkere folgte, durch welche die Blase gesprengt und der vorliegende Steiss des zweiten Kindes bis an den Beckenausgang herabgetrieben wurde. Ich liess nun das Kind von der Brust entfernen; die Geburt hatte ihren ungestörten Fortgang. Nach Herabholung des hinter der Schambeinverbindung in die Höhe geschlagenen linken Armes gelang es mir leicht, den Kopf mittels meiner Hände zu entwickeln. Dieses zweite Kind, ebenfalls ein Knabe, war etwas kleiner, als das zuerst geborene, schrie jedoch gleich nach seiner Geburt kräftig und zeigte sich in allen seinen Theilen gehörig entwickelt. Jedes Kind hatte seine besondere Placenta, welche etwa 20 Minuten nach der Geburt des zweiten Kindes durch die Hebamme leicht entfernt wurde, worauf die Gehärmutter in normaler Weise contrahirt erschien. Das Wochenbett verlief ohne jede Störung.

Wenige Wochen später wurde ich zu einer ledigen Erstgebärenden gerufen, um die Nachgeburt zu entfernen; die Geburt des Kindes war in normaler Weise verlaufen und etwa eine Stunde vor meiner Ankunft beendigt gewesen. Ich fand den Grund des Kindeskopf grossen Uterus rechts seitlich unterhalb des Nabels, in der Scheide befand sich vieles Blutcoagulum; ich entfernte diess, führte die Hand in die Gebärmutter ein und löste und entfernte die theilweise noch ziemlich fest an der Uteruswand ansitzende Placenta sammt den Eihäuten, worauf die Gebärmutter sich

## 332 XXVI. Dr. Sickel, Ueber das Saugen an den

gehörig zusammenzog. Als ich nach Verlauf von etwa einer Viertelstunde die Wöchnerin verlassen wollte, untersuchte ich zuvor nochmals den Unterleib und fand den Uterus ziemlich ausgedehnt und weich; leichte Reibungen des Gebärmuttergrundes brachten keine Contractionen, hervor. Ich nahm daher abermals meine Zuflucht zu dem Kinde, liess dasselbe seiner Mutter an die Brust legen und hatte die Freude, sich die Gebärmutter sofort energisch zusammenziehen zu sehen, wobei nebst mehreren Stücken geronnenen Blutes eine nicht unbeträchtliche Quantität flüssiges abging oder vielmehr kräftig ausgetrieben wurde. Das Kind blieb beinahe eine halbe Stunde an der Brust liegen und machte während dieser Zeit mit mehrmaligen Unterbrechungen fortwährend Versuche zum trinken; die Gebärmutter blieb von nun an fest contrahirt.

In den beiden hier mitgetheilten Fällen war die Rückwirkung, welche das Saugen an den Brustwarzen auf die Gebärmutter äusserte, eine ganz unverkennbare und äusserst günstige. Es kann wohl nicht bezweifelt werden, dass Nichts einen angemesseneren Reiz hervorzubringen im Stande ist, als das Saugen gerade eines Kindes. Man kann durch Milchsauger oder durch den Mund Erwachsener jedenfalls viel grössere Kraft hervorbringen, als diess ein kleines Kind vermag, wird aber durch sehr starkes Saugen sicherlich nicht immer das erreichen, was man beabsichtigt. Zu kräftiges Saugen an den Warzen verursacht heftige Schmerzen, und ich bezweifle, dass unter solchen Verhältnissen eine günstige Rückwirkung auf die Gebärmutter stattfinden wird; ein blendendes Licht verursacht oft Niesen, das Kitzeln des Rachens Erbrechen; schmerzhafte Verletzungen der Augen und des Rachens dagegen werden wohl schwerlich Niesen und Erbrechen bewirken. Wenn demnach das Saugen eines Kindes die beste Art ist, die Brüste zu reizen, um dadurch Contractionen im Uterus hervorzurufen, so wird man sich auch so viel als möglich dieses einfachen Mittels bedienen müssen; aus naheliegenden Gründen ist in der Privatoraxis nur selten Gelegenheit dazu, man wird sich hier auf die Nachgeburtsperiode zu beschränken haben, und auch da findet man nur ausnahmsweise die Kinder sogleich zum Saugen bereit.

Ganz anders verhält sich die Sache in Gebärhäusern. Hier sind stets mehrere neugeborne Kinder zur Hand, hier ist man nicht gezwungen, sich auf die Nachgeburtsperiode zu beschränken, sondern kann bei Wehenschwäche und Wehenmangel in jeder Geburtsperiode versuchen, die Thätigkeit der Gebärmutter durch Anlegen von Kindern an die Brustwarzen anzufachen, ja man kann selbst Scansoni's neue Methode, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, insofern abändern, dass man anstatt der Milchsauger sich neugeborner Kinder bedient. In Ermangelung eines Kindes aber mag man seine Zuflucht zu Milchsaugern nehmen, oder durch Erwachsene, vielleicht auch durch junge Hündchen saugen lassen; in keinem Falle aber darf das Saugen mit solcher Kraft geschehen, dass dadurch bedeutendere Schmerzen verursacht werden. Unter den verschiedenen Milchsaugern halte ich die schröpfkopfartig wirkenden, aus vulkanisirtem Gummi gefertigten für die besten; mittels solcher Sauger gelang es meinem verehrten Collegen Dr. Germann, Direktor der hiesigen geburtshilflichen Poliklinik, schon in 12 bis 15 Fällen bei zögernden Geburten die Wehen zu verstärken, nie liess ihn das Mittel in solchen Fällen im Stiche, wogegen es in der Absicht angewandt, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, nicht immer Wehen erregte. Man darf hiernach annehmen, dass das Saugen an den Brustwarzen dort, wo die Geburt bereits begonnen hat, mit ziemlicher Sicherheit eine Verstärkung der Wehen herbeiführt, dass es aber da, wo noch keine Geburtsthätigkeit vorhanden ist, nicht als zuverlässiges Mittel angesehen, als ganz unschädliches aber doch immer versucht werden kann.

Als Fälle, die sich zur Anwendung unseres Mittels besonders eignen, nenne ich: unzureichende Wehenthätigkeit vor Austreibung des Kindes, Wehenmangel in der Nachgeburtsperiode und Atonie des Uterus nach Entfernung der Placenta. Als ganz vorzüglich passend erscheint seine Anwendung da, wo bei zuletzt kommendem Kopfe nach gebornem Rumpfe die Wehen aussetzen, was so häufig geschieht, und wodurch schon manches Kind um das Leben

ł

### 834 XXVI. Dr. Sickel, Ueber das Saugen an den etc.

gekommen ist. Ich zweifle übrigens nicht, dass auch in zögernd verlaufenden Fällen von Abortus das Mittel gute Dienste leisten wird, sowie man sich desselben gewiss auch mit entschiedenem Nutzen zur Hervorrufung der Menstruation wird bedienen können. Ueber die beiden letzten Punkte habe ich keine eigene Erfahrung, habe auch noch nichts darauf Bezügliches gelesen.

Es erührigt noch zu zeigen, dass und weshalb unser Mittel vor andern wehenerregenden den Vorzug verdient. Am gewöhnlichsten bedient man sich des Mutterkornes, um Gebärmuttercontractionen zu erwecken oder schwache Wehen zu verstärken; dass dieses Mittel ein ziemlich sicher wirkendes ist, hat die Erfahrung gelehrt, weniger sicher, wo nicht ganz unwirksam ist der Borax. Auf der andern Seite kann es aber auch nicht in Abrede gestellt werden, dass das Secale nicht gar selten nachtheilige Wirkungen hat, besonders wenn es zu zeitig oder in zu starker Gabe gereicht wird; es mag manches Kindesleben dadurch vernichtet, mancher Dammriss, manche Gebärmutter-Entzündung oder Zerreissung dadurch herbeigeführt worden sein, Man kann in keinem Falle vorausbestinunen, eine wie starke Gabe des Secale nöthig sein wird, und hat man zuviel von dem Mittel gereicht und dadurch zu stürmische Wehen hervorgerufen, so vermag man durch nichts die Wirkung rückgängig zu machen. Die Fälle, wo die Gebärenden nicht zu schlingen vermögen oder wo das Mittel nicht vertragen, sondern sofort wieder ausgebrochen wird, bedürfen keiner besondern Besprechung.

Keiner der gerügten Uebelstände ist dagegen bei Reizung der Brüste zu befürchten. Dem Saugen an den Warzen steht wohl nie ein Hinderniss im Wege; die Gebärende mag sich in was immer für einem Zustande befinden, ein Milchsauger lässt sich anbringen. Man hat ferner wohl nie zu fürchten, dass die auf solche Art erregten Wehen zu stürmisch werden, und sollten sie diess ja sein, so braucht man nur mit dem Saugen aufzuhören, um einen Nachlass der Wehenthätigkeit herbeizuführen. Ein grosser Vorzug unseres Mittels ist auch der, dass es meistentheils gleich auf der Stelle wirkt, wogegen man beim Secale die Zeit

### XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aethereinathmungen. 885

seiner Wirkung nie sicher vorher berechnen kann. Dass die übrigen mechanischen Mittel, Reibungen des Gebärmuttergrundes, Eingehen mit der Hand in den Uterus u. s. w. durch das Saugen an den Brustwarzen nicht entbehrlich geworden sind, versteht sich von selbst.

Da der Zweck dieser Zeilen kein anderer war, als der, die Aufmerksamkeit der Collegen auf das Saugen an den Brustwarzen als auf ein ganz einfaches, sicheres und unschädliches wehenerregendes Mittel zu lenken, so kann ich hiermit schliessen, obgleich sich wohl noch so Manches über diesen Gegenstand sagen liesse. Ich hoffe, bald auch von anderer Seite her hierauf bezügliche Mittheilungen zu vernehmen.

## XXVII.

# Ueber die Fälle, in welchen die Aether- und Chloroform-Einathmungen bei Geburten angewendet werden dürfen und in welchen sie zu meiden sind.

#### Von

#### Chailly-Honoré in Paris.

(Aus dem Bulletin général de thérapeutique.)

Der Nutzen betäubender Mittel in der Geburtshülfe ist vom practischen Gesichtspunkte aus bis jetzt keineswegs festgestellt. Das Bulletin de Thérapeutique hat bei den umfangreichen Prüfungen dieses Gegenstandes hauptsächlich seine Urtheile aus den Veröffentlichungen englischer Geburtshelfer schöpfen müssen, vorzugsweise aus denen des ausgezeichneten Edinburger Professors Simpson. Die Erfahrungen in den Pariser Krankenhäusern waren in der That so wenig zahlreich, dass aus ihnen eigentlich nur die Möglichkeit der Anwendung hervorging. Deshalb ist es Pflicht derjenigen, welche zu den Mitteln ihre Zuflucht nehmen zu

### 336 XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aether- und

müssen glaubten, die Ergebnisse ihrer Praxis mitzutheilen, zumal wenn der Erfolg beweist, dass ihre Anwendungsmethode vor jeder Gefahr sicher stellt. Da einige Chirurgen eine Vorliebe für den Aether ausgesprochen haben, so will ich meine ersten Beobachtungen nicht übergehen.

Die wenigen Operationen, die ich unter der Hülfe dieses Mittels ausführte, bewiesen mir, dass der Aether der organischen Zusammenziehungsfähigkeit der Gebärmutter sowohl während der Geburt als nach derselben freies Spiel lässt. Ohne diesen Umstand würde man bei Anwendung betäubender Mittel Gefahr laufen, die Geburt unterbrochen und nach ihr eine tödtliche Blutung eintreten zu sehen. Anfangs waren meine Beobachtungen noch nicht zahlreich, denn ich nahm die Athmungen nicht, wie so Viele es thun, des Versuches wegen vor, sondern nur bei ganz bestimmten Anzeigen im Interesse der Frau. So verweigerte ich sie in einem Falle, zu dem ich von den Herren Doctoren Caffe, Messaud und Séquin im Februar 1847 zur Beendigung einer schweren Geburt gerufen wurde. Es walteten hier, wie man sogleich sehen wird. Umstände, welche so Mancher eifrigst zu Versuchen benutzt haben würde.

Fall: Die Frau lag seit 3 Tagen in voller Geburtsarbeit, die Fruchtblase war gleich zu Anfang gesprungen, das Kind seit 12 Stunden todt; trotz sehr kräftiger Wehen war der Kopf ganz fest über dem Beckeneingang stehen geblieben, nur eine Kopfgeschwulst hatte sich tief heruntergedrängt. Das Hinderniss schien in der Grösse des Kindes zu liegen, denn die Frau hatte schon mehrmals leicht geboren, und kräftige Züge mit der Zange, die bereits vor meiner Ankunft die Collegen ausgeführt hatten, blieben ohne allen Erfolg. Wir waren einig, dass die Perforation des Schädels gemacht werden müsste, ich führte die Operation aus, welche, da sie für die Mutter durchaus ungefährlich war, den Gebrauch des Aethers in keiner Weise erforderlich machte. Nach Entleerung des Schädels warteten wir eine Stunde, die Wehen förderten nicht das Geringste, der Kopf rückte nicht tiefer, die Basis des Schädels stand fest im Beckeneingange, wie eingekeilt. Die Frau war sehr angegriffen, die Collegen meinten, man dürfe nicht länger warten,

müsse vielmehr den Kephalotribe anlegen. Man schlug mir die Einathmung des Aethers vor, indess ich fragte mich, was war die Natur des zu überwindenden Hindernisses? Welcher Widerstand trat mir entgegen? In wie viel Zeit konnte ich ihn überwinden? Ich wusste es nicht im Voraus und ich hätte ungern bei einer so delicaten Operation die Andeutungen vermisst, welche mir die Frau durch den ihr verursachten Schmerz geben konnte. Ich erklärte mich gegen den Aether und bereuete es nicht. Der Kopf war in der That so fest eingeklemmt, dass die Anlegung der Instrumente grosse Schwierigkeiten fand. Dabei entstand jedoch kein Schmerz; wäre aber die Frau betäubt gewesen. so hätten mir die Schwierigkeiten Sorge gemacht, denn ich hätte gefürchtet, durch meine Anstrengungen einen schmerzhaften Druck auszuüben, dessen die Frau nicht bewusst war. Jetzt handelte ich im Gegentheil, trotz der Schwierigkeit, mit einer Sicherheit und einer Zuversicht, die ich bei einer ätherisirten Frau nicht besessen haben würde. Nachdem der Kephalotribe lag, wurde der Kopf zerquetscht, er folgte aber erst kräftigen und anhaltenden Zügen etwa nach 10 Minuten. Als er gegen Ende abzugleiten drohte. entfernte ich ihn und zog den Kopf mit einem stumpfen Haken hervor. Der Rumpf bot noch einige Schwierigkeiten. indess auch diese wurden bald überwunden. Die Frau erholte sich vollständig. Das Kind wog genau ohne Gehirn. 5 Kilogramms, war 60 Ctm. lang und die Schulternbreite betrug 16 Ctm.; es war also umfangreicher, als man vorher hatte sehen können; der Kopf, sehr verknöchert, konnte nur gerückt werden, nachdem sein Volumen vermindert war. Die Frau hatte während der Extraction keine Schmerzen.

In dem folgenden Fall war die Aetherisirung durch die absolute Nothwendigkeit geboten.

Die betreffende Frau war 43 Jahre alt, Mutter eines einzigen vor 17 Jahren geborenen Kindes. Sie war in Folge der 26stündigen Geburtsarbeit sehr empfindlich und obgleich das Kind sehr klein war, so hatte sie von diesem ersten Wochenbette eine Empfindlichkeit und einen Zustand von Zusammenschnürung des Scheiden-Einganges und der Scheide in solchem Grade behalten, dass der Coitus nur Nonatuschr, f. Goburtsk, 1884. Bd. 11f. Blt. 5. 22

unter den lebhaftesten Schmerzen konnte vollzogen werden. Nach dem Tode dieser Tochter wurde die Frau bald wieder schwanger. Am Ende dieser zweiten Schwangerschaft liess sie nach den ersten Schmerzen ihren Arzt rufen. Derseibe fand Erguss von blutigem Schleim, konnte aber bei der enormen Empfindlichkeit der Geschlechtstheile durch die innere Untersuchung nur die sehr vorgeschrittene Brweiterung des Muttermundes und das Vorliegen des Scheitels erforschen. Die heftigsten Contractionen dauerten ohne Nachlass während des Sonnabends, der Nacht und des Sonntags ganz ohne Resultat fort, ausser dass eine geringe Menge Amnion-Flüssigkeit abfloss. Die Wiederholung und Intensität der Schmerzen war so heftig, dass dagegen Opium im Lavement verordnet werden musste, wonach die krenkhaften Contractionen wichen; aber ohngeachtet eines genugend ausgesprochenen Narcotismus war die Empfindlichkeit der Genitalien so gesteigert, dass bei der leisesten Berthrung die Kranke den heftigsten Schrei ausstiess. Der Unterleib war auch sehr empfindlich geworden; der Puls variirte zwischen 120-130 Schlägen; die Zunge war trocken, Durst lebbaft, die Haut heiss. Die arme Frau stiess fortwährend dumpfe Seufzer aus. Die Gehärmutter war in complete Trägheit verfallen. So war der Zustand, als ich am Montag, 54 Stunden nach der einzigen Untersuchung des Haus-Arztes, hinzukam. Trotz der geschilderten Empfindlichkeit wurde von ihm eine Untersuchung angestellt; aber trotz der fast vollständigen Narkose, in welcher die Kranke gehalten wurde, verfiel sie bei der leisesten Berührung doch in nervose Zufälle, stiess so durchdringende Schreie aus, dass jede weitere Untersuchung eingestellt werden musste; dasselbe war der Fall beim Einbringen des Catheters. Es war hierbei die Frage: Was machen? Gewiss durfte man nicht mehr warten, dazu hatte seit 54 Stunden die Kranke zu sehr gelitten; die Contractionen, die seit 15 Stunden aufgehört hatten, waren nicht wiedergekehrt, und selbst wenn man auf ihre Wiederkehr hätte hoffen können, so waren sie doch ungenügend bis dahin, trotz ihrer Stärke, ja man hatte sogar zu fürchten, dass sie von Neuem die Kreissende in jenen beunruhigenden Zustand bringen würden, woraus sie durch das Opium gerissen war. Ausserden konnte bei dieser angewohnten Geburtsarbeit das Kind gefährdet werden. :Wie aber verfahren bei der Unmöglichteit, die Kindeslage zu erforschen oder das Hinderniss zu erkennen, welches sich der Entbindung entgegenstellte? Und selbst wenn dies gelang, hätte man das Kind bei einer so energischen, krampfhaften, mit einer so bedeutenden Empfindlichkeit verbundenen Zusammenschnürung des Gebär-Organs, das kaum einen Finger ohne die heftigsten Zufälle eindringen liess, extrahiren können? Diese Gedanken hatten mich während 3 Stunden auf das angstvollste beschäftigt und endlich zu dem Entschluss geführt, die Kranke zu ätherisiren. Hier oder niemals schien ge angezeigt.

Die Frau wurde aufs Querbett gebracht und die Aetherinhelationen mittelst des Apparats von *Charrière* begonnen. Nach 5 Minuten, war die Unempfindlichkeit vollständig. Unmittelbar darauf konnte leicht und ohne Schmerz untersucht werden. Der Kopf stand schon genügend in der Aushöhlung, indess lag noch ein Theil der Frucktblase über ihm. Nach dem Riss derselben ergoss sich ein wenig Flüssigkeit. Ausserden wurde nur eine leichte Einbiagung der Symphyse von vorn nach hinten gefunden und dies als, die Ursache der Unwirksamkeit der sa "sehr energischen Gontractionen angesehen. Alle diese, Untersuchungen, waren durchaus schmerzlos. Die so sehr erhöhte Empfindlichkeit war wie weggezaubert.

Sollte man nun der Natur die Beendigung der Geburt überlassen? Seit 16 Stunden hatten die Contractionen aufgehört und es war nicht zu hoffen, dass, sie, selbst nach ihrer Rückkehr, des Hinderniss, was sie bisher nicht zu überwinden vermocht hatten, beseitigen würden. Bile, war nötbig, denn jede Secunde konnte die traurige Lage, aus welcher der Aether befreit hatte, wieder herbeiführen. Es wurde mit grosser Leichtigkeit die Zange, angelegt; einige Contractionen erwachten dennoch; das Hinderniss, welches den Kopf zurückgehalten hatte, sich einzustellen, wurde überwunden, der Kopf konnte seinem, natürlichen Mechanismus folgen; aber wenn auch der Namm sehr dehnbar. war, so war doch wegen der früheren Rigidität desselben die

22\*

## 340 XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aether- und

Furcht gerechtfertigt, dass derselbe trotz aller Vorsicht einreissen könne, deshalb wurde das Instrument abgenommen und die Beendigung der Geburt den jetzt hinreichend wieder erwachten Wehen überlassen. Diese genügten zur Austreibung des Kopfes, und bald war das Kind nach Ueberwindung geringer Schwierigkeiten bei der Entwicklung der Schultern, geboren und wiederbelebt. Bei der Austreibung des Kopfes konnte die Frau mit ihren Kräften den Uterus unterstützen, was mit einigen Schmerzensäusserungen verbunden war. Man war in der Meinung, die Wirkung des Aethers sei nicht mehr genügend; indess versicherte die Frau später, als der Schrei ihres Kindes sie vollständig erweckt hatte, dass sie nichts gefühlt und keine Erinnerung des Erlebten habe.

Es fragt sich, ob hierin nicht eine Analogie mit den Erscheinungen vereinzelter Beobachtungen von Dubois liege, in welchen derselbe die Bauchmuskeln gleichzeitig mit dem Uterus sich contrahiren sah, während andere gleichfalls dem animalen Leben angehörige Muskeln erschlafft waren. Solkte man nicht glauben, dass diese Erscheinung sich nur zutragen könne in der Zeit, wo die Frau nicht mehr vollständig unter der Wirkung der Aetherdämpfe steht, wobei aber dennoch die Sensibilität hinreichend erloschen ist? Seit diesem Tage wurde es mir klar, dass die Anwendung der Aetherdämpfe in der Geburtshülfe nicht bis zur völligen Unempfindlichkeit nöthig sei, dass es genüge, die Schmerzen zu vermindern. Mad. B. erholte sich schneller, als aus ihrem ersten Wochenbette, und nur drei Tage hindurch blieb eine Empfindlichkeit der Organe zurück.

In diesem Falle sah man unter dem Gebrauch der Aetherdämpfe nicht nur die so durchaus ungewöhnliche Erhöhung der Sensibilität verschwinden, welche die Kranke in einen Zustand von Aufregung warf, die schwer zu erklären gewesen wäre, wenn man nicht selbst Zeuge davon gewesen und welche für Mad. B. die verderblichsten Folgen hätte haben können; sondern ihnen verdankte man auch, dass ganz schmerzlos die nothwendigen Untersuchungen gemacht und eine schon so hingezögerte Geburtsarbeit beendigt werden konnte, denn der Kopf wurde von einem Hinderaiss befreit, welches die Wehen trotz ihrer anfänglichen Energie nicht zu überwältigen im Stande gewesen waren, und das mit Hülfe einer Operation, die bei der Rigidität und Empfindlichkeit der Organe sehr schwierig und ausserordentlich schmerzhaft, vielleicht ohne die heftigsten Zufälle unmöglich gewesen sein würde, wenn die Aether-Binathmung nicht in Gebrauch gezogen wäre. Durch sie wurde zugleich eine Erschlaffung des Perinaeums bewirkt und die Frucht ohne den geringsten sonst wahrscheinlich unvermeidlichen Einriss entwickelt. Ohngeachtet der Aether-Betäubung zog sich die Gebärmutter genügend zusammen, um die Austreibung des Kindes zu vollenden und gekrönt wurde endlich das Werk dadurch, dass alle diese Resultate ohne den geringsten Nachtheil für Mutter und Kind erzielt waren.

In einem anderen Falle wandte ich den Aether mit demselben Glücke an. Die Zange war durch Trägheit des Uterus indicirt; das Becken war im geringen Grade verengert, der Widerstand sehr bedeutend und man konnte eine schmerzhafte Extraction voraussehen. Die Frau wurde indess nach ihrem Zeugniss ohne irgend einen Schmerz entbunden, weder sie noch ihr Kind hatten gelitten. In diesem Falle zog sich nach der Operation der Uterus energisch zusammen.

So standen die Sachen. Der Aether war Behufs der anästhetisirenden Methode in der Geburtshülfe selten angewendet, als Simpson das Chloroform einführte. Man fasste, vorzüglich in Frankreich, ein solches Vorurtheil für dieses Mittel, dass es bei jeder Gelegenheit in den leichtesten Fällen in Gebrauch gezogen wurde, selbst in Fällen, wo seine Anwendung durchaus nicht gerechtfertigt war. Die nothwendige Folge dieses Missbrauchs waren zahlreiche und sehr bedauernswerthe Zufälle, die man um die Wette dem Gebrauche des anästhetisirenden Mittels zuzuschreiben sich beeiferte.

Meine Art zu handeln war eine andere. Aus dem Vorangegangenen erkennt man meine Vorsicht, getreu dem Princip, nur wo die Nothwendigkeit es erheischt, nicht des Experiments halber, die Anästhetica anzuwenden. Gleichwie ich mich nicht beeilt habe, die Anästhetica zu verbannen, so habe ich sie doch nur angewandt, wo sie mir grossen Nutzen zu gewähren schienen, und in einer grossen Reihe von Fällen habe ich die befriedigendsten Resultate ohne den leichtesten Unfall erhalten. Deshalb halte ich es auch für Pflicht aller Praktiker, sich zu vereinigen, dass diesem so kostbaren Mittel der Platz erhalten werde, welchen es niemals verlieren darf, und ich bin entschlossen in meinem Traité d'accouchement alle meine Fälle, von denen einige mit geburtshülflichen Beobachtungen von grossem Interesse verbunden sind, zu veröffentlichen.

Gestützt auf das Beispiel von Simpson und nach dessen Versuchen überzeugt, dass nur Mangel an Kenntniss Unfälle beim Gebrauch des Chloroforms herbeiführen könne, wie es bei allen anderen energisch wirkenden Mitteln auch der Fall ist, habe ich nicht nur fortgefahren, bei geburtshülflichen Operationen, die mir sehr schmerzhaft sein zu müssen schienen, dasselbe anzuwenden; ich habe sogar einen anderen Weg des Experiments eingeschlagen in dem Wunsche. den Gebrauch auf gewisse Fälle der natürlichen Geburt auszudehnen, um während einer mehr oder minder längeren Zeit des Geburtsgeschäfts die lebhaften, oft unerträglichen, durch pathologische Contractionen oder erhöhte Sensibilität veranlassten Schmerzen zu mässigen. Vorsichtig gemacht durch die unglücklichen Fälle, welche die medicinische Presse von Zeit zu Zeit berichtet, machte ich erst Versuche an mir selbst, wozu mir eine sehr heftige Neuralgie der Hüftnerven Gelegenheit gab. Jedesmal athmete ich während mehreren Stunden Chloroform ein, und immer wurden unmittelbar darauf die unerträglichen Schmerzen gemindert, welche ich nach Form und Heftigkeit nur mit den lebhaften Wehenschmerzen vergleichen zu können Alle diese Einathmungen bewirkten nie einen Unglaubte. fall. Ermuthigt durch die glückliche Wirkung und durch die vollständige Unschädlichkeit dieser Methode, benutzte ich sie bei armen Frauen, welche während der Entbindung an diesen heftig schmerzhaften Wehen litten, die oft Convulsionen und in deren Folge den Tod herbeiführen, und

welche um so stärker werden, je grösser der Widerstand ist, den sie überwinden wollen.

Aber welchen Hindernissen begegnete ich auf jedem Schritte! Zuerst hatte ich eine wohl gerechtfertigte Furcht zu besiegen, welche aus den traurigen, durch den seltsamon Missbrauch der Anästhetica herbeigeführten Resultaten hervorgegangen war. Ich hatte dies Hinderniss erwartet: ich überwand es, indem ich die an mir selber gemachten Brfahrungen in die Sobranken rief, und es gelang mir leicht, zu beweisen, dass die Frauen nur dann in Lebensgefahr gebracht würden, wenn die Anästhesie zu stark und zu lange gemacht würde. Ich ging weiter, um selbst die Wahrscheinlichkeit der kleinsten Gefahr wegzuräumen, ich bediente mich des Chloroforms mit einer solohen Vorsicht, dass ich gewöhnlich die Frau in dem Bewusstsein alles dessen liess, was um sie vorging. Es gelang mir auch leicht, durch Beispiele, die uns jeden Tag unter die Augen treten, zu überzeugen, dass andere Medicamente, wenn sie unvorsichtig angewandt werden, ebenfalls den Tod herbeiführen können, und ich füge hinzu, dass, wie alle energisch wirkenden Mittel, auch das Chloroform Mässigung in der Anwendung fordert. Auf ein Hinderniss indess, auf das schlimmste, hatte ich nicht gerechnet, das persönliche Interesse! Und in der That wende man das Chloroform mit. der grössten Vorsicht in Fällen, wo es vollkommen indicirt ist, an; die Frau lebt, man kann nicht beschuldigt werden, ihr geschadet zu haben; und dennoch wird Alles, was ihr während des Wochenbettes und selbst lange nach demselben zustösst, Alles, was das Kind Leides erfährt, dem Chloroform zugeschrieben und Dem, der es verordnet hatte.

Bei den Laien ist diese Art zu urtheilen sehr gewöhnlich; jeder Unfall muss einen verantwortlichen Schöpfer haben; sie erkennen so selten, dass das Uebel, was sie dem Gebrauch des Chloroforms zuschreiben, in ihrer eigenen Hand lag. Und diess Alles würde natürlich und verzeihlich sein. Muss man aber nicht erstaunen, wenn man sieht, dass Aerzte, deren Stellung je nach ihrer Handlungsweise Vertrauen zu schenken vermag, diesem Vorurtheil freies Feld lassen und es vorziehen, die armen Frauen einer Methode zu berauben, welche, mit Vorsicht angewandt, so vollkommen unschädlich und berufen ist, so grosse Dienste während des Geburtsgeschäfts zu leisten, welche oft zweien ihrer Sorgfalt anvertrauten Individuen das Leben retten, weil diese Aerzte wohl wissen, dass alles Ungemach während des Wochenbettes, so fremd dem Chloroform, ihnen wird angerechnet werden, wenn sie dasselbe in Gebrauch gezogen haben?

Andere gehen noch weiter, sie benutzen diese Vorurtheile als Waffe gegen die, welche ihre Pflicht besser kennend, das Bewusstsein haben, da nur das Chloroform zu gebrauchen, wo es erfordert wird.

Durch einen schnellen Entschluss, durch ein zweckmässiges Einschreiten bei plötzlicher Blutung, bei Pressung der Nabelschnur, rettet man Mutter und Kind. Der Werth dieser Dienstleistung verschwindet, sobald Chloroform angewendet ist, weil dem Chloroform die Blutung zugeschrieben wird. Die Wehen sind schwach, die Trägheit des Uterus ist mehr oder weniger ausgesprochen, — ein jedem Geburtshelfer bekanntes häufiges Ereigniss in der Praxis, — hat man Chloroform, selbst mit der grössten Vorsicht, angewandt, nicht einmal in dem Grade, dass die Frau das Bewusstsein verloren, sondern nur so weit, dass die durch die Wehen .erzeugten Schmerzen gemindert wurden, — das Chloroform wird als die Ursache der Wehenschwäche angesehen! Und doch ist es hinreichend bewiesen, dass dies Mittel ohne Einfluss auf die Gebärmutter ist.

Zum Beweise meines Ausspruchs mögen einige innerhalb einiger Jahre erlebte Fälle dienen.

Eine Dame bekommt nach der Entbindung eine Hämorrhagie. Während der letzten austreibenden Wehen hatte sie drei bis vier Chloroformeinathmungen gemacht, ohne dass das Mittel die allergeringste Wirkung hatte, denn die Frau starb unmittelbar. Dem Chloroform wurde die Hämorrhagie zugeschrieben und diesen Glauben theilte selbst ein hochstehender Arzt.

In einem anderen Falle wurde das Kind der Marquise de Ch., dessen Grösse im Missverhältniss zu den Beckenräumen stand, bei der Extraction geopfert. Man hatte die junge Dame Chloroform einathmen lassen, und zwar während der ganzen Dauer der sehr lebhaften Schmerzen, die sich gewöhnlich in den Fällen, wo die Gebärmutter sich vergeblich bemüht, das Hinderniss zu überwinden, einstellen. Da hatte wieder das Chloroform die Schwierigkeiten bei der Entbindung verursacht, und dies wurde von Laien und selbst von Aerzten geglaubt. Das zu enge Bekken, das zu grosse Kind, die Unwirksamkeit des Uterus: Alles Sünden des Chloroforms!

Bei einer anderen Dame, die durch die Wehen der Anstreibungs-Periode in eine bedeutende Aufregung gekommen war, wandte ich, wie es bei der ersten Geburt auch geschehen war, einige Einathmungen von Chloroform an. Das Unglück wollte, dass die zu lange Nabelschnur einige Mal um den Hals des Kindes geschlungen war und die Schultern herausgezogen werden mussten. Da rief der sonst sehr gebildete Ehemann: "Teufel von Chloroform! dies allein war die Ursache."

Vor der Erfindung des Chloroforms sah man folglich in der Geburtsarbeit und im Wochenbette weder Hämorrhagien, noch Trägheit des Uterus, noch Eklampsie, noch Zusammendrücken der Nabelschnur, noch Asphyxie, noch Apoplexie, noch Hindernisse von der Resistenz des Dammes oder des Halses des Uterus, von dem Volumen des Kindes, von der Enge des Beckens; man sah weder Ohnmachten, noch Apoplexie der Mutter, noch Puerparalfieber, noch Manie, noch plötzlichen Tod u. s. w. Seit aber dies Mittel benutzt wird, sind alle Zufälle seine Schuld. Wie kann man sich denn noch wundern, wenn die jungen Aerzte zittern bei dem Gedanken, dass sie durch die Verordnung des Chloroforms selbst da, wo es nothwendig ist, ihre ganze Zukunft blossstellen, und dass einige Andere wie die Laien ausrufen: post hoc ergo propter hoc! und bei wenig eigener Erfahrung sich fürchten, es anzuwenden. Diese Furcht, diese Vorsicht ist sehr gut zu begreifen und ist zu entschuldigen, so lange es sich darum handelt, das Chloroform bei natürlichen Geburten zu gebrauchen, ohne dass eine Verminderung der Schmerzen nothwendig ist; aber sie ist nicht zu rechtfertigen, wenn aus derselben ernste Gefahren für Mutter und Kind entstehen. Jedes persönliche Interesse muss schweigen, wenn die Pflicht gebietet, wie gross auch die Gefahren für den Mann der Kunst sind; und sie sind noch grösser, als man denkt. So begegnete es mir. dass eine Frau durch die Wehen, welche den Mutterhals ausdehnen sollten, so heftig ergriffen wurde, dass sie plötzlich unter den Zeichen von Gehirn-Affection ohne irgend welche Vorläufer den Kopf auf meine Schulter fallen liess. Aderlass und Belladonna-Salbe besserten die heftigen Erscheinungen und erweiterten den Mutterhals und die Geburt ging noch glücklich zu Ende. In diesem Falle wandte ich nicht das Chloroform an, obgleich ich mich bei ähnlichen Schmerzen während der Erweiterung des Muttermundes schon seit längerer Zeit desselben bedient hatte. Würde ich es hier angewandt haben, so würden die Umstehenden darin einen sichern Beweis der traurigen Wirkung des Chloroforms gesehen haben, ja ich würde selbst erschüttert worden sein, während es sich doch nur um eine so häufig beim Geburtsgeschäft sich einstellende Gehirn-Congestion handelte. So können unglückliche Zufälle während der Entbindung, die glücklicher Weise selten sind, wenn sie aber plötzlich und mit ihren bedauernswerthen Wirkungen auftreten und diese mit der Anwendung des Chloroforms zusammenfallen, bei dem Beobachter Zweifel aufkommen lassen.

Dieser Umstand veranlasste mich, alle anderen Zufälle zu untersuchen, welche sich während des Geburtsgeschäfts zutragen können und welche man dem Chloroform zuschreiben würde, wenn dies angewandt worden wäre; so alle Fälle von plötzlichem Tode während der Geburt und kurze Zeit nachher, so die Fälle von Lufteinsaugung durch die Uterusvenen, die schnellen Todesfälle durch Ohnmachten in Folge des Wochenbettes u. a. m. Es sind diese Punkte im Bulletin de Thérap. tom XLII. und XLIII. und fast in allen anderen med. Zeitschriften abgehandelt. In meinem Traité d'Accouchement habe ich einige funfzig unter den Augen anderer Aerzte von Paris beobachteter Fälle niedergelegt, deren Aufführung die Grenzen dieses Aufsatzes überschreiten würden. Einer der beweisendsten Fälle betrifft meine eigne Tochter, die ich bei ihrer Entbindung einer der kostbarsten Entdeckungen nicht berauben wollte. Bei ihr wurden die unerträglichen Schmerzen, welche gerechte Befürchtungen einflössten, fast 5 Stunden hindurch bedeutend gemässigt.

Folgende Fälle zeigen unzweifelhaft die Unschädlichkeit des Chloroforms, denn es wurde während langer Zeit und bei schwierigen Operationen in Gebrauch gezogen.

I. Fall. Mad. W. wurde zum ersten Male im Jahre 1847 von mir mit der Zange nach vorangegangener Chloroformirung von einem todten Knaben entbunden, wobei die Extraction grosse Schwierigkeiten darbot. Die Dame hatte während des Tages und eines grossen Theils der Nacht unerträgliche Schmerzen gehabt und erst 15 Stunden nach der Zerreissung der Eihäute war die Erweiterung des Muttermundes so vollständig, dass die Operation gemacht werden konnte. Die Schwierigkeit der Extraction hatte ihren Grund in einem Formfehler des Beckens, welcher erst beim Touchiren während der Geburt entdeckt wurde. Bei sonst fast normalen Beckenräumen war nämlich durch das sehr hervorspringende Promontorium die Länge der Conjugata auf 3" verkürzt.

Als am 5. Januar 1850 Mad. W. am Ende ihrer zweiten Schwangerschaft war, begann das Geburtsgeschäft auf dieselbe Weise, wie das erste Mal, unter den fürchterlichsten Schmerzen. Bingedenk der ersten schmerzhaften Entbindung machte ich diesmal sogleich Gebrauch vom Chloroform. Es wurde von der Kranken liegend beim ersten Beginn des Schmerzes aus einem Gläschen kräftig eingeathmet. Die vorher heftig schmerzenden Wehen gingen unbemerkt vorüber, und die Kreissende behauptete während und zwischen den Binathmungen ihre Munterkeit und Geistesgegenwart. Die Wehen wurden sehr energisch und vollkommen regelmässig, obgleich sie unwirksam waren. Trotzdem beschloss ich, da die Kräfte der Frau nicht gesunken waren und der Foetal-Herzschlag sich ungetrübt hören liess, der Natur so viel wie möglich das Geschäft zu überlassen. Bis 10 Uhr Vormittags hatte die Patientin unter Aufsicht eines anderen Arztes 30 Grmm. Chloroform eingeathmet. Da aber

der Kopf durchaus keine Fortschritte gemacht hatte, vielmehr fest eingekeilt in dem Beckeneingange stand, wurde die Zange angelegt und mit kräftigen Zügen ein lebendes Kind entwickelt. Dasselbe erholte sich in wenigen Secun den ganz und erfreute sich im Mai 1853 der besten Ge sundheit; ebenso die Mutter, die den ersten Schrei ihres Kindes nach der Geburt mit Wonne vernommen und während derselben nicht den geringsten Schmerz empfunden hatte.

Es waren dies Mal dieselben Geburtshindernisse wie das erste Mal zu überwinden, sowohl von Seiten des mütterlichen Beckens, als durch das gleiche Volumen des Kindes. Wie heftig die Contractionen des Uterus trotz der Chloroform-Anwendung waren, konnte man aus einer durch den Druck gegen das Promontorium erzeugten Vertiefung am rechten Scheitelbein abnehmen, welcher Druck nur durch die Contractionen herbeigeführt sein konnte, die das Chloroform nicht geschwächt hatte. Der Nutzen des Chloroforms zeigte sich ausserdem in dem ganzen Zustande der Mutter, welche, statt den fürchterlichsten Qualen stundenlang ausgesetzt zu sein, sich sogar mit den Umstehenden unterhalten konnte. Endlich war die Verminderung der Schmerzen bei der Mutter für das Kind von der glücklichsten Bedeutung, indem man es jetzt wagen konnte, das Geburts-Geschäft sieben Stunden länger als das erste Mal dauern zu lassen; es konnte sich nämlich in dieser Zeit. der Kopf dem Beckeneingange mehr anpassen, dadurch wurde die Compression der Kopfknochen weniger energisch und zur Entwickelung und Ausziehung des Kopfes waren weniger andauernde Tractionen nöthig, wodurch das Leben des Kindes gerettet wurde.

Also 14 Stunden lang athmete diese Frau Chloroform ein (allerdings mit Unterbrechungen nach eingetretener Gefühllosigkeit) und das mit grossem Nutzen für Mutter und Kind

Bei einer dritten Schwangerschaft wurde M. W. im 8. Monat von einem gesunden Kinde durch die künstliche Frühgeburt glücklich entbunden.

Der II. Fall betrifft eine Frau mit verengtem Becken.

8" Conjugata. Dieselbe wurde zwei Mal nach einander unter Anwendung von Chloroform in dem oben besprochenen Grade mit Hülfe der Zange nach voraufgegangener Perforation entbunden.

Im III. Fall wurde das Chloroform während der Schwangerschaft gegen anhaltendes und durch keins der bekannten Mittel zu bekämpfendes Erbrechen mit grossem Nutzen gebraucht. Nach Einathmung von 1 Gramm Chloroform beruhigten sich die Krämpfe, es sistirte das Erbrechen und die noch einige Male rückkehrenden Erscheinungen wurden ebenfalls bald durch das Mittel bekämpft, von welchem bis zur völligen Herstellung 15 Grammes verbraucht waren und zwar in der Weise, dass ein mit Chloroform befeuchteter Tampon von Baumwolle in ein Leinwand-Säckchen mit mehreren kleinen Löchern gethan und Mund und Nase von der Oeffnung des Säckchens umfasst wurden. Jede Rinathmung dauerte einige Secunden; niemals verlor die Kranke das Bewusstsein, es wurde der geringste Grad der Unempfindlichkeit nicht überschritten, da ich nur auf die Muskel-Contractilität zu wirken beabsichtigte. Am Ende der Schwangerschaft wurde die Frau, weil wegen Straffheit des Dammes und des Scheiden-Einganges die Geburt sich in die Länge zog, unter Chloroform von einem lebenden Kinde mittels der Zange ohne irgend einen üblen Zufall entbunden.

IV. Fall, Octavie Scion, eine in hohem Grade rhachitische Person mit 24zölliger Conjugata, bei deren erster Entbindung 1848 die Kephalotripsie gemacht war, kam 1850 zum zweiten Male in die Anstalt und zwar schon im beginnenden Kreissen. Der Kopf stand zwischen der 4. und 1. Scheitellage fast quer auf dem Beckeneingang. Die Kreissende war schon sehr erschöpft. Die Perforation schien unabwendbar und die Kranke wurde zu dem Zwecke bis zum ersten Grade der Unempfindlichkeit chloroformirt. Da indess das Kind noch lebte, so glaubte ich noch einen Versuch mit der Zange machen zu müssen. Dieselbe wurde sehr hoch angelegt (nach Hatin's Verfahren), um den Kopf genau umfassen zu können, und es gelang in einer Viertelstunde mit kräftigen Tractionen ein lebendes, wenn auch

esphyctisches Mädchen zu entwickeln, was nach wenigen Minuten vollständig zu sich kam. Der erste Schrei des Kindles erweckte die Mutter aus ihrer Anästhesie und dieselbe verliess mit ihrem Kinde bald völlig gesund die Anstalt. Es ist in diesem Falle beiläufig bemerkenswarth, dass, obgleich der Kopf leicht zusammengedrückt werden konnte, dennoch der gerade Durchmesser noch 4" 1", der guere 3" 1", die Schulternbreite 4" mass, dass ferner nach der gewissenhaften Messung des Beckens mittels des Fingers, sowie des Beckenmessers von Vanhuevel und des von Baudelocque der gerade Durchmesser des Beckeneinganges nur 24" betrug, ein Verhältniss, was die Möglichkeit einer Zangenapplication nicht nur zurückweisen musste, viel weniger aber noch die Entwickelung eines lebenden Kindes hoffen lessen konnte. Daraus kann man erkennen, wie schwierig die Wahl des richtigen Verfahrens oft ist.

Bei einer dritten Entbindung gebar diese Person wieder unter geringen Chloroform-Einwirkungen mittels des Kephalotriben. Es folgte eine Metra-Ovaritis, die aber geheilt wurde.

V. Fall, Am 80, Juni 1850 wurde in das Hopital St. Marguerite eine Frau von kleiner Statur gebracht, bei der die Untersuchung eine bemerkbare Vertiefung von hinten nach vorn in der Gegend der letzten Lendenwirbel zeigte. Der gerade Beckendurchmesser war verkürzt, indem der untersuchende Finger das sehr vorspringende Promontorium leicht erreichte. Die Frau kreisste seit 36 Stunden und seit 7 Stunden war das Wasser abgegangen, ohne dass der Kopf seinen Stand über dem Beckeneingange verändert hatte. Die Nabelschnur war vorgefallen, pulsirte aber noch. Obgleich die Wehen sehr schwach, den Kopf durchaus nicht förderten und auch der Muttermund nicht vollständig erweitert war, so hoffte man doch noch nach einer Gabe von 1 Gramme Secale cornutum eine freiwillige Batbindung zu erzielen und wartete, nachdem die Nabelechnur. reponirt war, { Stunde. Die zwar etwas kräftiger auftretenden Wehen blieben indess ohne Wirkung, die Nabelschnur fiel abermals vor und wurde wiederum surückgeführt. Da sie noch pulsirte, der Muttermund weich und dehnbar gewopden war, so wurde nochmal die Zange versucht und zwar über dem Beckeneingange angelegt und zu diesem Zwecke die Frau chloroformirt. Vergeblich waren 20 Minuten lang fortgesetzte kräftige Tractionen. Die Perforation war unerlässlich und wurde, da die Nabelschnur aufgehört hatte zu pulsiren, mit grosser Leichtigkeit, ohne die Zange abzunehmen, ausgeführt, worauf die Extraction schnell von Statten ging. Die Mutter hatte nichts gefühlt, überstand ein kurzes und glückliches Wochenbett und wurde gesund entlassen, ist aber später an Phthisis pulm. gestorben.

VI. Fall. Ich wurde zu einer im hohen Grade rachitischen Primipara gerufen, die sich bereits seit 24 Stunden in der Geburt befand und wo das Kind kein Lebenszeichen mehr hatte. Obgleich die Scheitellage sich herausstellte, so war dies doch lange zweifelhaft, weil eine sehr bedeutende Kopfgeschwulst leicht eine Verwechselung mit den Hinterbacken zuliess.

Bei der Untersuchung stellte sich zugleich die bedeutende Beckenenge heraus, der gerade Durchmesser betrug nur 2", welche Schätzung durch die äussere Messung bestätigt wurde. Bei diesem Verhältnisse konnte man nur an Perforation oder gar an den Kaiserschnitt denken.

Auch in diesem Falle wurde vorsichtig aber mühsam die Zange hoch eingeführt - nach Art von Hatin. - Um den Kopf sicher zu fassen, drückte ein Gebülfe durch die Bauchwandungen den Kopf von vorn nach hinten. Alle Mühe, den Kopf zu entwickeln, war vergeblich; zwischen den Zangenblättern wurde daher das Perforatorium eingesenkt. Die Operation war leicht, das Gehirn floss aus. Die Frau war nur bei der Zangenapplication mit einigen Tropfen Chloroform leicht anaesthesirt, jetzt nicht und empfand doch keinen Schmerz. Die Basis cranii widersetzte sich noch der Entwickelung und es wurde nöthig, dieselbe mittels des Kephalotribe zu zermalmen. Die Einführung des Instruments musste mit grosser Sorgfalt geschehen und nachdem es gelungen, wurde es noch nöthig, da der grosse Durchmesser des Kopfes nicht durch den 2 zölligen geraden des Beckens zu bringen war, mit dem Kephalotribe so zu manövriren, dass der gerade Kopf-Durchmesser mit dem queren BeckenDurchmesser correspondirte, ja, da auch dies nicht half, sondern das Instrument nachliess, so musste dasselbe von Neuem angelegt werden und nun erst gelang es, den Kopf zu zerkleinern und durchzuführen. Bald folgte die Placenta. Eine Stunde lang hatte diese Operation gedauert und hatte uns drei Aerzte völlig erschöpft. Die Frau hatte das Bewusstsein alles dessen, was geschehen war, ohne die heftigen Schmerzen zu fühlen. Das Wochenbett verlief normał.

Der VII. Fall verdient gewiss als ein höchst seltener in den Annalen der Geburtshülfe aufgezeichnet zu werden. Dieser Fall liefert nicht nur den Beweis von der gönzlichen Unschädlichkeit des Chloroforms in reichlicher, langer und sehr wirksamer Anwendung, man sieht auch deutlich daraus, wie viel eine Frau unter dessen Einwirkung zu ertragen vermag und wie es möglich wird, statt des indicirten Kaiserschnittes Operationen anzuwenden und zu foroiren, wodurch aber doch das Leben der Kreissenden eher erhalten werden kann.

Es handelt sich um eine verkrüppelte Frau, deren Körperlänge 1 Mètre 82 Climètre betrug, deren untere Extremitäten stark nach innen gekrümmt standen und deren Becken im Eingange kaum 2" für den geraden Durchmesser bot. Sie befand sich seit 24 Stunden in der Geburt; aber energische und anhaltende Wehen hatten den Kopf nicht gefördert, er blieb über dem Beckeneingange stehen; nur eine Blutgeschwulst ragte in den Eingang hinein. Sechs Aerzte hatten nach Kenntnissnahme des Beckenmaasses den Kaiserschnitt als allein mögliches Mittel vorgeschlagen, als ich noch hinzugerufen wurde.

Ich überzeugte mich von der äussersten Beckenenge. Der Herzschlag des Foetus war selten und schwach, das Wasser, durch Meconium gefärbt, floss ab; Alles zeugte davon, dass, wenn dem Kinde dies schwache Leben auch noch während der Vereinigung mit der Mutter durch die Gefässverbindung erhalten wurde, dasselbe durch die Trennung nach der Geburt, ja vielleicht schon vor dem Ende der Operation, enden müsse. Dieser Umstand sprach zu Gunsten der Anwendung des Kephalotribe, doch schien Allen die Sache unausführbar, und es war auch nicht zu erwarten, selbst durch dies Mittel, den Foetus durch die nur 21" lange Konjugata zu fördern. Dennoch bestand ich auf den Versuch mit dem Kephalotribe, da die Erfahrung gelehrt hatte, dass in Paris alle durch den Kaiserschnitt entbundenen Frauen einem gewissen Tode entgegen gingen und dies ultimum refugium noch immer anwendbar war, wenn jener Versuch fruchtlos blieb. Ich hoffte nach Hatin's, Dubois und meinem eigenthümlichen Verfahren die Operation ausführen zu können und so die Frau zu retten.

Bei der voraussichtlich langen und schmerzhaften Operation musste die Unempfindlichkeit vollständig sein, und so wurde die Chloroformirung von einem darin erfahrenen Collegen ausgeführt. Sechsmal musste nach *Hatis*'s Verfahren der Kephalotribe angelegt werden, und erst dadurch war es möglich, den Kopf zu zerbrechen und in eine Breimasse zu verwandeln, wo dann die Knochenstückchen herausgezogen werden konnten. Nach jedesmaliger Application wurden die Tractionen von drei Aerzten gemacht. Endlich, nach der siebenten Application, wurde der Foetus herausgezogen. Die Operation hatte 1½ Stunden gedauert. Das enthirnte Kind wog 5 Pfund. Das Wochenbett verlief günstig, nur sehr geringes Unwohlsein während kurzer Zeit trat ein. Nach drei Wochen kam die Frau, mir persönlich zu danken. Sie war ganz hergestellt.

Diese Fälle genügen, um meine Behauptung zu bestä-Ich will nicht wie Simpson und eine grosse Zahl tigen. englischer, schottischer und amerikanischer Geburtshelfer, bei jeder natürlichen Geburt die Anästhetica anwenden; daraus erwächst der Miskredit, in welchen dies Mittel kommt, und so geschieht es, dass seine Anwendung oft da gefürchtet und versäumt wird, wo es wirklichen Nutzen stiften kann. Nicht die wirklich durch Chloroform herbeigeführten Zufälle bringen es in schlechten Ruf, vielmehr sind es die ihm fremden Zufälle, welche man aber dem Mittel allein zuschreibt. Nicht im Interesse der Methode chloroformirte ich, sondern nur da, wo der durch die spontane Austreibung oder durch eine Operation erzeugte Schmerz droht, dem Organismus zu schaden, indem er die Kräfte aufreibt oder gefährliche Zufähle anregt.

22

Monatoschr, f. Goburtsk. 1854, Bd. 111, Bft. 5.

## 854 XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aether- und

Ganz andere Grundsätze sind in Edinburgh maassgebend. Ein an mich gerichteter Brief Simpson's mag hier sprechen:

## Mein werther Dr. Chailly!

Ich habe Mrs. V. empfohlen, sich Ihrer gütigen Sorgfalt bei ihrer bevorstehenden Niederkunft anzuvertrauen, da sie wie andere schottische Damen wünscht, während der Geburt chloroformirt zu werden.

Unsere Damen wissen, dass es vorzuziehen ist, nicht zu leiden, als unnöthig zu leiden.

Ich habe nur 13 Geburtsfälle während der letzten fünf Jahre beobachtet, in welchen die Patientinnen während der letzten Geburtszeiträume nicht betäubt wurden.

In dieser Woche wandte ich in London bei einer Dame während der Geburt Chloroform an. Dr. *Heam*, der zuerst so heftig gegen dasselbe schrieb, giebt es jetzt den meisten Patienten, welche es dort auch fordern.

Wir rechnen, dass in Edinburgh allein ohngefähr 8 bis 400,000 Fälle von Chloroformirungen beim Geburtsgeschäft vorgekommen sind, ohne irgend einen schlimmen Zufall.

Vielleicht würden 400,000 Dosen Aloë, Opium, Calomel etc. sich nicht so unschädlich gezeigt haben.

Ich wünsche, ich könnte sie veranlassen, herzukommen und mich hier zu besuchen. Versuchen Sie es und kommen Sie.

Ihr treuergebener Simpson.

Diese Dame hat während sechs Stunden Chloroform eingeathmet und befindet sich sammt ihrem Kinde sehr wohl.

Es können die Aether- und Chloroform-Einathmungen also in der Geburtshülfe angewandt werden

1) In der Schwangerschaft:

Zur Hemmung des sonst unbezwingbaren Erbrechens, zur Bekämpfung von gewissen Neuralgien, welche weder durch Chinin (wenn die Anfälle periodisch waren) noch durch Opium, innerlich oder endermatisch angewandt, konnten gebessert werden.

Zur Verminderung der durch Störung des Schlafs und Appetits oft die Schwangerschaft be-

•• .

lästigenden Zahnschmerzen und der Schmerzen des Ausziehens; denn es ist vorgekommen, dass durch den Schmerz des Zahnausziehens Abortus oder auch Frühgeburten verursacht wurden. Dr. Oudet macht unter den Erscheinungen, welche der Aether und das Chloroform hervorbringen, besonders auf zwei Thatsachen aufmerksam, nämlich einmal auf das Bestehen des Bewusstseins und der Fähigkeit, gewisse Bewegungen willkürlich auszuführen bei vollständig aufgehobener Sensibilität. So sieht man nicht selten Kranke während der Operation sich mit dem Operateur unterhalten und nach derselben die Details erzählen, ob sie gleich keinen Schmerz empfunden haben; --und dann auf die Unmöglichkeit, nach einigen Chloroform-Inspirationen den geringsten Widerstand der Operation entgegenzusetzen, welche Oudet an solchen Personen vollziehen wollte. Sie hören, sehen und dulden, aber sie sind unfähig zu klagen; - noch mehr, bei diesem Grade der Betäubung besteht die tactile Sensibilität noch, aber die Empfindung für Schmerzens-Eindrücke ist entweder vermindert oder selbst aufgehoben. Dies ist der Zustand der Anästhesie, den Oudet hervorzubringen und wo möglich nicht zu überschreiten wünscht. Hat er dies erreicht, so steht er ab von der Inhalation und operirt; er hebt nie ganz den Schmerz auf, es genügt ihm, denselben auf den dritten Theil, auf die Hälfte oder noch weniger zu vermindern und er operirt immer sicher und mit Nutzen.

Diese Vorsicht habe ich beim Gebrauch des Chloroforms bei Frauen, die durch *Oudet* und *Delestre* operirt wurden, immer sehr befriedigend gefunden.

2) Während der Geburt.

Bei Straffheit des Collum uteri; nicht etwa, dass des Chloroform eine Erschlaffung dieses Theils des Uterus bewirken könnte, denn der Uterus steht nicht unter dem Einfluss des Mittels; sondern um die heftigen, in ihren Folgen so sehr gefahrvollen Schmerzen zu vermindern und ohne Nachtheil für die zur Hebung der Ursachen angerathenen Arzneimittel, denn das Chloroform wirkt nur auf die Folgen der Bigidität, auf den Schmerz. Sobald der Kopf den Hals

23\*

# 356 XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aether- und

überschritten hat, die Schmerzen erträglich geworden sind, wird gewöhnlich von der Inhalation abgestanden.

Bei Fehler der Beckenbildung. Hier müssen die Contractionen, mögen sie genügen oder nicht, sich während einer oft langen Zeit anstrengen, entweder um den begegnenden Widerstand zu überwinden, oder ihre Unzulänglichkeit zu zeigen; und diese Contractionen werden um so lebhafter, zuweilen um so unerträglicher und gefahrvoller, einen je grösseren Widerstand das Hinderniss ihnen bietet.

Werden diese Schmerzen nicht gemindert, so erschöpfen sie die Kräfte und in ihren Folgen sieht man oft Metro-Peritonitis, Puerperal-Fieber und den Tod entstehen.

In Fällen, wo der Widerstand des Dammes und des Scheiden-Einganges die letzten Contractionen verlängert und sie sehr schmerzhaft macht. Dubois schreibt dem Chloroform überdies die Wirkung des Erschlaffens des Dammes zu, was auch ich, aber nur unter gewissen Umständen beobachtet habe.

In Fällen von so erhöhter Sensibilität der äusseren Organe, dass die Untersuchung unausführbar ist. Siehe das Beispiel, was oben angeführt ist.

Bei krankhaften Contractionen. Das Mittel per excellence zur Regulirung der pathologischen Wehen ist das Laudanum im Lavement; es hat aber das Unangenehme, dass die Wehen danach oft ganz aufhören und in Folge dessen das Geburtsgeschäft. Hier freue ich mich zur Verminderung der aus den pathologischen Contractionen resultirenden so unerträglichen Schmerzen die Chloroform-Einathmungen angewandt zu haben. Sie genügen, wenn es sich um eine einfache Erhöhung der Sensibilität handelt; zuweilen selbst, wenn es wahrhaft krankhafte Contractionen sind, werden diese regulirt, ohne ganz aufgehoben zu werden, nicht durch den Einfluss dieses Agens auf den Uterus, sondern durch die Ruhe, welche beruhigend auf die ganze Oeconomie wirkt. Im Falle eine Regulirung nicht geschieht, kann das Laudanum im Lavement noch immer Anwendung finden.

Die anästhesirenden Inspirationen müssen also um so mehr in Gebrauch gezogen werden, als sie die Schmerzen mildern, dem Körper dadurch Ruhe gönnen und so die Wehen sich reguliren können, und als sie den so traurigen Folgen vorbeugen, welche dieses Uebermaass von Schmerzen hervorrufen kann, wie Erschöpfung, Convulsionen u. s. w., selbst den Tod.

Bei geburtshülflichen Operationen.

Gewisse Operationen verursachen keine Schmerzen und erfordern daher nicht die Anwendung des Chloroforma; z. B. die Reposition der Nabelschnur, die Perforation.

Bei anderen ist der Schmerz so gering, dass man nicht weiss, ob man dabei vom Chloroform Gebrauch machen soll, z. B. bei Application der Zange in einem Falle der Wehenträgheit bei einer Multipara und wenn der Kopf im Einschneiden steht. Solche Fälle kommen mir täglich vor, ich bediene mich bei ihnen nie des Chloroforms. Wieder andere Operationen lassen die Anwendung der Anästhetica nicht zu, obgleich sie lebhafte Schmerzen machen, und zwar, weil man nicht Zeit zur Chloroformirung hat, da der geringste Verzug Mutter und Kind das Leben kosten kann, z. B. bei künstlicher Entbindung wegen starker Hämorrhagie, bei Entwickelung der Arme und des Kopfes, bei Bekkenlagen.

Es giebt auch noch andere Operationen, wo die Anwendung des Chloroforms nur für eine bestimmte Zeit passt. Ist z. B. bei Anwendung der Zange wegen zu grossen Kopfes oder Beckenenge der Kopf in die Beckenhöhle oder an den Beckenausgang angelangt, so ist die Einführung der Blätter, wenn sie gut gemacht wird, fast ganz ohne Schmerz, und es ist in solchem Falle das Chloroformiren nicht nur ganz unnütz, ja sogar ist es vortheilhafter für den Operateur, wenn die Sensibilität nicht gänzlich erloschen ist, sie dient ihm als Führer, und lässt dadurch, dass die Frau nicht oder wenig klagt, ihn erkennen, dass die Einführung der Blätter keine oder geringe Schmerzen verursacht. Bei grosser Resistenz des Dammes und sehr voluminösem Kopf ist das Chloroformiren angezeigt, um die Schmerzen während der Ausziehung des Kindes zu vermindern, man darf aber damit erst beginnen, wenn die Zangenblätter geschlossen sind und in dem Augenblicke, wo man die Tractionen machen will. Eben so bei der Wendung wegen schlechter Lage oder Vorfall der Nabelschnur muss man das Chloroform nur anwenden, um den Schmerz zu mildern, den die Einführung der Hand in den Scheiden-Eingang verursacht; ist die Wendung sonst leicht, so ist es fast während der ganzen weiteren Operation unnöthig und allenfalls noch dienlich, wenn man Zeit hat zu chloroformiren, im letzten Moment der Extraction der Schultern und des Kopfes.

Sobald aber die Wendung durch die Zusammenziehung des Uterus schwierig wird, so kann man nicht darauf rechnen, dass die Anästhesie sie leichter macht. Dieser Hoffnung hatte sich *Velpeau* hingegeben, sie konnte aber nicht erfüllt werden, da das Chloroform glücklicher Weise keinen Einfluss auf die Contractilität und Retractilität des Uterus hat. Bedient man sich in diesem letzteren Falle des Chloroforms, so geschieht es einzig nur zur Milderung der oft heftigen Schmerzen, welche bei sehr energischer Retraction der Gebärmutter durch die Hand herbeigeführt werden; nie geschieht es, um den Uterus zu erschlaffen.

Bei der Application der Zange oberhalb des Beckeneinganges und bei der des Kephalotribes wird man genöthigt sein, während der ganzen Dauer die Sensibilität herabzustimmen, weil diese Operation in allen ihren Theilen sehr schmerzhaft ist. Wenn nach **Hatim** die ganze Hand eingeführt wird, um die Zangenblätter zu leiten, so ist das Chloroform vollkommen angezeigt, weil diese Hand den Operateur immer im Bewusstsein seines Handelns lässt und er so sicher handelt, dass es nicht des Empfindens von Seiten der Frau bedarf, um aus deren Klagen zu erkennen, ob er einen Fehler begeht oder Schaden anstiftet.

Bei der Symphysiotomie und beim Kaiserschnitt sind die Chloroform-Einathmungen besonders im Anfange dieser Operation unerlässlich.

Umstände, welche die Anwendung der Aetherund Chloroform-Einathmung verbieten.

Nach Piorry sind die Anästhetica da immer contraindicirt, wo eine Praedisposition zur Eklampsie vorhanden ist; eben so bei den Operationen, die zur Verhütung der Anfälle nöthig sind, da nach Piorry's Erfahrungen Aether und Chloroform diese Neurose verstärken. Es ist gewiss, dass niemals die Anästhetice angezeigt sind, wenn die Krankheit ausgesprochen ist und es sich um eine Operation handelt, und wenn die Frau sich in einem comatösen Zustande befindet, welcher den Anfällen folgt, weil schon diese Krankheit selbst die Sensibilität aufhebt.

Wenn aber Gendrin in diesen Fällen so ausserordentliche Effecte vom Opium in grossen Dosen (30 Ctgr. auf 100 Gr. Flüssigkeit stündlich zu nehmen) als Beruhigungsmittel des Nervensystems erlangt hat, sollte es dann nicht zu glauben erlaubt sein, dass recht zeitig angewandte leichte Einathmungen

1) vor dem Ausbruch der Anfälle, denselben vorbeugen, indem sie die Sensibilität mässigen, wenn die Comtractionen zur Erzeugung eines übermässigen Schmerzes fähig sind? Jeder weiss, wie oft die ausgesprochendste Prädisposition zur Eklampsie ohne Folge bleibt, wenn die Geburt schnell geht und nur ein mässiger Schmerz statt hat; wie im Gegentheil bei Prädisposition ein übermässiger Schmerz auch immer Eklampsie hervorruft. Wenn daher die Sensibiktät möglichst herabgestimmt wird, so wird man auch dem ersten Anfall vorbeugen.

2) Würden bei einmal ausgebrochetter Eklampsie leichte Chloroformeinathmungen nicht zwischen den Aufällen wirken, wie Opium in grossen Dosen? Es ist selbstverständlich, dass die Einathmungen während der Anfälle sehr gefahrvoll sein würden, indem sie die asphyetischen Erscheinungen steigern.

Aber wie könnte man es wagen, dies Mittel in einer Krankheit anzuwenden, welche die Kranke augenblicklich tödten oder doch, wenn sie lebt, für ihre Gesundheit bedentende Nachtheile (Gehirnleiden) zurücklassen kann; würde man nicht immer fürchten müssen, dass dem Chloroferm diese traurigen Resultate zugeschrieben würden?

In Fällen von Hämorrhagie müssen die Operationen ohne Anästhesie ausgeführt werden. Wie würde man wohl die dem Einfluss des Chloroforms angehörenden Erscheinungen von denen, die eine inmere Hämorrhagie bezeichnen, unterscheiden künnen, namentlich wenn die Betäubung bis zum ersten Grade fortgesetst wurde, was sie

359

### 360 XXVII. Chailly-Honoré, Ueber Aethereinathmungen.

nöthig ist, also wenn man, indem man die Sensibilität vermindert, gleichzeitig etwas Schlafsucht herbeiführt?

Die Anästhetica würden in diesen Fällen die traurigsten Folgen haben, indem sie die Erscheinungen der Hämorrhagie verstecken und glauben lassen, sie sei vorüber, weil sich kein Blut nach aussen ergiesst.

Kurz Aether und Chloroform bringen weder der Mutter noch dem Kinde Gefahr, sobald sie in weisem Maasse angewandt werden und nach dem ersten Erscheinen der Unempfindlichkeit damit angehalten wird, nach der Methode, welche ich die mildernde nenne (méthode atténuante); sie schaffen kein Hinderniss und lassen dem Uterus das Vermögen, sich zusammenzuziehen und zurückzubilden in seiner Integrität; sie bringen die Frauen, indem sie die Schmerzen mildern, in die günstigsten Bedingungen für die Geburt, entreissen sie den oft so schweren Zufällen, sie halten das Wochenbett frei von Complicationen und führen die Wöchnerinnen schneller zur Genesung; denn der erhöhte Schmerz reibt die Kräfte des Organismus auf, was jeder Tag, vorzüglich in den Hospitälern, lehrt, indem die von aussen kommenden Frauen nach lange dauernder Geburtsarbeit nach der Entbindung sterben und zwar in Folge dieser Erschöpfung.

Niemals haben diese Mittel unangenehme Zufälle herbeigeführt in den zahlreichen Geburtsfällen, in welchen ich sie angewandt habe. Werden sie ohne Vorsicht, durch ungeschickte Hände angewandt, so können allerdings traurige Resultate, vorzüglich ausserhalb der Geburtshülfe, sich daran knüpfen. In diesen beklagenswerthen Fällen war aber die Anästhesie zu lange fortgesetzt, obgleich man immer das Gegentheil behauptete, um sich zu rechtfertigen, oder es war ohne alle Vorsicht, zu roh, gehandelt, oder auch der Operirte war so in Furcht, dass die Unfälle ebensogut diesem Gemüthszustande zugerechnet werden konnten, als den anästhetisirenden Mitteln. Endlich erfolgten die unglücklichen Fälle ausserhalb der geburtshülflichen Praxis immer unmitteibar; auch muss man sich wohl hüten, alle späteren Zufaile, die Folgen des Wochenbettes, den Binathmungen zususchreiben, wie es so freigebig geschicht. Könnten Aether

#### XXVIII. Dr. Busch, Die geburtsh. Klinik etc. zu Berlin. 861

und Chloroform auf die Geburtsarbeit und das Wochenbett so nachtheilig influiren, als ihnen zugeschrieben wird, so würde die Praxis der Geburtshelfer, welche jene Mittel benutzen, von solchen leicht zu constatirenden Fällen Zeugniss geben; und doch ist ihre Praxis nicht minder glücklich, als die der anderen; sie scheint selbst unbestritten mehr begünstigt. Vielleicht ist dies ein blosser Zufall. Die Zukunft wird es lehren.

## XXVIII.

Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

## Dritter Bericht,

#### den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,

#### von

#### Dr. Busch.

Der folgende Bericht über die Leistungen der unter meiner Leitung stehenden Klinik schliesst sich unmittelbar an die beiden früheren in den Jahren 1837 (Neue Zeitschr. für Geburtskunde von Busch u. s. w., Bd. 5, S. 70 ff.) und 1850 (ebendas. Bd. 27, S. 60 ff.) veröffentlichten Berichte. Ein jeder derselben umfasst den Zeitraum von 6 Jahren. Ich hoffe bald einen vierten Bericht, welcher bis zum Ende des Jahres 1853 reichen wird, folgen lassen zu können.

In der äusseren Form, in den Baulichkeiten und in der inneren Binrichtung des klinischen Instituts ist während der oben angegebenen sechs Jahre eine erwähnenswerthe Veränderung nicht vorgenommen worden. Wohl aber liefern die Zahlen dieses Berichtes den erfreulichen Beweis, dass die Wirksamkeit der Anstalt sich immer mehr ausgedehnt hat. In dem ersten Berichte betrug die Gesammtzahl der Geburten 2056, in dem zweiten Berichte 4124, in dem jetzigen ist sie auf 6077 gestiegen. Es liegt in diesen Zahlen eine hinreichende Gewähr dafür, dass die Einrichtungen des Instituts und namentlich diejenigen der Poliklinik, welche vorzugsweise diese Vermehrung der Geburtsfälle herbeiführte, sich als nützlich und segensreich darthun.

Als Aerzte waren in diesen 6 Jahren an der Anstalt thätig:

#### a) als Secundärärzte:

- 1) Herr Dr. *Ebert*, gegenwärtig Medicinalrath beim Medicinal-Collegium, Privatdocent bei der Universität, Director der Kinderklinik in dem Charité-Krankenhause, städtischer Armenarzt und praktischer Arzt zu Berlin.
- 2) Herr Dr. Langheinrich, später praktischer Arzt zu Berlin, gestorben den 26. September 1847.
- Herr Dr. Credé, gegenwärtig Privatdocent bei der Universität, Director der Hebammen-Lehr-Anstalt, dirigirender Arzt der Gebär-Abtheilung in dem Charité-Krankenhause und praktischer Arzt zu Berlin.

#### b) als Assistenten:

Ausser den genannten Herren Drr. Langheinrich und Gredé, welche auch als Assistenten eine Zeit lang thätig waren, bekleideten diese Stellen folgende Aerzte:

- 1) Herr Dr. Klein, gegenwärtig städtischer Armonarzt und prektischer Arzt zu Berlin.
- 2) Herr Dr. Küpper, gegenwärtig praktischer Arzt in der Rheinprovinz.
- 3) Herr Dr. Alberti, gegenwärtig Kreis-Physikus und praktischer Arzt zu Jauer.
- 4) Herr Dr. Pelkmann, später Secundärarzt, gegenwärtig städtischer Armenarzt und praktischer Arzt zu Berlin.
- 5) Herr Dr. Lambreohts, gegenwärtig praktischer Arzt zu Berlin.

# I. Uebersicht der in der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik beobachteten Geburten.

#### a) Allgemeine Uebersicht der vorgekommenen Geburten.

Es wurden in den Jahren 1842 bis incl. 1847 Seitens des geburtshilflich-klinischen Institutes im Ganzen 6077 Geburten geleitet, und zwar in der Anstalt 1025, in der Stadt 5052 Geburten. 5975 derselben waren einfache und 102 Zwillingsgeburten, so dass bei 6077 Geburten 6179 Kinder geboren wurden, von denen 6101 reife und frühreife und 78 unreife Früchte und Abortus waren. Von den Kindern waren 3208 Knaben, 2953 Mädchen und 18 unbestimmten Geschlechts. - Von den Entbundenen waren 1950 Erstgebärende, 707 in der Klinik und 1243 in der Poliklinik; und 4127 Mehrgebärende, 318 in der Klinik und 3809 in der Poliklinik. Von den Wöchnerinnen wurden 6013 hergestellt, 64 aber starben und zwar 47 in der Klinik und 17 in der Poliklinik. Von den 6101 reif und frühreif gebornen Kindern kamen 5923 lebend und 178 todt zur Welt, von den letzteren 27 in der Klinik und 151 in der Poliklinik: 130 Kinder starben in den ersten 3 Wochen nach der Geburt, und zwar 67 in der Klinik und 63 in der Poliklinik. Es stellten sich demnach in Bezug auf die Sterblichkeit folgende Verhältnisse heraus: es starb im Allgemeinen die 95ste Wöchnerin, und zwar in der Klinik die 21ste bis 22ste, in der Poliklinik die 297ste. Von den Kindern starb in den ersten drei Wochen nach der Geburt im Allgemeinen das 45ste bis 46ste Kind, und zwar in der Klinik das 15te und in der Poliklinik das 78ste. Dies auffallend ungünstige Verhältniss der Sterblichkeit der Neugeborenen in der Klinik zur Poliklinik findet, wie schon bei früherer Gelegenheit erwähnt ist, seinen natürlichen Grund darin. dass viele in der Poliklinik Entbundene durch Noth gezwungen oder durch Leichtsinn bewogen werden, ihr Wochenbett möglichst abzukürzen und mit ihrer eigenen Person auch die Neugeborenen der Beobachtung der Entbindungsanstalt zu entziehen, zumal ihnen in vorkommenden Erkrankungsfällen auch die Hülfe der Armenärzte der Stadt zu Gebote zu stehen pflegt. Es kommt daher eine Zahl von Erkrankungs- und Todesfällen der Neugeborenen in der Poliklinik gar nicht zur Kenntniss der in der Entbindungs-Anstalt fungirenden Aerzte. — 178 Kinder kamen todt zur Welt, im Allgemeinen also das 34ste Kind, und zwar in der Klinik das 38ste, in der Poliklinik das 33ste.

Von den Gebärenden war die Jüngste 16 Jahre, die Aelteste 50 Jahre alt; 2 derselben waren zum 19ten Male schwanger, 1 zum 18ten Male, 6 zum 16ten Male, 4 zum 15ten Male, 9 zum 14ten Male, 25 zum 13ten Male und viele zum 10ten bis 12ten Male. Die älteste Erstgebärende war 44 Jahre alt.

Die Kinder stellten sich in folgenden Lagen zur Geburt: In einer Schädellage 5763; in einer Gesichtslage 46; in einer Stirnlage 2; in einer Steisslage 119; in einer Knielage 1; in einer Fusslage 78; in einer absolut regelwidrigen Lage 100; in einer unbestimmten Lage 70. In 162 Fällen lagen neben dem vorausgehenden Kopfe ein oder zwei Arme.

5361 Geburten wurden ohne alle Kunsthülfe beendet, die Anwendung innerer therapeutischer Mittel nicht in Rechnung gebracht. Bei 818 Geburten war Kunsthülfe zu ihrer Beendigung erforderlich, und zwar wurde ausgeführt: die Zangenoperation 317 Mal; die Extraction an den Füssen 104 Mal; die Wendung auf den Kopf 1 Mal; die Wendung auf einen oder beide Füsse 104 Mal; das Accouchement forcé 4 Mal; die künstliche Frühgeburt 8 Mal; die Perforation 8 Mal und die Kephalotripsie 10 Mal; die Embryotomie 1 Mal; die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur 12 Mal; die künstliche Lösung der Placenta 138 Mal; die Durchschneidung der fest um den Hals geschlungenen Nabelschnur 18 Mal; der künstliche Blasensprung 210 Mal; die künstliche Entwicklung der Arme und manuelle Hülfe bei Entwicklung des Kopfes bei Steiss- und Fussgeburten 48 Mal.

Mehrere dieser Operationen wurden im Verlaufe Einer Geburt nothwendig, woher die Zahl der Operationen grösser, als die der künstlich beendeten Geburten ausfällt.

Eine übersichtliche Darstellung der bisher erwähnten Verhältnisse bietet die folgende Tabelle.

	1949.	1948.		1944.		1845.	Ű	1848.	1847.	13.	
	Klinik. Polikinik	Klinik.	Poliklinik.	Klinik. Poliklinik.	Klinik.	Poliklinik.	Klinik.	Poliklinik.	.siaild	Poliklinik.	Summa.
Geburten überhaupt		163	_		-		152	974	139	991	6077
Einfache Geburten		160			7 171		149	963	139	975	5975
Zwillingsgeburten	4 21 902 704	4 E E 3	91	100 205		2 18	3 7 7 3 3	11	15	16	102
Reife und frühreife Kinder	-	160			0 173		155	962	139	100	6101
Unreife Früchte und Abortus		9	-		-			3	1	3	82
Knaben		81	_		_		76	516	75	525	3208
Mädchen		85	_	_	-		79	465	64	479	2953
Unbestimmten Geschlechts		1				m 	1	4	1	ŝ	18
Erstgebärende		118	_		_	-	112	228	83	274	1950
Mehrgebärende		45			_	2 595	\$	746	52	717	4127
Hergestellte Wüchnerinnen	190 768	155		190 81	0 161		150	972	132	987	6013
Gestorbene Wöchnerinnen	_	20		_	_	-	2	2	~	4	64
Lebend geborene Kinder		158	_		_		150	953	131	973	5923
der		œ	_	-	_		ŝ	32	œ	34	256
In den ersten drei Wochen gestorbene Kinder.		17	_				ŝ	œ	2	œ	130
st.		152					151	928	137	935	5763
Erste Schädellage		94		_	-		8	660	<b>8</b>	704	3914
Zweite Schädellage		4	-		_	7 162	36	189	29	144	266
					_						

# Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

865

# 366 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Dritte Schädellage als solche beendet       .         Dritte Schädellage als sweite beendet       .         Vierte Schädellage als solche beendet       .         Vierte Schädellage als erste beendet       .         Gesichtslage 1       .         Dritte Gesichtslage .       .         Zweite Gesichtslage als solche beendet       .         Dritte Gesichtslage als solche beendet       .         Dritte Gesichtslage als sweite beendet       .         Dritte Gesichtslage als sweite beendet       .         Dritte Gesichtslage als schädellage beendet       .         Dritte Gesichtslage als erste beendet       .         Dritte Gesichtslage als erste beendet       .         Dritte Stirnlagen überhaupt       .         Erste Stirnlage       .       .         Dritte Stirnlage       .       .         Stirnlagen überhaupt       .       .         Erste Steinslage       .       .         Dritte Steinslage       .       .         Zweite Steisslage       .       .         Dritte Steisslage       .       .         Zweite Steisslage       .       .         Dritte Steisslage       .       .         Zweite Steisslage       . </th <th></th>	
_ 」 _ 」 _ 」	1843
マートーン     ー ー     マジッジー Klinik.   ートロット     ーー     マジッジー Poliklinik.	1943
トロン (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	1844.
$ \begin{array}{c c c c c c c c c c c c c c c c c c c $	1845.
ユー   シ                 コームののここの Fondinak.	1846.
1       1	. 1847.
Summa 4139 4159	

•

Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

.

	Summa.	5384-105528828 5388-105552882
1847.	. Ainilailo A	184-00211-0401180
16	.AiailA	
1846.	Poliklinik.	1   2 m + 2
16	لاانمنالا	317171717111111111
1845.	Polikliuik.	20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
8	.AiailA	02   <del></del> -
1844.	Poliklinik.	200005- 0000     0
ġ.	.AiailA	0 -   -   0 -             12
1945	Poliklinik.	&~~~~~~~~~  ~~~~~~   ~~~~~~~~~~~~~~~~
4	Klivik.	1 - 1
<b>844</b> .	Poliklinik.	122   1 1 1 2 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2
<b>9</b>	.XiailA	-       -         - 0
		Knielagen überhaupt Erste Knielage Fusslagen überhaupt Erste Fusslage Zweite Fusslage Dritte Fusslage Vierte Fusslage Vierte Fusslage Dritte Schulterlage Erste Schulterlage Dritte Schulterlage Brutlage Brutlage Cubestimmte Lagen Vierte Schulterlage Unbestimmte Lagen Vorlage eines oder beider Arme nehen d. Kopfe

367;

				•	
368	XXVIII.	Dr. <b>Bus</b>	ch, Die	geburtshülfliche	Klinik an der

Geburten ohne Kunstbülfe	
ل ۲۵ میں عمل الم الم الم الم الم Klinik.	1943
စ ဗိန္မာ နိုင္ငံျမိဳ   ၂ ႏ ႏ ႏ ႏ နိုင္ငံရန္ Poliklinik.	ē
نهن معادم المالي الم	1943.
	Ē
	1844-
စ ဖာ သူ၂၂၂ ခြံခြင်းသို့ Poliklinik.	F
္ အ ေဆြ ေျပာက္က ေျပာက္လည္က Poliklinik.	1945.
	18
	1846.
	1847.
	3
Summa. 5361 317 104 104 104 104 104 104 104 104 104 104	

#### b) Störungen der Schwangerschaft.

!

Ausser der grossen Zahl von Störungen des psychischen und physischen Befindens, welche die Schwangerschaft in ihrem Geleite zu haben pflegt, und die sich theils im Nerven-, theils im Gefäss-, theils im Verdauungssysteme vorzugsweise aussprechen, aber von keinem wesentlichen Einflusse auf den Verlauf der Schwangerschaft sind, kamen folgende, erwähnenswerthe, bedeutendere Erkrankungen von Schwangeren zur Beobachtung.

#### 1. Epilepsia

wurde in 5 Fällen beobachtet, in welchen sämmtlich die Krankheit entweder von Jugend an, oder wenigstens Jahre lang bestehend, ihre Anfälle auch während der Schwangerschaft nicht aussetzte, ohne dass diese dadurch wesentlich gestört oder unterbrochen worden wäre. Nur ein Fall, welcher im Jahre 1842 in der Entbindungs-Anstalt vorkam. bietet ein besonderes Interesse. Eine 20 Jahre alte Erstgebärende. schon seit ihrer Kindheit an Epilepsie leidend, wurde während der Schwangerschaft häufig von derselben befallen, und es gesellte sich zu dieser Krankheit periodisch, ausser den epileptischen Anfällen, eintretende Geistesabwesenheit. Während solcher Zufälle zeigte sie namentlich Neigung, Sachen aus ihrer Ordnung zu bringen, wie ein gemachtes Bett aufzuwühlen und dann wieder zu machen, was die Kranke wiederholt an einem Tage vornahm, ohne über den Grund ihres Handelns Rechenschaft geben zu können; ein anderes Mal fand man sie beschäftigt, den Lehnstuhl, auf welchem sie selbst sass, in Brand zu stecken u. dergl. m. Nachdem sie kurze Zeit vor ihrer Batbindung in einer Nacht einen epileptischen Anfall überstanden hatte, erhob sie sich in der folgenden Nacht von ihrem Lager, wollte zu einer andern Schwangern ins Bett steigen, und verfolgte dieselbe durch das Zimmer, als sie erschreckt aufgesprungen war. Endlich zur Ruhe gebracht, schlief sie ein und wusste am folgenden Morgen von dem ganzen Vorgange nichts. Einen Tag später wurde sie entbunden, und zwar trat während der Geburt weder ein Honatoschr. f. Geburtek. 1854. B4. III. Hft. 8. 24

### 870 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

epileptischer Anfall, noch Bewusstlosigkeit ein; nur gegen heftige Congestionen des Blutes nach dem Kopfe wurde ein Aderlass nothwendig.

#### 2. Mania furibunda.

Eine 22 jährige Erstgebärende, poliklinisch behandelt, hatte seit längerer Zeit über Mattigkeit, Ohnmachten und Krämpfe verschiedener Art, abwechselnd mit vorübergehender allgemeiner Aufregung, geklagt, als sie um die Mitte der Schwangerschaft in wirkliche Manie verfiel. Die robuste und vollblütige Person wollte sich ins Wasser stürzen und ihre Mutter, mit welcher sie zusammenlebte, erstechen. Durch eine kräftige Venaesection, den längeren Gebrauch abführender Salze, namentlich des Natrum sulfuricum mit Aqua laurocerasi, bei ruhigem Verhalten und schmaler Diät gelang es, den Anfall zu beendigen und die Schwangerschaft ohne weitere Störungen zu Ende zu führen. (Polikl. 1843.)

#### 8. Alterationen im Nervensysteme

kamen mancherlei Art vor, und machten sich bald durch gesteigerte Sensibilität und Schmerzhaftigkeit in einzelnen Organen, bald durch Mattigkeit, Ohnmachten, Krampfzufälle und dergl. bemerkbar. So wurden häufig Kreuzschmerzen, Schmerz in den Weichen, im Kopf, in der Brust, Druck in der Herzgrube, Leibschmerzen, Zahnschmerzen beobachtet; in mehreren Fällen litten die Schwangeren an häufigem Schwindel mit folgenden Ohnmachten, Schlaflosigkeit, asthmatischen Zufällen. Eine Drittgebärende, welche im Jahre 1846 in der Anstalt entbunden wurde, litt vom Beginne der Schwangerschaft an Congestionen und periodenweis an Anfällen von Weinkrampf, welche erst mit dem letzten Monate der Schwangerschaft aufhörten.

Bei einem Mädchen von 29 Jahren, welche, zum zweiten Male schwanger, im Jahre 1843 in die Entbindungs-Anstalt aufgenommen worden war, traten diese Zufälle mit besonderer Heftigkeit auf. Die Person von lymphatischer Constitution litt beständig an Mattigkeit und Abgeschlagenheit der Glieder, wozu sich wechselnd krampfhafte Af-

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 371

fectionen des Kopfes, der Brust und des ganzen Digestions-Apparates gesellten; Abends stellte sich Fieber mit allgemeiner Unruhe ein. Eine leichte Venaesection blieb ohne allen Erfolg; dagegen trat beim Gebrauche der Antihysterica, namentlich der Tinct. Valerianae aeth. mit Tinct. Castorei sibir. und Liq. Ammonii succinici Erleichterung und nach einiger Zeit völlige Herstellung ein, so dass der Rest der Schwangerschaftszeit von wesentlichen Störungen frei blieb.

In einer Reihe von Fällen hatte die krampfhafte Affection vorzugsweise in der Gebärmutter ihren Sitz. So gingen bei einer 28jährigen Erstgebärenden 14 Tage krampfhafte Zusammenziehungen der Gebärmutter der wirklichen Geburtsthätigkeit voraus; bei einer 31 jährigen Erstgebärenden traten solche krampfhafte Contractionen des obern Theils der Gebärmutter periodisch in den letzen 6 Wochen der Schwangerschaft ein ohne nachtheiligen Einfluss für die Frucht, während bei einer Frau von 28 Jahren, welche zum 5. Male schwanger war, der Abfluss des Fruchtwassers im 7 Schwangerschaftsmonate erfolgte, nachdem in den letzten 6 Wochen öftere krampfhafte Schmerzen des Uterus mit leichtem Blutabgange aus der Scheide von der Schwangern beobachtet worden waren. Ebenso wurde eine Frau von 85 Jahren, welche zum 6. Male schwanger und die erste Hälfte der Schwangerschaft von allen Störungen frei geblieben war, in der zweiten bis zur Geburt hin von täglich wiederkehrenden, krampfhaften Schmerzen im Unterleibe, namentlich der Gebärmutter, heimgesucht, ohne dass deraus für die Frucht oder den Verlauf der Geburt ein Nachtheil hervorgegangen wäre.

## 4. Rheumatismus uteri.

Die rheumatische Affection der Gebärmutter während der Schwangerschaft kam überhaupt in 15 Fällen vor. Von diesen gehören 9 in das Jahr 1843, und zwar wurden 4 Schwangere in der Mitte der Schwangerschaft davon befallen, und durch antiphlogistisch diaphoretische Behandhang bald wieder davon befreit. In 5 Fällen trat das Leiden erst in der letzten Zeit der Schwangerschaft auf und

### 372 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

zog sich bis in die Geburt hinein, hier eine Verzögerung der beiden ersten Geburtsperioden bedingend.

Im Jahre 1844 wurden 4 Schwangere vom Rheumatismus der Gebärmutter befallen; bei 2 derselben gelang es, durch energische Antiphlogose das Uebel zu beseitigen und die Schwangerschaft zu erhalten; bei den beiden anderen jedoch, wo der Rheumatismus im 5. und 6. Monate der Schwangerschaft auftrat und nicht gleich einer ärztlichen Behandlung unterworfen wurde, trat Fehlgeburt ein, welche durch Fortdauer der rheumatischen Affection noch besonders schmerzhaft und zögernd wurde.

Im Jahre 1845 kamen 2 Fälle von Rheumatismus uteri 1) Der erste betraf eine 20jährige Mehrgebärende von vor. plethorischem Habitus, welche sich im 8. Schwangerschaftsmonate erkältete und alsbald von heftigen Schmerzen, die sich vom Kreuz nach der Weichengegend zogen, befallen Die Gebärmutter war gegen äussere Berührung wurde. empfindlich, zog sich periodisch unter heftigen Schmerzen unregelmässig zusammen, und trieb dabei die empfindliche Portio veginalis, welche, einige Linien lang, keine Veränderung der Gestalt oder am Muttermunde wahrnehmen liess, tief in das Becken hinab. Die Gefässthätigkeit war mässig erhöht. Da die Schwangere bereits zur Verhütung eines Abortus, durch den die beiden frühern Schwangerschaften beendigt waren, und welche man allen Grund hatte, allgemeiner Vollblütigkeit der Person zuzuschreiben, Blutentziehungen unterworfen war, so wurden jetzt ein Dampfbad an die äussern Genitalien, warme olige Einreibungen und Breiumschläge auf den Unterleib verordnet und innerlich darmausleerende Mittel gereicht. Schon am folgenden Tage fand sich die Kranke wesentlich erleichtert, genas bald vollständig, und die Schwangerschaft erreichte ihr regelmässiges Ende.

2) Eine andere, 37 Jahre alte Drittgebärende wurde im 6. Monate der Schwangerschaft von heftigen Kreuzschmerzen mit Drängen nach dem Schoosse befallen, welche sich im Laufe einer Nacht sehr steigerten und mit Fieber und Kopfschmerz verbanden; der Unterleib war schmerzhaft, die trockne, heisse Scheide nebst Portio vagi-

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's Universität zu Berlin. 878

nalis empfindlich; der Muttermund so weit geöffnet, dass man bequem zu den Eihäuten mit dem Finger dringen konnte. Horizontale Rückenlage, ein Aderlass und der Gebrauch einer Emulsio papaveris mit Nitrum und Aqua laurocerasi bewirkten grosse Erleichterung; indess fixirte sich der Schmerz im Becken, dessen seröse Auskleidung Sitz der Entzündung wurde. Calomel gr.j c. Opii gr.ł, stündlich gereicht, Einreibungen von Ungt. cinereum c. Opio und Cataplasmata emollientia bewirkten Milderung der Entzündungs-Erscheinungen; indess trat bei ihrem Gebrauche gallichtes Erbrechen ein, der Puls wurde aussetzend, und erst, nachdem auf ein Lavement mit Ol. Ricini mehrere reichliche Stühle erfolgt waren, schien die Krankheit gebrochen, und die Genesung schritt ohne weitere Störung der Schwangerschaft schnell vorwärts.

#### 5. Blutflüsse aus den Geschlechtstheilen.

a) Fortdauernde Menstruation wurde bei 12 Schwangeren beobachtet, und zwar 4 Male im Jahre 1842, 3 Mal im Jahre 1843, 2 Mal im Jahre 1845, 2 Mal im Jahre 1846 und 1 Mal im Jahre 1847. In einem dieser Fälle (1843) kehrte die Menstruation nur 1 Mal nach der Conception wieder, in einem andern (1843) 2 Mal; in 4 Fällen dauerte sie bis in den 3. Monat (1842 - 43 - 46); in 1 Falle bis in den 4. Monat (1845), in 4 Fällen bis in den 6. Monat (1842 - 45 - 46) und in einem Falle (1847) trat die Menstruation während der ganzen Schwangerschaft regelmässig jeden Monat ein. Mit Ausnahme der beiden Fälle des Jahres 1845, in denen die Geburt schon zu Ende des 9. Mondsmonates eintrat, wurde keine Störung im Verlaufe der Schwangerschaft bemerkt.

b) Theilweise Lösung des Eies wurde in 29 Fällen Veranlassung zu Blutfluss während der Schwangerschaft. Nur in einzelnen Fällen waren als Grund dafür mechanische Insultationen nachzuweisen, insofern ein Fall, Heben bedeutender Lasten, Misshandlungen u. dergl. dem Blutflusse vorhergegangen waren. Da indess alle davon Befallene der arbeitenden Klasse angehörten, und besondere Körperanstrengungen etwas ihrer Lebensweise Natürliches waren,

### 374 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

muss auch in diesen der Grund für abnorme Zustände der Schwangerschaft gesucht werden, welche häufig aus ihnen entspringen, und für welche eine andere Veranlassung zu finden nicht möglich ist.

1842. Von den 8 in diesem Jahre vorgekommenen Blutflüssen betrafen 2 Erstgebärende und 6 Mehrgebärende, und zwar trat bei 3 der Blutfluss im 2. und 3. Monate der Schwangerschaft ein, und endete im 2. mit Abortus. In 4 Fällen ging die Schwangerschaft bis in die 2. Hälfte ungestört, dann trat Blutfluss ein, der nur in einem Falle, wo er 7 Wochen ohne Unterbrechung, wiewohl in mässigem Grade, anhielt, Frühgeburt zur Folge hatte. In einem Falle trat der Blutfluss 8 Tage vor dem regelmässigen Eintritte der Geburt ein und dauerte bis zu dieser an, ohne störend auf sie einzuwirken.

1843. Die 8 in diesem Jahre beobachteten Fälle betrafen sämmtlich Mehrgebärende, welche mit Ausnahme einer Einzigen, die schon 2 Mal im 7ten Mondsmonate geboren hatte, früher regelmässige Geburten überstanden hatten. In einem Falle trat der Blutfluss im 5. Monate ein und . hatte schnell Abortus zur Folge. In 2 Fällen begann die Blutung resp. im 3. und 4. Monate, dauerte ununterbrochen drei Monate an und rief erst dann durch die bedeutende Schwächung der Schwangeren die Geburt hervor. In 8 Fällen trat im 8. Monate Blutfluss ein und bald darauf Frühgeburt; in einem Felle begann der Blutfluss im 9. Monate und dauerte bis zum regelmässigen Bintritte der Geburt fort, welche bis zum Nachgeburtsgeschäft normal verlief. Die fast völlige Verwachsung der Placenta, welche kunstlich gelöst werden musste, veranlasste noch eine so heftige Metrorrhagie, dass die Frau an Erschöpfung starb. Im 6. Falle endlich stellte sich bei einer Frau 8 Tage vor der Geburt in Folge von Misshandlung ein sehr heftiger Blutfluss ein, der aber ohne Nachtheil für den Verlauf der Geburt blieb.

1845 trat bei 3 Schwangeren Blutfluss aus theilweiser Lösung des Eies ein. Nach dem Heben eines schweren Topfes war dies bei einer 23 jährigen Erstgebärenden der Fall, wo der Blutfluss in grosser Heftigkeit ½ Stunde andauerte, dann aber aufhörte und nicht wiederkehrte. ---Bei einer Mehrgebärenden von 38 Jahren trat im 6. Monate der Schwangerschaft Blutfluss ein, der mässig bis zu Ende des 8. Monats andauerte, dann plötzlich auf kurze Zeit sehr heftig wurde und die Frühgeburt zur Folge hatte. Ebenso trat bei einer andern Mehrgebärenden im 7. Monate nach heftigem Husten ein mässiger Blutfluss aus der Gebärmutter ein, nach dessen achttägiger Dauer die Frühgeburt folgte.

1846 wurden 4 Schwangere von Gebärmutterblutflüssen befallen, und zwar Eine im Anfange des 10. Monates, welche durch ruhige Lage und salinische Abführmittel davon befreit wurde. Bei einer Anderen trat der Blutfluss im 5ten Monate ein und wurde zwar gestillt, indess fand die Geburt schon im 6. Monate statt. Bei einer Dritten stellte sich ebenfalls im 5. Monate Blutfluss ein, wurde aber ohne Nachtheil für den weitern Verlauf der Schwangerschaft beseitigt. Bei einer Vierten endlich zeigte sich während der letzten 4 Wochen täglich Blutfluss aus den Geschlechtstheilen ohne weiteren Nachtheil.

1847. In 6 Fällen wurden im Laufe dieses Jahres Schwangere von Blutflüssen der Gebärmutter befallen, und zwar fielen dieselben in die Zeit des 7., 8. und 9. Schwangerschafts-Monds-Monates. Sie blieben sämmtlich für die Geburt ohne nachtheilige Folgen.

c) Blutflüsse, welche ihren Grund in Placenta praevia hatten, werden bei der Abhandlung des Geburtsverlaufes eine specielle Erwähnung finden.

d) Blutfluss aus geborstenem Varix der Scheide. Dieser Vorfall wurde 2 Mal im Jahre 1843 in der Poliklinik beobachtet. 1) Bei einer 30 jährigen Mehrgebärenden stellte sich 9 Wochen vor der Entbindung ein sehr bedeutender Blutfluss aus der Scheide ein, welcher aus einem geborstenen Varix in derselben entsprang und gestillt wurde. Wiewohl der Blutverlust bedeutend gewesen war, liessen sich doch keine Nachtheile für die Schwangerschaft bemerken. 2) Ebenso unschädlich verlief derselbe Vorfall bei einer Frau von 29 Jahren, welche zum 7. Male schwanger war, und bei der die Berstung des Varix nach einer körperlichen Misshandlung 8 Tage vor der Entbindung erfoglte.

# 876 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Die zurückbleibende Schwäche hatte jedoch eine bedeutende Verzögerung der 3. Geburtsperiode zur Folge.

6. Blutung aus einem Varix des Fusses.

Im Jahre 1846 erlitt eine Schwangere der Poliklinik 10 Tage vor der Entbindung aus einem geborstenen Varix des Fusses einen bedeutenden Blutfluss. In Folge theils der Schwäche, theils des Schreckens der Frau starb die Frucht ab und wurde einige Zeit darauf geboren. Im Jahre 1843 fanden zwei gleiche Fälle Statt, jedoch blieben die Kinder am Leben. In einem 3. desselben Jahres kamen die Wundränder des geplatzten Varix in Exulceration, welche ausserordentlich hartnäckig, erst im Wochenbette zur Heilung gebracht werden konnte.

7. Mechanische Insultationen.

Mechanische Einflüsse auf den Körper schwangerer Frauen, von mehr oder minder bedeutenden Folgen für den Verlauf der Schwangerschaft und das Befinden der Schwangeren, wurden überhaupt in 25 Fällen beobachtet, von denen dem Jahre 1843 zwölf, 1844 zehn und 1847 vier Fälle angehören.

1843. Bei einer 22 jährigen Erstgebärenden stellten sich nach einem Falle auf den Unterleib, den sie gegen Ende der Schwangerschaft erlitt, sehr bedeutende Schmerzen im Uterus ein, welche durch einen Aderlass und Einreiben der grauen Salbe gehoben wurden. Eine andere Mehrgebärende behielt dagegen nach einem solchen Falle im 2. Mondsmonate die ganze Schwangerschaft hindurch einen heftigen, durch Nichts zu hebenden Schmerz in der rechten Seite, und musste durch die Wendung von einem regelwidrig gelagerten Kinde entbunden werden. - Bine dritte, 35 jährige Mehrgebärende, behielt ebenfalls nach einem Falle einen fixen Schmerz im Unterleibe; die Geburt war jedoch normal. — Bei einer 30 jährigen Mehrgebärenden blieb ein Fall von der Treppe ohne alle Folgen. - Eine 21 jährige Mehrgebärende empfand gegen Ende des 5. Mondsmonates nach grosser Körperanstrengung Kälte, Schwere und Schmerz im Leibe mit grosser allgemeiner Mattigkeit;

im 7. Monate gebar sie eine bereits weit in der Fäulniss vorgeschrittene Frucht. --- Bine andere, 27 jährige Mehrgebärende, die sonst normale Schwangerschaften durchgemacht hatte, wurde nach übermässiger Anstrengung von denselben Gefühlen befallen, und gebar kurz darauf im 9. Mondsmonat ein schon in Fäulniss übergegangenes Kind. Eine 45 jährige Mehrgebärende erhielt im 7. Mondsmonate einen Fussstoss gegen den Bauch, worauf die Kindesbewegung aufhörte und die Geburt einer abgestorbenen 7 monatlichen Frucht eintrat. - Eine 22 jährige Erstgebärende hatte sich beim Waschen und Torftragen mehrere Tage hintereinander bedeutend angestrengt, als sie zu Anfang des 8. Mondsmonates von der Geburt überrascht wurde. Ebenso entwickelte sich bei einer 32 jährigen Erstgebärenden nach ungewohnt schwerer Arbeit, und bei einer 21 jährigen Erstgebärenden nach einem Fall auf den Bauch die Geburtsthätigkeit 4 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft.

Im Gegensatze zu diesen unglücklichen Resultaten ist der Fall einer 23 jährigen Erstgebärenden interessant, welche als Mitglied einer Kunstreitergesellschaft bis zum normalen Ende der Schwangerschaft thätig blieb, und ausser den nothwendigen Körperanstrengungen und Erschütterungen bei der Ausübung ihrer Kunst selbst 14 Tage vorher einen Sturz vom Pferde, bei welchem sie unter dasselbe zu liegen kam, ohne allen Nachtheil für Schwangerschaft oder Geburt zu erleiden hatte.

1844. Eine 29jährige Erstgebärende empfand im 7ten Mondsmonate der Schwangerschaft nach mehrmaligem Heben einer schweren Last unter plötzlich eintretendem Blutfluss aus der Scheide heftige ziehende Schmerzen im Leibe, welche sich zwar bei ruhigem Verhalten verloren, einige Tage später aber nach Aufhören der Kindesbewegung wieder eintraten und in wirkliche Wehen übergingen, welche die Geburt eines todten Kindes bewirkten. — Eine andere Frau fiel von der Leiter und hatte seit dieser Zeit anhaltend Schmerz im Leibe. Durch einen Aerger wurden sie zu bedeutender Höhe gesteigert, die Kindesbewegung hörte auf, und einige Zeit darauf trat die Geburt von todten Zwillin-

gen präcipitirt ein. - Ebenso fühlte ein kräftiges Mädchen, das bereits ein Mal abortirt hatte, nach einer grossen Körperanstregung im 6. Monate die Zeichen vom Absterben des Kindes, welches bald darauf mit Spuren von Fäulniss geboren wurde. -- Desgleichen starb bei einer 31 jährigen Mehrgebärenden, welche ein Mal abortirt hatte, im 7. Monate nach einem Falle von der Treppe die Frucht ab und wurde mit den Zeichen der Fäulniss bald darauf geboren. - Eine 30 jährige Mehrgebärende, welche 5 Mal regelmässig geboren und 1 Mal abortirt hatte, erhielt einen Fusstritt vor den Leib. Die Kindesbewegung hörte darauf auf, und 8 Tage später, im 8. Monate der Schwangerschaft, kam sie mit einem todten Kinde nieder. - Eine Frau von 39 Jahren. welche 11 Mal normal geboren hatte, fiel im 8. Mondsmonate der Schwangerschaft, wahrscheinlich in trunkenem Zustande, aus dem Bette; einige Tage darauf wurde sie von der Geburt eines äusserst schwachen, aber lebenden Kindes überrascht. -- Eine Frau von 23 Jahren, welche ein Mal normal geboren und 1 Mal abortirt hatte, wurde nach dem Heben schwerer Lasten von der Frühgeburt eines schwächlichen Kindes betroffen.

Bine Frau von 27 Jahren, welche 1 Mal regelmässig geboren hatte, wurde im Anfange des 10. Monats der Schwangerschaft durch ein Familien-Ereigniss plötzlich und heftig erschreckt. An demselben Tage stellten sich Wehen ein, welche in wenigen Stunden die Geburt eines lebenden Knaben bewerkstelligten. — Eine Frau von 29 Jahren, welche 5 Mal normal geboren hatte, wurde in Folge eines Falles zu Ende des 9. Mondsmonates der Schwangerschaft von einem schwachen Kinde entbunden, während eine andere Frau unter denselben Verhältnissen im 7. Monate nur einen kurzdauernden Blutfluss davon trug.

1847 bekam eine Frau im 4. Monate der Schwangerschaft einen heftigen Schlag auf den Kopf, in Folge dessen sie längere Zeit auf dem Rücken besinnungslos liegen blieb. Später stellten sich Leibschmerzen ein, mit denen Stücke geronnenen Blutes fortgingen; indess verschwanden diese nach und nach und die Schwangerschaft ging normal zu Ende. — In drei anderen Fällen war ein Fall dem Absterben der Kinder vorausgegangen, welche todtfaul geboren wurden.

8. Habituelles Absterben der Früchte.

Es wurde mehrfach beobachtet, dass Frauen mehrere Schwangerschaften hintereinander nicht bis zum regelmässigen Ende brachten, sondern dass dieselben nach erfolgtem Absterben der Früchte in einer frühern Zeit durch die Geburt beendigt wurden. Wiewohl in keinem dieser Fälle das Absterben der Früchte zu demselben Zeitpunkte in den einzelnen Schwangerschaften erfolgte, wie es bei dem eigentlich sogenannten habituellen Absterben der Früchte angenommen ist, lassen sie sich doch bei dem Mangel einer bestimmten Ursache für diese Vorgänge unter keine passendere Rubrik bringen, als diejenige, welche einen unerforschten anomalen Zustand des Gebärorgans in sich schliesst, in welchem dasselbe nicht befähigt ist, eine Frucht bis zur vollständigen Ausbildung zu erhalten. -- Solcher Fälle wurden 5 beobachtet, nämlich 3 im Jahre 1843 und 2 im Jahre 1844.

1843. Eine Frau von 30 Jahren hatte die erste Schwangerschaft bis zum richtigen Endtermine durchgemacht, und eine zwar reife, doch schwächliche Frucht geboren. Die 2., 3. und 4. hatten durch Aborte in resp. dem 3., 7. und 5. Monate geendet, und auch jetzt in der 5. Schwangerschaft trat ohne allen nachweisbaren Grund die Geburt im 6. Monate ein. - Eine andere Frau von 41 Jahren hatte 5 Mal regelmässig geboren, und dann 9 Mal zu früh, ohne dass sie sich einer Veranlassung dazu bewusst geworden wäre. Während der letzten Schwangerschaft litt sie vom 2. bis 7. Monate an Febris intermittens tertiana, welche im Verlaufe den Quartantypus annahm, ohne dass die Kindesbewegung sich verändert hatte. Erst nach dem Tode ihres Mannes wurde diese schwächer, hörte allmälig auf, und wenige Tage später trat die Geburt eines 7 monatlichen todten Kindes ein. - Eine Frau von 29 Jahren hatte zwei Mal im 4. und 5. Monate abortirt, und ein Mal im 8. Monate zu früh geboren. In der 4. Schwangerschaft hatte sie einen akuten Gelenkrheumatismus und Scharlach glücklich über-

## 380 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

standen, wurde aber 8 Wochen vor dem regelmässigen Termine von einem schwachen Kinde entbunden.

1844. Bei einer schwächlichen Frau von 27 Jahren war in den beiden ersten Schwangerschaften im 5. und 6. Monate nach erfolgtem Absterben der Früchte die Geburt eingetreten. In der 3. erfolgten im 7. Monate plötzlich ohne nachweisbare Ursache die Erscheinungen vom Absterben der Frucht, und 8 Tage später die Geburt eines todten Kindes. — Eine Frau von 34 Jahren, viel an hysterischen Zufällen leidend, hatte bereits 2 Mal die Schwangerschaft durch Geburt verwester Kinder im 6. und 7. Monate beendet. Auch in der 3. Schwangerschaft wurde sie im 7. Monate plötzlich von der Geburt eines zwar lebenden Knaben überrascht, der jedoch kurz nach der Geburt starb.

Als Anhang mag hier der Fall aufgeführt werden, in welchem es gelang, bei einer Frau von 30 Jahren, welche 5 Mal todte Kinder geboren hatte, in der 6. Schwangerschaft das Kind am Leben zu erhalten (1842, Klinik). Die Frau hatte zuerst im 5. Monate abortirt, dann ein Kind ausgetragen, aber todt zur Welt gebracht. Bei dieser Geburt trat in der 5. Periode eine heftige Blutung aus Verwachsung der Placenta ein, weswegen diese künstlich gelöst werden musste. Das Kind wurde ausgetragen, aber todt geboren; im Wochenbette trat Febr. puerperalis ein, an deren Folgen die Frau ½ Jahre krank war. Die 4. Geburt war ein Abortus im 4. Monate; 4 Wochen später trat eine Metrorrhagie ein, und es mussten zurückgebliebene Stücke des Eies künstlich entfernt werden. Die 5. Geburt war ein Abortus von 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Monat; das Kind lebte einige Minuten. Die Placenta adhärirte wieder abnorm fest und musste wegen Metrorrhagie künstlich entfernt werden. Als nun die Frau wieder concipirt hatte und sich in der Entbindungs-Anstalt meldete, wurde ihr anempfohlen, während der Monate, in welchen sie früher abortirt hatte, ruhige horizontale Lage und eine leichte nährende Diät zu beobachten, und dies wurde auch während des 10. Mondsmonates, nachdem sie in die Anstalt aufgenommen worden war, fortgesetzt. Die Kindesbewegungen dauerten bis zur normal verlaufenden

•

Geburt fort; das Kind kam lebend zur Welt und auch das Wochenbett verlief ohne alle Störung,

#### 9. Pruritus.

Eine Frau von 37 Jahren, zum 6. Male schwanger, von kräftiger, vollsaftiger Konstitution, litt an heftigem Pruritus nicht allein der Geschlechtstheile, sondern am ganzen übrigen Körper. Nach einer Venaesection von 12 Unzen besserte sich das Leiden und verschwand allmälig beim anhaltenden Gebrauche salinischer Abführmittel ganz.

#### 10. Prolapsus uteri et vaginae.

Der Vorfall der Gebärmutter und Scheide wurde in einer Reihe von Fällen bei Schwangeren beobachtet, ohne dass jedoch der Verlauf der Schwangerschaft dadurch eine wesentliche Störung erfahren hätte. Eine solche trat nur in einem Falle des Jahres 1843 ein, in welchem eine Frau von 34 Jahren, welche 2 Mal geboren hatte, durch Prolapsus uteri completus der Art beschwert wurde, dass sie fast die ganze Schwangerschaft im Bette hatte zubringen müssen, bis sie im 8. Mondsmonate von einer schon in Fäulniss begriffenen Frucht mittels der Selbstentwicklung entbunden wurde.

### 11. Entzündung der kleinen Schaamlippe.

Bei einer Erstgebärenden von 18 Jahren entzündete sich einige Tage vor der Entbindung die linke kleine Schaamlippe, wuchs zur Grösse eines Hühnereies an, und ging trotz der sofortigen Anwendung von Blutegeln und Umschlägen von Chamillenthee mit Bleiwasser schnell in Eiterung über. Der Abscess entleerte sich kurz vor der Entbindung, während welcher die noch bestehende Schmerzhaftigkeit der afficirten Parthie durch Bestreichen mit fettem Oele und durch Dampfbäder gemildert wurde. Nach der Entbindung vernarbte die Wunde rasch.

(Fortsetzung folgt.)

381

## XXIX.

## Notizen aus der Journal-Literatur.

Jacquemier: Ueber die Quelle der Blutung bei theilweiser Lösung der Placenta.

Ueber die Quelle der Blutung bei Ablösung der Placenta sind die verschiedensten Ansichten ausgesprochen worden. Einige glauben, dass das Blut nur aus dem Uterus, Andere, dass es aus der Placenta, noch Andere, dass es aus beiden Organen komme; bald meinte man, das Blut sei venös, bald, es sei arteriell. Mackensie hat in der neuesten Zeit (in der Association medical Journal 1853. Nr. 41.) zur Erforschung der Frage zunächst Versuche an Hündinnen angestellt, deren Placenta der menschlichen ähnlich gehildet ist. Kurs vor der Geburtszeit chloroformir'e er eine Hündin, schnitt den Uterus auf und fand: 1) bei Ablösung der Placenta floss das Blut frei und ununterbrochen aus der Gebärmutter, nichts kam aus der Placenta; 2) das fliessende Blut zeigte sich arteriell; 3) beim Zerreissen der noch theilweise ansitzenden Placenta kam ein wenig schwarzes venöses Blut aus den serrissenen Stellen. Diese Experimente wurden mehrmals mit demselben Ergebniss wiederholt. Er schloss, dass die Sache beim Weibe sich ebenso verhalten werde, hatte aber auch Gelegenheit ein von Sharpey vorgeschlagenes Experiment bei einer während der Geburt an Blutfluss gestorbenen Frau auszuführen. Man fand bei der Section die Placenta noch theilweise festsitzend. Der Uterus wurde vorsichtig mit den Nachbarorganen berausgenommen und gereinigt; er war vollständig blutleer, etwa der fünfte Theil der Placenta sass noch fest. Die durchschnittenen Gefässe wurden unterbunden und durch die eine Art. hypogastrica eine gewinse Menge defibrinirten Blutes injizirt. Das Blut floss frei aus den serrissenen Utero-placentar-Arterien, nichts kam aus den zerrissenen Utero-placentar-Venen, nichts aus der Placenta selbst. Die Injection in die andere Art. hypogastrica lieferte dasselbe Resultat. nur kam jetzt etwas Blut auch aus der Placenta. Daraus machte Mackensie den Schluss, dass die Blutung hauptsächlich aus dem Uterus komme und vorsugsweise arteriell sei. - Jacquemier kann

#### XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

der Annahme, dass das Blut arteriell sei, nicht beipflichten, die angeführten Experimente sind ihm nicht beweisend. Um einen wirklichen Beweis zu liefern, müsste man zugleich die vier Arterien, welche dem Uterus das Blut zuführen, injiciren, so dass die Flüssigkeit durch das Kapillargefässnetz bis in die Venen, die zur Vena cava gehen, gelangte. Man braucht nur wenig Flüssigkeit in die Venen des Uterus einzuspritzen, um zu sehen, wie sie durch die geöffneten Utero-placentar-Venen wieder abfliesst. Herr Mackensie würde das gefunden haben, hätte er auch die Venen injicirt. Richtet man den Uterus schräg auf und schüttet Wasser in die Ovarienvenen, deren Lumen sehr gross ist, ein, so fliesst das Wasser in starken Strahlen aus den klaffenden Venen-Oeffhungen der entblössten Uterinwand. Das ist die Quelle der reichlichen, entsetzlichen Blutflüsse, die zuweilen in wenigen Minuten zum Tode führen.

(Gaz. hébdomad. Nr. 25, 24. Mars 1854.)

Harlay und Gegenbauer in Würzburg: Untersuchungen des Harns und Blutes einer an Hydrops und Albuminurie leidenden Schwangeren.

Das Ergebniss dieser in der 33. und 35. Schwangerschafts-Woche und am 7. und 15. Tage nach der Entbindung gemachten Analysen des Blutes und Harns einer 36 Jahre alten, stets gesund gewesenen und regelmässig seit ihrem 15. Jahre menstruirten Zweitgebärenden, welche seit ohngefähr der 20. Schwangerschaftswoche an Ascites und Anasarca litt, ist deshalb von so grosser physiologischer und pathologischer Wichtigkeit, als es zeigt, dass die Harn- und Blutbestandtheile während der Wassersucht bei Schwangeren in sich wechselseitig ausgleichenden Verhältnissen stehen. Man sieht nämlich deutlich bei dieser Kranken, wie die quantitativen Veränderungen dieser Bestandtheile nach ihren normalen Richtungen hin mit der Abnahme der Krankheit Schritt balten. Scanzoni macht in einer dem Aufsatze angehängten Nachschrift darauf aufmerksam, dass man im Interesse der Wissenschaft und Praxis und zur Lösung der Frage über die nächste Ursache der Eclampsia puerperalis, über ihr Verhältniss zur Albuminurie, Morb. Brightii und Uraemie, jede Gelegenheit ergreifen solle, die Analysen während eines längeren Zeitraums fortzusetzen.

383

384

XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

Thielmann: Fall von Superfötation.

Eine 25 jährige Bäuerin gebar am 27. Märs 1853 ein volkommen ausgebildetes Kind, und obgleich sie sich etwas angegriffen fühlte, verliess sie schon nach 4 Tagen das Bett und ging am Ende der ersten Woche ihren häuslichen Geschäften wieder nach. Der Lochialfluss war nur sparsam gewesen und hatte schon nach einigen Stunden aufgehört. In der linken Seite dauerten aber die bereits früher gefühlten Kindesbewegungen fort und in den Brüsten seigte sich so wenig Milch, dass dieselbe sur Sättigung des begierig saugenden Kindes nicht hinreichte und Kuhmilch zu Hülfe genommen werden musste. - Der Umfang des Unterleibes hatte nur in der rechten Seite abgenommen; die Kindesbewegungen in der linken dauerten fort und am 18. Mai, 52 Tage nach der ersten Entbindung ward die Frau unter den gewöhnlichen Erscheinungen von einem sweiten Mädchen entbunden. Das Kind war weniger entwickelt, batte eine röthliche Hautfarbe und schwächere Stimme. Die Placenta, die nach 14 Stunden abging, war von geringerem Umfange und weniger dick, als die erste. Die Lochien flossen diesmal reichlich, länger als 2 Wochen und auch die Milchabsonderung vermehrte sich in dem Maasse, dass sie sur Ernährung beider Kinder hinreichte. Das erste Kind war wohlgenährt, lebhaft und wog 124 Pfund Civilgewicht; das sweite war magerer und weniger lebhaft und wog 10} Pfund Civilgewicht.

(Mediz. Centralseitung Nr. 22., 18. Märs 1654, aus der Medic. Zeit. Russlands Nr. 50. 1853).

Strauss in Brilon: Künstliche Frühgeburt, eingeleitet durch das Cohen'sche Verfahren.

Der Verf. theilt folgenden Geburtsfall mit: Frau V., 40 J. alt, von kleiner Statur, hat 2 schwere Entbindungen überstanden, das erste Mal wurde mittels der Zange ein todtes Kind entwickelt, das andere Mal die Perforation gemacht. Die Conj. betrug 214". Am Ende des 8. Monates der Schwangerschaft wurde die Frühgeburt Am 22. März 1854 gegen Abend mittels des genau eingeleitet. nach Cohen's Vorschrift angefertigten Röhrchens die erste Injection von etwa 2 Unzen warmen Wassers. Nach einer halben Stunde stellten sich gelinde ziehende Schmerzen in der Kreuzgegend ein. Die sweite Einspritzung am Morgen des 23., die dritte am Abend, die vierte am Morgen des 24., die fünfte am Abend. Die Wehen hatten sich unterdessen immer stärker entwickelt, nahmen aber einen krampfhaften Charakter an, deshalb Verabreichung von Tot. Valer. und Tct. op. croc. mit Erfolg. Am Morgen des 25. war die Monataschr, f. Geburtsk, 1884, Bd. III, Hft. 5. 25

## 886 XXIX. Notizon aus der Journal-Liferatur.

Portio vaginalis vollständig verstrichen, die Blase taubeneigross durch den Muttermund hervorragend. Durch die Naturkräfte wurde Abends & Uhr ein lebender Knabe geboren. Die Mutter befand sich durchaus wohl.

(Deutsche Klinik Nr. 14, 8. April 1854.)

Meckel: Die Eiterung beim Abfallen des Nabelstranges.

Die Eiterung beim Abfallen des Nabelstranges ist bisher noch nicht mit einem so klaren, auf genaue Untersuchungen an der Leiche, sowie auf Casuistik fundirten Anschauung wissenschaftlich behandelt worden, als dies in der obigen Arbeit geschehen. Der Inhalt ist so reich und deshalb so schwer in der Kürze wiedersugeben, dass Ref. die Leser auf die Arbeit selbst verweisen muss, um sich vor dem Vorwurf zu wahren, durch einen unvollkommenen Aussug dem richtigen Verständniss zu nahe getreten zu sein.

Nachdem Verf, auf die Ernährungsquelle des Nabelstranges während des Foetallebens und auf das Verhalten desselben nach der Geburt in dieser Beziehung hingewiesen, die Unsohädlichkeit des Actes der Abstossung für das Kind besprochen und angeführt hat, dass die leichte Ablösung vom allgemeinen Gesundheitssustande und örtlich von der Dicke und Festigkeit der Theile, vorzugsweise der Gefässe abhänge, erwähnt er die Veränderungen der Gofässwandungen im gesunden Verlaufe und die Bedingungen zur Erkrankung. Es folgt eine Uebersicht der Bildung der Wandschichten, der Arterien und Venen, eine Parallele zwischen der Entzündungsfähigkeit derselben bei Erwachsenen und Neugebornen und eine Mahnung, dass die Behandlung der Neugebornen eine unvollkommene sei, wenn nicht auf den Nabelstrang schon vor dem Abfallen Rücksicht genommen werde, weil sehr gewöhnlich die zu starke Entzündung schon vor dem Abfallen entstehe. Es wird die sweckmässige Behandlung besprochen und neben der örtlichen vorzüglich die Beachtung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kindes anempfohlen. Verf. sagt, die kleine geringfügige Nabelstelle hängt so innig vom ganzen Wohlsein ab, dass ihr Verhalten an jedem Unwohlsein wesentlich Theil nimmt und dass der Arzt' durch Nichtbeachtung der feinsten Verhältnisse des Nabels in allen Krankheiten ein diagnostisches Hülfsmittel aufgiebt und die Krankheit in gefährlicher Weise gehen lässt. Zur Erläuterung der verschlossenen Nabeleiterung macht Verf. aufmerksam auf die Panaritien u. s. w., bei Erwachsenen, auf die ihnen folgenden Eitersenkungen und deren Folgen bei Vernachlässigung. Nach der Beschaffenheit des mitwirkenden Allgemeinleidens zeigen

sich Verschiedenheiten in der Nabeleiterung, welche fundamental mit dem ganzen Krankheits-Charakter zuzammenhängen und für die Diagnose wichtig sind. Es sind nur geschärfte Beobachtungen an Lebenden in dieser Beziehung wichtig, da die Unterschiede so gering eind, dass die Leichen-Untersuchungen ungenütgende Resultate geben. Nach diesen lassen sich im Allgemeinen drei grosse Klassen unterscheiden, jenachdem eine gute, eine scrophulöse und fibrinöse oder jauchige Eiterung die Folge ist.

Dieser allgemeinen Uebersicht folgt die specielle Anschauung der Wundfläche des Nabels, der normalen Beschaffenheit des Secrets und der Vernarbung, der nothwendigen und übermässigen Entsündung der offenen und versteckten Nabeleiterung. In der speciellen Betrachtung der Eiterung der Nabel-Arterie wird die Ursache, die Art und Weise und der Grad der Obliteration der Arterien, so wie die Folgen der krankhaften Entsündung, die Bildung und Fortleitung der Eiterung und deren Behandlung besprochen.

Die Eiterung der Nabelvene entsteht meist aus primärer Entstindung der Nabelvene bei der Domarcation des Stranges, setten secundär durch Perforation von Eiter aus der Nabelgrube oder dea Arterien. Schon vor dem Abfallen des Nabelstranges erzeugt die Eiterung sehr ähle Krankheitserscheinungen, Schmersen, Ikterus, Erbrechen, Durchfall u. s. w. Im weiteren Gange der Betrachtung sieht man den Eiter, dem anatomischen Laufe der Vene folgend, in den kleinen und grossen Kreislauf gelangen und entweder bei feinster Vertheilung keine mechanische Störung und selten dyscrasisches Leiden bewirken oder durch säheres Zusammenhalten in grösseren Tropfen weitere Krankheiten herbeiführen.

Den Schluss der gediegenen Abbandlung machen sieben Krankheitsfälle mit Sectionsberichten.

(Annalen der Charité su Berlin, Jahrg. 4, Heft 9, 8. 218, 1853.)

Scanzoni: Die Uterussonde kritisch beleuchtet.

Die Uterussonde entspricht nach den Resultaten achtjähriger Erfahrungen Scansoni's durchaus nicht den Aupreisungen einiger Gynäkologen. S. hält den Nutzen des Instruments überschätzt, vorsöglich, wenn man seine Anwendung als Conditio s. q. n. jeder richtigen, erschöpfenden, gynäkologischen Diagnose betrachtet. Er gesteht su, dass es Fälle geben könne, wo die Sonde praktisch brauchbar und von wesentlichem Vortheil für die Diagnose sei, want aber vor dem Missbrauch derselben. Verf. lässt die von

807

#### 366 XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

#### *Eiwisch* u. A. angeführten Fille eine kritische Revne passizen. Was ihre Anwendung betrifft

1) sur Bestimmung der Durchgängigkeit der Cervical- und Gebärmutterhöhle, welche für die Diagnose aller Formen von Atresien, Obliterationen und Verengungen des Uterus unumgänglich nothwendig sein soll,

so erwähnt Verf., dass es auch ohne eine vorhandene derartige Entartung oft schwer und unmöglich sei, die Sonde einsuführen, daher nicht immer ein Schluss auf die Undurchgängigkeit der Cervical- und Gebärmutterhöhle gemacht werden könne. Sollten andere Symptome, z. B. durch Retention des Menstrualblutes u. s. w. herbeigeführt, die Atresie bestätigen, so sind diese schon allein hinreichend zur Diagnose und die Sonde entbehrlich. Diejenigen Atresien, welche die senile Involution der Gebärmutter begleiten und ihren Sitz im oberen Umfange der Cervicalböhle und am inneren Muttermunde haben, veranlassen nur selten eine Exploration, lassen sich mittels der Sonde nicht von einfachen Stenosen unterscheiden und endlich hat in diesem Alter es nur wissenschaftliches, kein praktisches Interesse, die Durchgängigkeit des Uterus zu kennen.

#### 2) sur Diagnose der Schwangerschaft,

so kann die Sonde gar keine Anwendung finden. Der Schleimpfropf, den Kiseisch als ein Hinderniss des Eindringens der Sonde in den Uterus Schwangerer angiebt, ist durchaus kein Hinderniss. Die sich suweilen durch Auflockerung der Schleimhaut des Mutterhalses u. s. w. darbietenden Schwierigkeiten werden leicht überwunden und die Nachweisung einer vollständigen Durchgängigkeit der Cervicalhöhle ist durchaus kein gültiger Beweis für das Nichtvorhandensein einer Schwangerschaft. Die aufliegenden Eihäute halten die Sonde nicht immer zurück, dieselbe kann auch swischen Ei und Uterus unvermerkt fortgeschoben werden. Verf. verwirft die Sonde gans als diagnostisches Hülfsmittel, wo es sich nur um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft handelt, wegen der leichten Verletzbarkeit der Häute.

 sur Bestimmung des Längendurchmessers des Uterus auf Linien, sur Diagnose der krankhaften Grössenveränderungen desselben,

so giebt Verf. die Möglichkeit einer solchen Messung su, hält sie aber für nicht wichtig für Diagnose und Therapie. Er bespricht die Vergrösserungen durch chronische Metritiden (nach anderen chronische Infarcte oder Hypertrophien der Uteruswände), welche man aus den Symptomen sicher schliessen und wobei es auf die Bestimmung nach Linien nicht ankommen könne. Den möglichen

#### XXFX. Notizen aus der Journal-Literatur.

Einwand, dass man durch Fühlen der Sondenspitze durch die Bauchdecken sich erst überzeugen könne, ob man wirklich in der Gebärmutter sei, begegnet er dadurch, dass nicht selten bei Gegenwart eines chronischen Infarcts die Unteruswände so verdickt seien, dass man die Sondenspitze nicht fühlen könne. Auf den Einwand aber dass die Sonde aur Erkennung, ob die Uterusvergrösserung von einem infarct oder von einem in die Höhle bineinragenden äusserlich nicht fühlbaren Fribroide herrühre, indem beiletzterem die Sondenspitze in ihrem Vordringen aufgehalten werde, oder indem die Sonde bei blosser Verdickung der Wände leichter bewegt werden könne, erwidert Verf, dass schon die durch beide Absormitäten bedingten functionellen und organischen Störungen wesentlich von einander unterschieden seien, wodurch die Diagnose gesichert werde, dass sich ferner auch ohne Fibroid zuweilen andere Hindernisse dem Eindringen entgegenstellten und bei vorhandenem Fibroid in vielen Fällen die freie Beweglichkeit des Instrumente nicht beeinträchtigt werde, dass also das in diesen Fällen gebotene nur negative Resultat des Sondirens keinen Beweis für die Unentbehrlichkeit der Sonde liefere

4) sur Erforschung der gehemmten Beweglichkeit der Gebärmutter durch Anlöthung oder Fixirung durch andere Geschwülste.

so leugnet Verfasser nicht, dass in dieser Beziehung die Sonde gute Dienste leistet; er erkennt aber die Unentbehrlichkeit nicht an. da eine von geübter Hand unternommene Manual-Exploration meist ausreiche, ausserdem auch die Einführung der Sonde, bei Anlöthungen oft sehr schmerzhaft sei, Enfstündungen und Uterinalkoliken hervorrufe. u. s. w.

5) sur Ermittelung der Dicke und Resistens der Wandungen der Gebärmutter,

so glaubt Verf., dass diese Erkenntniss von wenig Nutzen für die Praxis, übrigens die Dicke der Wandungen bei derselben Krankheit sehr wandelbar sei und sehr häufig die Dicke der vorderen Bauchwand öder Geschwülste u. dergl. m. die Betastung des mit der Sonde emporgehobenen Organs uumöglich mache.

6) zur Bestimmung der Einfachheit oder Duplicität der Gebärmutterhöhle.

so nennt Verf. dies einen frommen, am Schreibetisch ersonnenen in der Praxis Inie realisirten Wunsch.

7) zur Bestimmung der Knickungen, der Ante- und Reflexionen.

so will S., da er anderweitig dies Capitel abhandelt, hier nur bemerken, dass die Sonde zu diesem Zwecke brauchbar, aber nicht

389

#### 390 XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

unentbehrlich sei; er gesteht aber die mögliche Unentbehrlichkeit da zu, wo es nicht gelingt durch die Haad su erkennen, ob die vor oder hinter der Vaginalportion fühlbare Geschwulst der Grund der Uterus sei.

7) sur Erforschung des Inhalts der Gebärmutter,

so hat Kineisch uach S's Meinung dies nur angeführt, um eine Ziffer mehr für den Nutsen des Instruments su haben, da wohl nicht leicht etwas sicher Erkennbares an der vorher mit Oel, Fett oder dergl. bestrichenen Sonde kleben bleibe.

9. sur Bestimmung der Empfindlichkeit der Gebärmutter und ihrer Umgebung,

so räth V., dass man, wo durch Untersuchung mit der Hand oder durch die Summe sonstiger Symptome die Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter sich herausstelle, jederzeit auf den Gebrauch der Sonde versichten solle. Die Manual-Exploration gehörig ausgeführt, giebt einen weit suverlässigeren Aufschluss; und die Sonde bewirkt bei der geschicktesten Einführung auch ohne hervorragende Empfindlichkeit des Organs in vielen Fällen heftigen Schwers, weshalb sie nicht immer ein richtiges Urtheil zulässt.

10) endlich sur leichteren Einleitung der Port. vag. in den Mutterspiegel,

so erinnert sich der V. weniger Fälle, wo es ihm nicht gelungen wäre ohne Sonde dies zu erreichen. In neuerer Zeit benutst er sie gar nicht mehr, da die Einleitung, wenn sie in der Rückenlage nicht gelingt, sicher in der Knie-Ellenbogenlage su Stande kömmt.

> (Scanson's Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkolog. Hft. 2 u. 3, 1854.)

Scanzoni: Exstirpation eines grossen Eierstocks Colloids.

Die Geschwulst war von der stets regelmässig menstruirten und gesunden 33jährigen Patientin erst bemerkt worden, als sie bereits die Grösse eines Apfels (?) erreicht hatte. Unter Brechneigung, Erbrechen einer schleimig wässrigen Masse, was sich jeden Morgen ohne bekannte Ursache einstellte, Spannen im Hypogastrium, sich steigernder Anschwellung des Unterleibes und geringen Schmersen war die Frau daranf aufmerksam geworden. Innerhalb 17 Wochen hatte sich die Geschwulst so vergrüssert, dass sie 5" oberhalb des Nabels hinauf ragte und in der Höhe des Nabels 11" im Querdurchmesser und sich allmählig nach unten verdünnend oberhalb des Beckens 8" im Breitendurchmesser hatte. Sie seigte deutliche Fluctuation, und bei der Betastung erkannte man sie als eine fast die ganse Unterleibshöhle ausfüllende siemlich feste, mit höckri-

ger Oberfläche versehene, beim Drucke unschmerzhafte Geschwulst. Die Uterinhöhle war {" verlängert, der Scheidengrund etwas heruntergedrängt, die Vaginal Portion 6-8" lang, das Os tincae bildete eine Querspalte, Nachdem die Kranke chloroformirt, die Bauchdecken in der weissen Linie bis 2" oberhalb der Schoossfuge 21" lang getrennt und vorsichtig das Bauchfell geöffnet war, ergoss sich eine gelbröthliche klare Flüssigkeit, wovon 8 Pfund aufgefangen wurden und es ergab sich durch die erweiterte Bauchwunde jetzt mit dem Finger, dass die pralle Geschwulst mit den Genitalion zusammenhing und zwar durch einen 14" breiten Strang 1" links vom Uterus am breiten Mutterbande. Die Wunde musste bis auf 7" erweitert werden, und der nirgends vorn und hinten adhärirende Tamor, dessen Verbindung durch einen 11" dicken festen Stiel sich bestätigte, wurde langsam heruntergehoben, auf die Oberschenkel gelegt, der Stiel und das von gansfederdicken Venen durchzogene Mutterband mittels der Goulard'schen Unterbindungsnadel mit 3 Ligaturen unterbunden, dann 1 Zoll oberhalb der Ligaturstelle am Stiel mit dem epiteen Bistouri losgetrennt und kleine am Stiele noch hängende Colloidmassen mit der Cooper'schen Scheere abgetragen. Die Blutung war unbedeutend. Trotz der sorgfältigsten Nachbehandlung starb Patientin 48 Stunden nach der Operation an Peritonitis. Die von Scherer untersuchte 10 Pfund schwere Geschwulst war ein Colloider Tumor. grösstentheils bestehend aus Metalbumin.

> (Scantoni's Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie. Heft 2 u. 3. 1854.)

> > ٦.

## XXX.

# Literatur.

Klinische Vorträge über Geburtshülfe von Carl Siegmund Franz Credé, Doctor der Medicin, Privatdocenten an der Friedrich-Wilhelms-Universität, interim. Director der Königl. Hebammen-Lehr-Anstalt und dirigirendem Arzte der Gebär-Abtheilung der Charité zu Berlin, Erste Abtheilung. Berlin, 1853. Verlag von August Hirschwald, gr. 8. S. VIII. und 603. (Preis 4 Thlr.)

#### (Schluss.)

#### Die menschliche Frucht (8. 215-370).

Die regelmässige menschliche Frucht. Mit dem Acte der Befruchtung beginnt in dem keimenden Eie eine Reihe von Entwickelungsvorgängen, welche nicht blos dem Physiologen, sondern auch dem Geburtshelfer von der grössten Wichtigkeit sind. Allerdings gehen die Interessen des Physiologen und Geburtsheifers auseinander. Während der Physiolog seine Forschungen und Untersuchungen mehr auf die Gesetze der inneren Entwicklung des Embryo und seiner Anhänge aus sich heraus, auf die Wechselwirkungen, in welche die einzelnen Theile des Eies zur sweckmässigen Ausbildung nothwendig treten, richtet; stehen für den Geburtshelfer die inneren Vorgänge der Entwicklung, der Bildungsprozess, im Hintergrunde, ihn interessiren vorzugsweise die Lage, die äussere Form, die Einbettung der ganzen Frucht, die äusseren Verhältnisse des Fötus und der Anhänge in sich und zu einander und sum mütterlichen Organismus, ihm ist die Sorge für das glückliche Gedeihen der Frucht im Mutterleibe und für die gesundheitsgemässe Geburt ein Hauptzweck. Der wissenschaftliche Geburtshelfer muss allerdings die Gesetze der Zeugung und der Entwicklung der Frucht genau kennen, um eine gehörige geburtshülfliche Anschauung darüber zu gewinnen; allein die Entwicklungsgeschichte des Eies gehört nicht in die Lehrbücher der Geburtshülfe, wo man sie in der neuesten Zeit mit übermässiger Weitläufigkeit nicht selten findet, sondern in die Lehr- und Handbücher der Physiologie. Mit Fug und Recht hat sich der Hr. Verf. in der Darstellung der Eilehre, die physiologischen Kenntnisse voraussetzend.

nur an das gehalten, was für den Geburtshelfer von Interesse ist. In dieser Art liefert er eine sachgemässe Darstellung der Eihäute, des Fruchtkuchens, der Nabelschnur, des Fruchtwassers und des Fötus in der allmäligen Ausbildung.

Die Abweichungen der menschlichen Frucht. An allen Fruchttheilen können Regelwidrigkeiten vorkommen, und einen bestimmten Einfluss auf das sweckmässige Gedeihen des Fötus während der Schwangerschaft und auf die Niederkunft ausüben. Der Hr. Verf. betrachtet die jeden einzelnen Fruchttheil treffenden Regelwidrigkeiten für sich, ohne die innige Wechselwirkung, welche swischen den Fruchttheilen unter einander und mit dem mütterlichen Organismus besteht, aus den Augen zu verlieren. Er betrachtet in dieser Beziehung die Abweichungen der Eihäute, des Fruchtwassers, des Fruchtkuchens (abweichende Grösse und Form, abweichender Sitz, Vorlage, abweichender Bau, zu feste Verwachsung, su frühe Lösung des Fruchtkuchens) der Nabelschnur (abweichende Länge, Dicke, Anhäufung von Sulze, Trockenheit, Erweiterungen und varicöse Anschwellungen der Gefässe, schraubenartige Windungen, Fäulniss, Abschliessung, Verschliessung, Zerreissung, abweichende Einsenkung in den Fruchtkuchen, abweichende Lage, das Vorliegen und Vorfallen, die Umschlingungen, die Knoten der Nabelschnur), des Fötus (die abweichende Grösse, die verschiedenen Grössengrade, die abweichende Form, die abweichende Lebensthätigkeit des Fötus, die mehrfachen Früchte).

Mit Interesse und Gewinn wird jeder Geburtshelfer des Hrn. Verf's. Betrachtungen über den fehlerhaften Sitz, das Vorliegen des Mutterkuchens und dessen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt lesen. Bei starken Blutungen räth derselbe, die drohende Gefahr nicht allsu lange durch den in solchen Fällen unsicheren, oft gefährlichen Tampon beseitigen zu wollen, sondern, wenn keine Hoffnung anf ein schnelles Einrücken des vorliegenden Kindestheils, somit auf einen natürlichen Tampon, sich darbiete, ohne Säumen möglichst früh sur künstlichen Eröffbung des Muttermundes su schreiten, um die rettende Austreibungsperiode künstlich zu beschleunigen. Bei Geradlagen rücke dann der Kopf oder Steiss schnell tiefer ins Becken, bei Querlagen wäre, wo irgend möglich, die Wendung auf den Kopf zu versuchen, wo diese nicht auszuführen sei, die auf die Füsse, ohne dass es nöthig sein werde, jedesmal eine schleunige Extraction des Kindes an den Füssen folgen su lassen, wie dies die sogenannte gewaltsame Entbindung (Accouchement forcé) vorschreibe. Drohe aber durch den Blutver. ust Lebensgefahr, so sei die allerschnellste Entbindung durch Wendung und Aussiehung des Kindes und sofortige Lösung des Fruchtkuchens aufs Dringendete geboten. — Diese Ansicht und Verfahrungsweise sucht der Hr. Verf, durch mehrere ausführlich ersählte Beobachtungen zu begründen.

Die nächste Ursache des Vorfalls der Näbelschnur sucht derselbe in dem Verhalten des Fötus und der Fruchtanhänge, in dem Sits des Fruchtkuchens, der Einsenkung der Nabelschnur u. s. w., nicht in mangelhafter Auschliessung des Muttermundes au, den vorliegenden Kindestheil.

Bezüglich der Umschlingungen der Nabelschnur bemerkt er, dass dieselben, obgleich sie in der grösseren Mehrsahl dem Fötus keinen Schaden bringen, doch mitunter Uebelstände erseugen, indem Abschnürungen von Kindestheileu, Stockungen in der Circulation, Apoplexieen u. s. w., und mechanische Hindernisse für den Fortgang der Geburt oder für den regelmässigen Mechanismus derselben entstehen; doch biete auch in seltenen Fällen bei sehr langem Strange die Umschlingung einigen Vortheil dar.

Die Messungen und Wägungen, welche der Hr. Verf. binsichtlich der Grösse und Schwere des reifen Fötus angestellt hat, bieten vielfaches Interesse. Es liegt nahe, dass eine stärkereoder schwächere Grösseneutwicklung des Fötus nicht ohne Einfluse auf den Hergang der Geburt sein kann; für die Schwangerschaft ist sie von geringerem Belang. Aus denselben Gründen, wie bei. den verschiedenen Räumlichkeiten des Beckens, lassen sich auch. für die Grössenverhältnisse des Fötus gewisse Grade aufstellen, welche eine Vorhersage für die Geburt gestatten, und für die Wahl eines einzuschlagenden geburtshülflichen Verfahrens von Werth sind. Es ist dabei ziemlich gleichgültig, ob der ganse Fötus oder nur einselne, für die Geburt einflussreiche Theile desselben eine auffällige Grössenabweichung haben, vorzugsweise ist indess der Umfang des Kopfes von Wichtigkeit, da er immer den etärksten Widerstand findet. Bestimmte, Vorschriften zu geben ist schwieriger, als bei den Beckengraden, weil eben die Erkenntniss der Grösse des Fötus und seiner übrigen Eigenschaften schwerer ist, und seine Form, Lage, Verschiebbarkeit und Weichheit der Theile in Anschlag su bringen sind, und Erkrankungen, Misshildungen, Lebensfähigkeit, Lebensschwäche, selbst der Tod desselben bisweilen vor dem Ende der Geburt gar nicht festgestellt werden können. Der Hr. Verf. glaubt, dass besüglich der Grössenentwicklung des Fötus die Aufstellung von drei Hauptgraden genügen: 1) zu kleine Kinder, welche böchsteus 6 Pfund Gewicht haben; 2) mittelgrosse, welche 64-74 Pfund wiegen; 3) sugrosse Kinder von 8 Pfund und darüber. --- Die Geburten der Kinder ersten Grades verlaufen verhältnissmässig leicht und schnell, und entepreeben ungefähr dea Geburten bei zu weitem Becken; die Kinder zweiten Grades gewähnen die normalen Verbältnisse, entsprechen also auch den mittelgrossen Becken; bei den Kindern des dritten Grades treten aber ähnliche Uebelstände auf, wie bei den verengten Becken, jedoch niemals in so bohen Graden, da keine so excessive Grössen des Kindes beobachtet warden, wie es Verengungen des Beckens giebt. Um einen ungefähren Anhalt zu gewähren, wie sich die Geburten zu grosser Kinder bei Berücksichtigung aller einflussreichen Nebenumstände gestalten, hat der Hr. Verf. diejenigen Fälle seiner Beobachtung zusammengestellt, bei welchen das Kind 8 Pfund und darüber betragen hat. Er hat dieselben in drei Unterabtheilungen gebracht, um einen genauen Maassstab zu finden. Die erste Abtheilung umfasst die Kinder von 8 Pfund Gewicht, die zweite von  $8\frac{1}{2} - 9$  Pfund einschliesslich, die dritte die von mehr als 9 Pfund.

Den Formveränderungen des Fötus, zu denen er auch die Molen sählt, wird eine besondere Aufmerksamkeit in geburtshülflicher Beziehung gewidmet.

Die Schwangerschaft (S. 371-422.).

Der Hr. Verf. handelt zuerst von den Zeichen der Schwangerschaft im Allgemeinen, dann von den unsicheren, den wahrscheinlichen und den sicheren Zeichen der Schwaugerschaft, den Zeichen der einzelnen Schwangerschaftsmonate, den Zeichen der wiederholten Schwangerschaft, den Zeichen der Schwangerschaft mit mehreren Früchten, den Zeichen über das Geschlecht des Fötus, von den Zeichen der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter, und von den Zeichen über die Lebensschwächung und den Tod des Fötus. Hierauf bespricht er die Dauer und Berechnung der Schwangerschaft. Trets sorgfältiger Aufmerkeamkeit ist es dem Hrn. Verf. nicht geglückt, einen gegenseitigen Zusammenhang zwischen der sehnten Menstruation und dem richtigen Ende der Schwangerschaft aufzufinden. Das bisweilige Zusammentreffen beider hält er für zufällig, und das Nichtübereinstimmen des Geburtseintritts mit der zu erwartenden Menstruation för Regel. Ehenso wenig konnte er im ganzen Verlaufe der Schwangerschaß Enscheinungen auffinden, welche, wie dies von vielen Schriftstellern angeführt wird, zu den Zeiten auftreten sollen, wo die neun fehlenden Menstrustionen hätten erscheinen sollen; selbst die von ihm beobachteten Aborte und Frühgeburten richteten sich durchaus nicht so häufig und nicht so präcis nach diesen Terminen, dass er ihren Einfluss auf die Schwangerschaft hätte festhalten können. Physiologisch muss der Tag der Empfäugniss als der erste der 280 Schwangerschaftstage angesehen werden.

allein nur selten ist in der Praxis dieser Tag festzustellen. Die Rechnung nach dem Ausbleiben der Menstruation liefert nur geringe Schwankungen, und bleibt sonach in der Regel der sicherste Anhaltspunkt für Berechnung der Zeitdauer der Schwangerschaft. Uebrigens erleidet diese regelmässige Dauer von 280 Tagen manche Ausnahmen. Nicht gans selten beobachtet man eine längere oder mitunter auch eine kürzere Dauer, ohne dass man an der Frucht eine Ueberreife oder Unreife entdecken kann. Solche Beobachtungen führen su dem Schlusse, dass einzelnen weiblichen Individuen eine verschiedene Zeitigungsfähigkeit, und einzelnen Früchten eine verschiedene Reifungefähigkeit innewohne. Freilich könnte man solche Fälle der zu schnellen oder zu langsamen Reifung durch die Annahme eines Betruges, einer Täuschung oder eines Rechnungsfehlers leicht beseitigen. Aber sowohl durch genau berechnete hieher gehörige Beobachtungen bei Frauen, wo die Annahme einer Täuschung oder eines Betrugs ungerechtfertigt erscheint, als auch durch genau geführte Tabellen über die Tragzeit bei Haus-Säugethieren ist der Nachweis zu liefern, dass obige Annahme nicht unbegründet ist. - Die Fehlgeburten, Frühgeburten und Spätgeburten bespricht der Hr. Verf. näher, und macht auf die Unbestimmtheit dieser Kunstausdrücke aufmerksam. Der Hr Verf. nimmt an. dass die meisten Unterbrechungen der Schwangerschaft in die letzten Schwangerschaftsmonate fallen. Die Fehlgeburten zu den Frühgeburten kamen ihm in dem Verhältnisse von 1:8 vor Damit stimmen die Beobachtungen des Ref. nicht überein; nach Zusammenstellung seiner Beobachtungen fallen die bei weitem meisten Unterbrechungen der Schwangerschaft zwischen die zwölfte und dreizehnte Woche, von der letzten Menstruation an gerechnet;

Zuletzt handelt der Hr. Verf. von der diätetischen und therapeutischen Behandlung der Schwangerschaft im Allgemeinen.

#### Die Geburt (8. 423 – 603.).

Zuvörderst schildert der Hr. Verf. die Geburtsthätigkeit, und betrachtet hier die unwillkürliche und willkürliche Geburtsthätigkeit, die Zeiträume der Geburt, die Abweichungen der Geburtsthätigkeit, die übermässige und zu geringe Kraft der Wehen, die abweichende Häufigkeit, Dauer und Richtung der Wehen, und die Abweichungen der willkürlichen, bei der Geburt thätigen Organe, und reiht daran eine Betrachtung der Eclampsie. Die Erscheinungen des eclamptischen Anfalles schildert er nach Scanzoni. Ref. hätte hierbei die Benutzung der Darstellung von Wigand gewünscht. Bei Behandlung der Eclampsie empfiehlt er die ausgedehnte Anwendung des antiphlogistischen Apparats und des Opiums. Von den Chloroformeinathmungen zur Coupirung der Anfähe hat er bis jetst Gebrauch su machen nicht Gelageaheit gehabt, da ihm bisher nur 6 Fälle von Eclampsie, die er kurs mittheilt, vorgekommen sind. In Besug auf das eigentliche geburtshülfliche Verfahren schliesst er sich denen an, die eine Beschleunigung der Geburt mittels künstlicher Erweiterung des Muttermundes auf blutige oder unblutige Weise anrathen, doch mit Berücksichtigung der Schwangerschaftsperiode, in welcher die Convulsionen auftreten. Die chlorotische, urämische und hydropische Blutentmischung hält er nicht für die einzige Ursache der Eclampsie, da auch bei ganz robusten, kräftigen Individuen, bei denen in der Schwangerschaft weder eine Blutentmischung, noch Eiweiss im Urin zu entdecken ist, die Krankheit vorkommt, und es eine grosse Anzahl Fälle giebt, wo man Albuminurie und Urämie findet, ohne dass sich die gefürchteten eclamptischen Anfälle zeigen.

Das vom Hrn. Verf. über die regelmässige und regelwidrige Geburtsthätigkeit Gesagte verdient die Berücksichtigung des Lesers. Nach des Ref. Ansicht legt derselbe ein zu grosses Gewicht auf die willkürliche Geburtsthätigkeit. Niemand sweifelt wohl daran. dass die Bauchpresse, namentlich gegen das Ende des dritten und im vierten Zeitraum der Geburt die Presskraft der Gebärmutter unterstütst, auch wohl daran nicht, dass die Gebärende in diesen Zeiträumen sur Anstrengung der willkürlichen Muskeln, zum Mitpressen unwillkürlich von der Natur genöthigt wird; allein dass die Bauchpresse in der Wehenpause oft eine künstliche Wehe zu erregen, oder selbst in bestimmten Zeiten für sich allein, ohne Unterstütsung der Gebärmutter (8. 435.), auf die Austreibung des Fötus zu wirken vermöge, möchte Ref. bezweifeln, wenigstens ist ihm in einer 30 jährigen Praxis ein solcher Fall nicht vorgekommen. wogegen er nicht setten von dem sogenannten Verarbeiten der Wehen mancherlei Nachtheil gesehen hat. Wird die Hülfe der Bauchpresse blos in der Absicht, die Geburt zu beschleunigen freiwillig ohne Gebärmutterdrang in Anwendung gesetzt, so werden die Kräfte der Kreissenden sum grossen Nachtheil der Vollendung der Geburt zu früh erschöpft.

Der Mechanismus der Geburt. Der Hr. Verf. bespricht hier die Haltung, Lage und Stellung des Fötus und die aligemeinen Regeln des Mechanismus der Geburt, und giebt dann ein Schema der Kindeslagen und Kindesstellungen. In der Darstellung folgt er der von Busch angenommenen Eintheilung der Kindesstellungen, weil diese grosse Einfachheit und Klarbeit darbiete, und die Reihenfolge nach dem günstigeren Verlaufe der Geburt einhalte.

Die Schädellagen sind in folgende Stellungen geordnet:

٠

#### XXX. Literatur.

- I. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle links vorn;
- II. Pfeilnaht im zweiten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle rechts vorn;
- III. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle rechts hinten;
- IV. Pfeilnaht im sweiten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle links hinten.

Auf ähnliche Weise sind die Stellungen der Gesichts- und Unterendlagen geordnet.

Es verdient Dank, das der Hr. Verf. nicht eine nene Anordnung der Stellungen beliebt hat. Es dürfte überhaupt einmal an der Zeit sein, sich über eine allgemein gültige Annahme der Stellungen zu verständigen. Fast jedes neue Lehrbuch der Geburtshülfe bringt eine neue oder andere Anordnung und Benennung der Stellungen der Kindeslagen, und erschwert dadurch unnöthiger Weise das gegenseitige Verständniss der Geburtshelfer. Der Anfänger, der Studirende geräth dadurch in volle Verwirrung beim Selbststudium. Kaum waren die Grundzüge des Geburtsmechanismus durch *Fielding Ould, Smellie, Sastorph, Bang, Roederer* u. A. festgestellt, so versuchte man es, die verschiedenen Arten des Eintritts des Fötus ins Becken in ein System zu bringen.

Solayrès de Renhac und sein Schüler Baudelocque nahmen nach den verschiedenen Lagen, welche die Scheitelgegend aunehmen kann, nach den Endpunkten der einzelnen Beckendurchmesser, mit Ausschluss des queren, 6 Scheitelstellungen an, Baudeloeque bestimmte aber eine andere Aufeinanderfolge als sein Lehrer. Diesen 6 Stellungen will Ph. F. Meckel nach den Endpunkten des Querdurchmessers noch 2 beigefügt wissen. Flamment, Ritgen, Betschler, Weissbrod und Ramsbotham nehmen ebenfalls 8 Scheitelstellungen an, gruppiren sie aber auch verschieden. Eine Zeit lang durfte man die Hoffnung hegen, die imponirende Zahl von Beobachtungen der Lachapelle und Boioin werde einen Einklang in die Ansichten über diesen Gegenstand bringen, umsomehr, da die von denselben angenommenen 4 Scheitelstellungen durch Busch's Autorität gestützt, Aufnahme in die Lehrbücher von Capuron, Maygrier, Froriep, Horn und Klein fanden, allein schon Joserg und Carus wichen in sofern davon ab, als sie die dritte und vierte Stellung in umgekehrter Folge annahmen.

F. C. Naegele und Kilian reducirten die 4 Stellungen auf 2, aber ebenfalls in verschiedenem Sinue. Naegele hatte gefunden, dass die Pfeilnaht gewöhnlich im ersten schrägen Durchmesser steht und bestüglich der Häufigkeit des Vorkommens auf die L. Stellung der Reihe nach die III. folgen müsse, dagegen die beiden anderen Stellungen, die Pfeilnaht im zweiten schrägen Durchmesser, so selten seien, dass sie als ungewöhnlich betrachtet werden müssen. Hierauf gestützt nahm Naegele folgende zwei Stellungen an:

I. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle links vorn.

II. Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser, kleine Fontanelle rechts hinten.

Ibm schlossen sich Paul Dubois, Ed. v. Siebold, H. F. Naegele, Edward Rigby, Rosshirt, Grenser, Krause und in gewissem Betrachte Murphy und Scansoni an.

Kilian lässt die Beziehung der Stellungen zum schrägen Durchmesser fallen und unterscheidet blos:

I. kleine Fontanelle links,

II. kleine Fontanelle rechts.

Im Allgemeinen schliesst sich Scanzoni dieser Annahme an, bemerkt aber ausdrücklich, dass Naegele's Beobachtung, bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens der Scheitelstellungen, die richtige sei.

Die neueren französischen Schriftsteller haben die Sache wieder mehr complicitt, indem sie die Stellungen des Schädels nach den Beckenhälften mit Namen bezeichneten, Velpeau nach der vordern und bintern, Moreau, Cazeaux, Chailly, Jacquemier nach der linken und rechten Hälfte des Beckens und dabei von jeder Hauptstellung drei Unterabtheilungen annahmen und nach ihren Richtungspunkten benannten. Die Mehrzahl der englischen Geburtsbelfer lässt sich auf eine Eintheilung der Stellungen nicht ein.

Der Herr Verfasser schildert den Mechanismus der Geburt nach den verschiedenen Kindeslagen und Kindesstellungen.

Die Lagen sind entweder Geradlagen (Längelagen) oder Querund Schieflagen. Die Geradlagen sind entweder Kopflagen (Oberendlagen) oder Unterendlagen.

Die Kopflagen sind entweder Schädellagen oder Gesichtslagen.

Die Unterendlagen sind entweder Steisslagen oder Fuss- und Knielagen.

Den Mechanismus der einzelnen Kindesstellungen bei den verschiedenen Lagen beschreibt der Herr Verfasser sehr genau. Ref. macht besonders auf die Schilderungen des Verlaufs, wie die zweite Schädelstellung mitunter aus der dritten, die erste Schädelstellung aus der vierten, die zweite Gesichtsstellung aus der dritten und die erste Gesichtsstellung aus der vierten hervorgeht, und der Uebergang aus Gesichtslagen in Schädellagen und umgekebrt, ebenso auch auf die, wic die sweite Steiss- und Fusstellung aus der dritten und die erste Steiss- und Fusslage aus der vierten hervorgehen, aufmerksam.

Bei den Quer- und Schieflagen schildert der Herr Verf. den Hergang der Selbstwendung und Selbstentwickelung.

Endlich handelt er von den fehlerhaften Haltungen des Fötus bei Gerad- und Querlagen und prüft dabei genau die Umstände und Verhältnisse, unter welchen sich Extremitäten neben den vorliegenden Kindestheil einschieben, und welchen Einfluss diese Einschiebungen auf den Mechanismus der Geburt haben.

Mit einer umsichtsvollen Angabe der Behandlung der Geburt im Allgemeinen schliesst die vorliegende erste Abtheilung dieser Schrift.

Der Hr. Verf. verfolgt in diesen klinischen Vorträgen mit steter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Fortschritte eine echt praktische Tendenz, flechtet in jede einzelne Abhandlung eigene Untersuchungen und Beobachtungen ein, weshalb das Werk vorsugsweise dem Studium ausübender Geburtsbelfer zu empfehlen ist. Dem Schlusse desselben sieht Ref. mit Vergnügen entgegen. Mainz. Dr. Frenz Ludie. Feist.

# XXXI.

# Spontane Amputation des linken Vorderarms bei einem neugebornen Kinde.

Von

Dr. Meeker, Privatdocent in Berlin.

(Mit einer Abbildung.)

Am 20. Januar d. J., Abends 9 Uhr, wurde in der Königl. Entbindungs-Anstalt zu Berlin von einer 22 jährigen kräftigen Primipara ein wohlgenährter, 6½ Pfund schwerer und 19 Zoll langer Knabe in der ersten Hinterhauptslage geboren, der folgende Anomalie darbot:

Von der linken oberen Extremität fehlten die Hand und der grössere Theil des Vorderarms ganz; der kleinere Theil des letzteren bildete einen Stumpf, der gleich nach der Geburt abwechselnd stark gegen den Oberarm flectirt, und wieder vollständig ausgestreckt wurde. Die nähere Untersuchung der Theile lehrte, dass das Stück des Vorderarms am Unterarm etwas angewachsen, eine Länge von  $1\frac{1}{4}$  hatte und von einer Fläche begrenzt wurde, die auf das Täuschendste den Anblick eines gut und seit langer Zeit geheilten Amputationsstumpfes darbot. Die ganz gesunde sie überkleidende Haut zeigte an einzelnen Stellen deutliche narbenähnliche Einziehungen (in der Zeichnung a, a.)\*), die aber nirgends mit der Unterlage verwachsen waren, son-

Monatssehr, f. Geburisk. 1854. Bd. 111, Hft. 6.

<sup>\*)</sup> Dieselbe ist von meinem Freunde, Herrn Dr. Gurlt, nach der Natur ausgeführt worden.

## 402 XXXI. Dr. Hecker, Spontane Amputation des linken

dern sich über derselben vollkommen verschieben liessen, überdies ihre Aehnlichkeit mit einer Narbe sofort verloren, wenn man sie durch Anspannung der Hautfläche zum Verstreichen brachte, wo sie dann nicht mehr von der übrigen Haut zu unterscheiden waren; liess man mit der Anspannung nach, so stellten sich diese Hautfurchen natürlich wieder her. An der inneren und oberen Seite der Fläche befanden sich in einer halbmondförmigen Tasche der Haut 3 circa 1 Linie hohe hahnenkammähnliche Erhabenheiten (b). die von derselben Farbe, wie die Haut, keine Andeutung von einem Nagel oder sonstigen Attribute eines Fingers aufwiesen, sondern sich wie einfache papilläre Wucherungen darstellten. Durch die Hautdecken des Stumpfes hindurch konnte man zwei distincte Knochenenden fühlen, während die fleischige Beschaffenheit des Stumpfes es verhinderte, dass man sich durch die Muskeln hindurch von der Anwesenheit zweier Knochen überzeugte. An dem Vorderarmgelenk war Nichts von der Norm Abweichendes zu bemerken; aus der vollständigen Wirkung der Extensoren und Flexoren auf den Stumpf musste geschlossen werden, dass diese Muskeln ihre normalen Ansatzpunkte nicht verloren hatten. Der linke Oberarm zeigte dieselben Dimensionen, wie der rechte, wie auch im Allgemeinen sich kein Unterschied zwischen der Entwicklung der rechten und linken Körperhälfte herausstellte; an keiner Stelle des Körpers liess sich irgend welche Abweichung von der Norm ausfindig machen. Das Kind gedieh sehr gut, und wurde am 2. Februar die Mutter mit ihm entlassen.

Es versteht sich von selbst, dass gleich nach der Ausstossung des Kindes die grösstmögliche Sorgfalt auf die Auffindung eines getrennten Vorderarmrudimentes verwandt wurde. Referent kam zu der Geburt, als der Mattermund vollkommen erweitert war und die Fruchtblase noch stand, liess dieselbe, gleichgültig aus welchen Gründen, von einem Practicanten sprengen, und die abfliessende Amnionflüssigkeit, deren Quantität nicht beträchtlich war, in einem Becken auffangen. Gleich nach der Geburt des Kindes, als die Anomalie bemerkt worden, wurde zunächst das Fruchtwasser genauer durchsucht, dann die Placenta, die abge-

#### Vorderarms bei einem neugebornen Kinde. 408

gangenen Blutcoagula, die Unterlagen u. s. w. einer gewissenhaften Besichtigung unterworfen; nirgends konnte eine Spur von einem dem fehlenden Vorderarm correspondirenden Körper aufgefunden werden; man drang sogar mit ganzer Hand in die Genitalien, um sich auch dort über die etwaige Anwesenheit eines solchen, der dann leicht unbemerkt mit dem Wochenflusse hätte fortgeschwemmt werden können, Gewissheit zu verschaffen. Nach der Art, wie diese Untersuchung angestellt worden ist, muss die Ueberzeugung ausgesprochen werden, dass nothwendiger Weise der etwa abgetrennte Körpertheil hätte aufgefunden werden müssen, dass somit ein solcher nicht vorhanden war.

Bei der Beurtheilung der Genesis eines derartigen Defectes, wie er hier vorliegt, deren Schwierigkeit stets anerkannt worden ist, muss man immer auf die so oft besprochene Frage zurückkommen, ob man es mit einem primären Bildungsfehler oder mit den Folgen einer intrauterinalen Abtrennung des betreffenden Gliedes zu thun hat. Wenn, wie hier, die Beobachtung im Leben nicht durch die anatomische Untersuchung der betreffenden Theile nach dem Tode vervollständigt wird, so ist dem Raisonnement bei Entscheidung der Frage immer viel Spielraum gegeben, weil die Kriterien für die Möglichkeiten der Entstehung bis jetzt noch einer sicheren Basis entbehren. Ich glaube indessen, dass zu wenig Gründe für die Annahme eines Bildungsfehlers geltend gemacht werden können, um ein Verweilen bei derselben statthaft finden zu lassen. Die Angabe von Simpson\*), dass bei einem solchen gewöhnlich ein oder mehrere Theile der betreffenden Hand oder des Fusses, mituater freilich in sehr rudimentärer Form, so dass man nur Theile eines einzelnen Fingers oder Zehen, oder einige Knochen des Carpus oder Tarsus antrifft, an dem Ende des defecten Gliedes befindlich seien, indem diese peripherischen Parthien früher entstehen, als die dem Stumpfe näher liegenden, und oft allein da sind, während das ganze übrige Glied fehlt, würde für das vorliegende Object schon entscheidend sein, wenn sie auf ganz allgemeine

\*) The Dublin Journal of medical science 1836, Vol. X.

## 404 XXXI. Dr. Hecker, Spontane Amputation des linken

Geltung Ansprüche machen könnte. Dass sich die Sache oft so verhält, ist keinem Zweifel unterworfen, und ich will nur an den von ihm selbst im Jahre 1834 beobachteten Fall erinnern, wo einem 7 Jahr alten Knaben beide Arme fehlten, und an der rechten Schulter ein Finger mit 4 Phalangen, an der linken 2 vertikal über einanderstehende Finger befestigt waren. Auch bildet Otto\*) einen ähnlichen Defect bei einem grossen, gut genährten, im Uebrigen normal gebildeten Mädchen, das nach der Geburt einige Zeit gelebt hatte, ab; hier schienen die Vorder- und Oberarme ganz zu fehlen, und die Handrudimente waren derartig an den Schultern befestigt, dass rechts 3, links 2 Finger aus der Achselhöhle hervorkamen. Da nun im vorliegenden Falle die Hypothese, die Jemand machen könnte, dass die beschriebenen Hauterhebungen (b) für Fingerrudimente anzusehen seien, um deswillen nicht leicht zulässig ist, weil diesen alle Requisite von Fingern, namentlich eine, wenn auch noch so unbedeutende Nagelbildung fehlt, so könnte nach dem Angeführten die Annahme eines Bildungsfehlers ausgeschlossen werden, wenn nicht Simpson selbst zugäbe, dass oft das Kriterium des Aufsitzens peripherischer Theile auf dem Stumpfe unzureichend sei; für solche Fälle soll dann die Beschaffenheit des Stumpfes den weiteren Aufschluss verschaffen. Wie schon in der Beschreibung hervorgehoben, und wie auch aus der Abbildung ersichtlich ist, hat das Unterarmrudiment eine auffallende Aehnlichkeit mit einem gut geheilten Amputationsstumpfe, und zeigt wenig Analogie mit durch Bildungsfehler entstandenen Verkrümmungen, an denen periphere kleine Theile vermisst werden. Auf derselben Tafel XVI. des Otto'schen Atlas findet sich z. B. die obere Extremität eines 7 monatlichen männlichen Fötus abgebildet, deren etwas zu kurzer Oberarm in ein 1<sup>1</sup> Zoll langes Vorderarmrudiment übergeht; das untere Ende desselben zeigt aber keine abgeschnittene Fläche, sondern läuft in eine Spitze aus. Sonst habe ich nirgends einen Fall gefunden, der mit dem beschriebenen con-

<sup>\*)</sup> Monstrorum sexcentorum, descript anatomica. Vratisl. 1841. Tab. XVI.

gruirte, und wo ein Bildungsfehler deutlich nachgewiesen worden wäre. Zieht man noch die narbenähnlichen Einziehungen der Haut, das Vorhandensein beider Knochen im Stumpf, die gleiche Entwickelung beider Oberarme, sowie das Fehlen irgend einer sonstigen Anomalie am Körper des Kindes in Betracht, so glaube ich von der Annahme eines Bildungsfehlers abstrahiren und den Defect als durch spontane Amputation entstanden bezeichnen zu müssen.

Es liegt nicht in meiner Absicht, bei dieser Gelegenheit das Thema über die Selbstamputationen irgendwie weitläufiger zu behandeln, denn in den Abhandlungen von Montgomery\*), Simpson\*\*), Martin\*\*\*) ist das vorhandene Material genugend verarbeitet, und wesentlich neue Gesichtspunkte lassen sich für jetzt nicht aufstellen. Ich will nur einige Bemerkungen machen über die Art des Zustandekommens der vorliegenden Abtrennung, und muss dabei auf den Aufsatz von Martin Bezug nehmen, weil ich mich in einigen Beziehungen mit den Schlussfolgerungen des genannten Schriftstellers nicht einverstanden erklären kann.

Zunächst ist aus dem Falle ersichtlich, dass bei spontanen Amputationen unter Umständen das abgetrennte Stück spurlos verschwinden kann, wenn es auch viel häufiger aufgefunden worden ist, und es kann diese Thatsache, die bisher noch nicht constatirt worden ist, offenbar nicht anders als durch die Annahme erklärt werden, dass die Abtrennung in einer sehr frühen Zeit des intrauterinalen Lebens erfolgt ist; es liegt darin auch durchaus nichts Wunderbares, da ja ähnliche Resorptionsvorgänge im Uterus hinlänglich bekannt sind: das gewöhnlichste hierher gehörige Phänomen ist das Verschwinden des Fötus in degenerirten Eiern, das man niemals für räthselhaft gehalten hat; es ist also nach meinem Dafürhalten sehr leicht möglich, dass, wenn zu einer Zeit, wo die Glieder des Fötus noch sehr klein sind, durch irgend eine Ursache eine Abschnürung erfolgt, das amputirte Stück im Liquor Amnii aufgelöst wird.

₩)].c.

<sup>\*)</sup> Dublin Journal of medical science vol. I. p. 140.

<sup>\*\*\*)</sup> Jena'sche Annalen Jahrgang 1849.

## 406 XXXL Dr. Hecker, Spontane Amputation des linken

Aus der Beschäffenheit des uns vorliegenden Stumpfes ist aber in der That auf eine frühzeitig erfolgte Abschnürung zu schliessen, denn während in vielen Fällen die Hautwunde als bei der Geburt noch nicht verheilt, der Stumpf als noch nässend bezeichnet wird, so haben wir es hier mit einer ziemlich glatten Hautfläche zu thun, deren Einziehungen nicht einmal mehr das Ansehn einer Narbe haben, sondern sich nur wie Furchen präsentiren, eine Beschaffenheit, wie sie auch an alten, durch das Messer hergestellten Amputationsstümpfen sich bemerklich macht. Ein ganz analoges Verhalten des Stumpfes ist bei spontanen Amputationen öfter beobachtet worden, und gerade mehrere der Fälle, die erst längere Zeit nach der Geburt zur Kenntnissnahme der Aerzte gekommen sind, wo also selbstverständlich von einem abgetrennten Stücke nichts bekannt geworden, bieten eine so auffallende Aehnlichkeit mit dem beschriebenen dar, dass ihre Beweiskraft meiner Ansicht nach eine nicht so ungenügende ist, als man vielfach geglaubt hat; ich erwähne nur die drei Beobachtungen von Simpson, ein 14 Monat altes, ein 2-8 Jahre altes Kind und eine 42 jährige Frau betreffend, von denen zwar keine Abbildungen existiren, deren Beschreibung aber von der unsrigen so unwesentlich abweicht, dass ich sie deshalb für durchaus hierhergehörig betrachten möchte.

Von den Ansichten, welche über die Entstehung spontaner Amputationen im Laufe der Zeit zu Tage gefördert worden, ist die älteste von *Chaussier* aufgestellte, wonach die Ursache in spontaner Gangrän zu suchen sei, der Vergessenheit anheim gefallen; sie hatte keinen Halt mehr, als man durch *Montgomery* auf die jetzt so bekannten, wiewohl in ihrer Aetiologie noch immer dunkeln constringirenden Fadenschlingen aufmerksam gemacht worden war, deren handgreifliche mechanische Wirkung man an den Präparaten verfolgen konnte. In neuester Zeit ist die Aetiologie noch durch die von *Martin\**) gemachte Beobachtung eines Falles von spontaner Amputation bereichert worden, wo die Annahme einer stattgehabten intrauterinalen Fractur als ursächlichen Momentes durch gute Gründe gestützt worden ist, wobei indessen die historische Bemerkung gemacht werden muss, dass schon Simpson\*) auf die Möglichkeit dieser Entstehungsweise der Amputationen hingedeutet hat: er sah nämlich bei dem 7 jährigen Knaben ohne obere Extremitäten, dessen schon Erwähnung gethan worden ist, und der einige Jahre vorher sich einen Bruch eines der beiden am linken Schultergelenke haftenden Finger zugezogen hatte, an der Bruchstelle eine plötzliche Verengerung und bedeutende Atrophie des unteren Fingerendes, und bemerkt dazu, dass dieses Stück leicht später abfallen könnte. ein Vorgang, der, wenn er in der Gebärmutterhöhle, in weicher das Vorkommen sowohl spontaner als durch Gewalt erzeugter Fracturen constatirt wäre, stattgefunden, zur spontanen Amputation geführt haben würde; durch eine Beobachtung konnte er freilich seine Vermuthung nicht bekräftigen.

Fragen wir nun, welche Ursache bei der Entstehung der Amputation in Rede eingewirkt haben mag, so möchten sehr schwer irgend welche Gründe für die Annahme einer stattgehabten Fractur beigebracht werden können, denn aus der Anamnese des Falles ergab sich, dass niemals während der Schwangerschaft ein grober Insult das Abdomen der Mutter getroffen hatte, womit schon der wichtigste Anhaltspunkt verloren geht; ausserdem aber giebt die Beschaffenheit des Stumpfes der genannten Vermuthung gar keinen Raum. Ich glaube deshalb, dass dieselbe hier nicht statthaft ist. Hierdurch aber entsteht ein nicht zu lösender Widerspruch mit den Sätzen, welche Martin am Schlusse seiner Arbeit aufgestellt hat. Er unterscheidet nämlich mit Rücksicht auf die Entstehung der spontanen Gliederablösungen zwei Arten:

1) die sogen. Selbstamputation in Folge von Knochenbruch, 2) " " " " " " " Abschnürungen

(*Montgomery*'sche Fäden, Nabelschnur) und subsumirt unter die erste Kategorie alle die Fälle, wo eine vollständige Abtrennung des Stückes erfolgt ist, gleich-

\*) l, c.

## 408 XXXI. Dr. Hecker, Spontane Amputation des linken

viel, ob dasselbe aufgefunden worden ist oder nicht. Hiernach müsste unser Fall nothwendiger Weise in dieser Rubrik seine Stelle finden, was doch nach dem Angeführten nicht zugegeben werden kann; ich bin deshalb nicht zweifelhaft, dass *Martin* aus einem richtig beobachteten, gewiss aber enorm seltenen Falle einen viel zu allgemeinen Schluss gezogen, und seiner ersten Categorie eine zu grosse Ausdehnung gegeben hat.

. Es bleibt hiernach für uns nur die Annahme möglich, dass das Glied abgeschnürt worden sei, und zwar, wie es sich dann von selbst versteht, durch Montgomery'sche FSden, da bei der vollständigen Entwicklung des Kindes von einer Wirkung der Nabelschnur nicht die Rede sein kann. Diese Annahme stimmt aber wiederum nicht mit den Erklärungen zur zweiten von Martin aufgestellten Kategorie. in denen gesagt ist, dass solche Abtrennungen zufolge ihrer eigenthümlichen Entstehung durchweg unvollständige sein müssten, dass der Stumpf mit dem abgetrennten Theile noch in irgend einem Zusammenhange stände, dass endlich die betreffenden Früchte meist unzeitige, im 3ten oder 5ten Monat abgestorbene wären, und in der Regel noch andere Bildungshemmungen, wie Wasserkopf, Bauchbruch u. s. w. aufwiesen. Von dem Allen ist Nichts an unserem Falle bemerkbar, und ich kann mir diesen Mangel an Uebereinstimmung nur so erklären, dass Martin auch für seine 2te Categorie nicht ganz richtige Kriterien angegeben hat. Dies ist auch aus anderen Umständen ersichtlich. Ob eine constringirende Membran nur zum Theil oder ganz durchschneidet, scheint mir von so zufälligen Umständen abhängig zu sein, dass man darauf unmöglich ein Bintheilungsprincip gründen kann, abgesehen davon, dass alle Uebergänge von der seichtesten Einkerbung bis zur völligen Abtrennung in der Natur wirklich beobachtet worden sind. Ich will z. B. nur den von Zagorsky beschriebenen und sonst vielfach abgebildeten Fall erwähnen, der einen 5monatlichen Abortus betrifft, wo die Membran über dem linken Fusse mässig eingeschnitten, den rechten dagegen vollständig amputirt hat, so dass er, dem Fusse eines Fötus von 12 Wochen gleich, dem beide Schenkel verbindenden Ligamente fast

•

## Vorderarmes bei einem neugebornen Kinde. 409

in der Mitte desselben lose anhängt, wobei zu gleicher Zeit zur Bestätigung dessen, was oben über die Möglichkeit des Verschwindens des Rudimentes gesagt worden, die einfache Betrachtung lehrt, wie leicht dieser kleine Fuss hätte verloren gehen können. Wenn es ferner für viele Fälle richtig sein mag, dass die betreffenden Früchte in unreifem Zustande und mit anderweitigen Abnormitäten behaftet geboren werden, so sind doch auch deutlich nachweisbare Abschnürungen durch Membranen an ausgetragenen, sonst gesunden Objecten beobachtet worden, eine Thatsache, von der ich mich auf dem Museum der Königl. Thierarzneischule überzeugt habe.

Aus dem Gesagten geht, wie ich glaube, hervor, dass bei der grossen Verschiedenheit der Erscheinungen, welche die spontanen Amputationen darbieten, eine möglichst genaue Analyse von noch sehr vielen Fällen nothwendig ist, um, wie es *Martin* gethan hat, ganz ins Allgemeine gehende Kriterien mit Sicherheit festzustellen.

Schliesslich will ich noch für denjenigen, der künftighin eine Sammlung aller vorhandenen Beobachtungen von spontanen Amputationen zu veranstalten Lust hat, bemerken, dass der 4te von Simpson angeführte und aus einer Tübinger Dissertation entlehnte Fall kein anderer, als der von Wutkinson im London medical and physical Journal Vol. LIV. p. 38 beschriebene ist, der somit als neue Waare seinem Vaterlande wieder vorgeführt worden, was aus der Vergleichung der Quelle, aus der die Dissertation geschöpft hat, nämlich den Froriep'schen Notizen Band XII. S. 26, erhellt.

## XXXII.

## Mittheilungen aus der geburtshülflichen Praxis.

#### Von

## Dr. Sturme in Köstrits.

Jeder mit Ausübung der Geburtshülfe sich beschäftigende Arzt weiss, wie verschieden diese Ausubung sich gestaltet in den Entbindungshäusern, wo jede mögliche Bequemlichkeit geboten wird, wo man den grossen Vortheil hat, dass man jede Geburt von dem ersten Augenblicke en genau beobachten und wo es nöthig erscheint, gerade zur günstigsten Zeit die passendste Hülfe anwenden kann und in der Privatpraxis, wo man, besonders wenn man auf dem Lande lebt, mit Vorurtheilen und Hindernissen jeder Art zu kämpfen hat, wo ärztliche Hülfe oft erst so spät in Anspruch genommen wird, dass wir bei unserer Ankunft fast in Zweifel gerathen möchten, ob es, anstatt Hend anzulegen, nicht für unseren Ruf besser sein möchte. die Gebärende ruhig sterben zu lassen. Von den Direktoren fast aller in unserem Vaterlande bestehenden Enthindungsanstalten erhalten wir von Zeit zu Zeit Berichte über die in denselben vorgefallenen Ereignisse, die gewiss stets mit Freude begrüsst werden, genaue statistische Zusammenstellungen aus der geburtshülflichen Privatoraxis kommen dagegen nur selten zu unserer Kenntniss, da sie eines Theils, um das nothige Material zu sammeln, einen nicht geringen Aufwand an Zeit und Mühe erfordern, anderen Theils nur von den Aerzten unternommen werden können. die, in kleineren Orten lebend, in allen Fällen, wo ärztliche Hülfe nöthig scheint, zu Rath gezogen werden. -

Die Verhältnisse, in denen ich lebe, sind nun von der Art, dass ich in meinem Wohnorte und einigen benachbarten Ortschaften sämmtliche geburtshülfliche Fälle, in denen ärztliche Hülfe nöthig war, in den verflossenen zehn Jahren mit einer durch Krankheit herbeigeführten Unterbrechung von vierzehn Wochen, zu behandeln hatte und ich habe daher im Nachstehenden die Ergebnisse zusammenzustellen versucht. Um für die Richtigkeit der Notizen einstehen zu können, habe ich mich auf diejenigen Ortschaften beschränkt, in denen kein einziger geburtshülflicher Fall, mit Ausnahme der unten erwähnten Perforation, von einem anderen Arzte behandelt wurde, und ist daher die Zahl der Geburten auch nur eine geringe, und weiss ich auch recht wohl, dass ich etwas Neues in keiner Weise bieten kann, so dürften sie doch vielleicht für einen oder den anderen meiner Herren Collegen, deren Nachsicht ich im Voraus in Anspruch nehme, nicht ganz ohne Interesse sein, da man doch wenigstens aus denselben ersicht, welche Geburtsstörungen auf dem Lande am häufigsten ärztliche Hülfe nothwendig machen, welche so gut wie gar nicht oder doch nur sehr selten beobachtet werden und wie das Mortalitätsverhältniss der Mütter und Kinder sich gestaltet. --

Die sämmtlichen Ortschaften, auf welche nachstehende Mittheilungen sich beziehen, haben gegenwärtig eine Einwohnerzahl von 3430 Seelen.



## XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen aus der

I. Uebersicht über die vorgekommenen Geburten und über die Todesfälle der Gebärenden und Wöchnerinnen.

	Zabl sämmtlicher Geburten.	Zahl der Geborenen.	Geborene		Todt- geborene		gestorbenen	Mütter ge- storben	
Jahreszahl.			Knaben.	Mädchen.	Knaben.	Mädchen.	Zahl der gest Mütter	nach voraus- gegangenen Operationen	obne voran- gegangene Operationen
1844	490	490	63	57	1.		2	1.	
1845	120 132	120 135	72	63	3262453583	742	ĩ	1.1	1
1846	116	118	72 55 68 58 70	63 64 72 74 67 73 64 70	6	2	i	-	1
1847	116 131	132	68	64	2	Ĩ	-	-	2
1848	128	130	58	72	4	-	1	ī	$\frac{-}{3}$
1849 1850	140	144	70	74	5	22	-	-	-
1850	131	133	66	67	3	2	3	-	3
1851	163	164	91	73	5	1	1	-	1
1852	121	122	91 58 79	64	8	4	1	1	-
1853	147	149	79	70	3	4	-	-	-
Summa	1329	1347	680	667	41	27	10	4	6

Zwillingsgeburten kamen achtzehn vor, demnach kommt auf ungefähr 74 Geburten\*) eine Zwillingsgeburt. Neun Mal waren beide Kinder männlichen, fünf Mal beide weiblichen, vier Mal das eine männlichen, das andere weiblichen Geschlechts. Nur ein Mal wurde ärztliche Hülfe, und zwar wegen Querlage des zweiten Kindes, nothwendig.

Die Zahlen der lebend- und der todtgebornen Kinder würden sich ungefähr zu einander verhalten wie 20 zu 1.

Die Zahl der todtgebornen Knaben (41) ist unverhältnissmässig grösser als die der todtgebornen Mädchen (27).

Von je 133 Müttern starb eine. Da über die vier nach Operationen und über drei an Puerperalfieber verstorbenen Frauen weiter unten Einiges mitgetheilt werden wird, so

\*) Bei Bruchtheilen ist stets die volle Zahl angenommen.

## geburtshullichen Praxis.

bleibt hier nur zu erwähnen, dass zwei Frauen an Blutverlust nach der Geburt starben, ehe ich ankam, eine aber an Tuberculose einige Wochen nach der Geburt zu Grunde ging.

IJ.	Uebersicht über die	unternommenen	geburts-		
	hülflichen	Operationen.			

		Ausgang für			
		die Mütter		die Kinder	
	Summa	genstig.	ungünstig.	gitustig.	un fünstig.
<ol> <li>Wendungen durch innere Handgriffe auf einen oder beide Füsse wegen Querlagen der Kinder</li></ol>	9	9		2	7
<ul> <li>an den ursprünglich vorliegenden Füssen wegen Wehenschwäche</li> <li>b) des vorausgehenden Kopfes mit- telst der Zange bei Schädellagen</li> </ul>	1	1	-	1	_
<ul> <li>α. wegen Webenschwäche</li> <li>β. wegen Missverhältniss zwischen</li> </ul>	3	3	-	3	
Kindskopf und Becken	4	4	-	4	-
y. wegen Blutfluss und Schwäche der Mutter	1	-	1	-	1
<ul> <li>c) des abgerissenen Kopfes mit der Band</li> <li>3. Perforation wegen Hydrocephalus</li> <li>4. Lösung und Wegnahme der Nachge-</li> </ul>	1	1	1	=	-
<ul> <li>burt</li> <li>a) wegen Adbäsion derselben</li> <li>b) wegen Atonie der Gebärmutter</li> <li>c) wegen innerer Blutung</li> <li>c) wegen der Gebärmutter</li> </ul>	9 6 1	9 5 —			
d) wegen Strictur der Gebärmutter ohne Blutung	2	2	-	-	-
	38	34	4	-	-

Demnach kam auf je 85 Geburten eine, bei der ärzt-Jiche Hülfe nothwendig erschien.

- 418

Diejenigen Operationen, die anderen vorausgegängenen nachfolgten, z. B. Extractionen nach Wendungen, Lösung der Arme nach Wendungen, oder nach Wendungen und Zangenoperationen gemachte Nachgeburtsoperationen, sind nicht speciell mit aufgeführt.

## **▲**d 1.

4

Von 1347 Kindern stellten sich 9 in einer Querlage sur Geburt, mithin würde sich ein Verbähtniss von 1:159 herausstellen. Der Rücken des Kindes lag in allen 9 Fällen nach vorn und der Kopf des Kindes nur zwei Mal in der rechten Seite der Mutter. Alle Querlagen wurden bei Mehrgebärenden beobachtet.

Die Entstehungsweise der Querlagen dürfte in den bestimmten Fällen oft schwer zu ermitteln sein und wenn wir auch zugeben wollen, dass ohne einen gewissen Grad von Laxität in den Wänden des Uterus diesetben nicht leicht vorkommen werden, so möchten wir diese doch nicht als ausschliessliche und alleinige Ursache annehmen. Wir finden ja so oft, dass bei einer Frau die ersten Geburten normal verlaufen sind, denn einmal eine Querlage vorkommt, die nachfolgenden Geburten aber wiederum normal verlaufen. Findet aber eine wirkliche, in der Constitution des gebärenden Individuums begründete Schlaffheit der Uteruswandungen statt, so dürften wohl bei den meisten Geburten dieselben Anomalien zu bemerken sein, wie der nachstehende Fall wenigstens zu beweisen scheint.

Eine Frau von sehr phlegmatischem Temperament hatte, bevor ich hier die Praxis übernahm, bereits sieben Mal geboren und zwar drei lebende und vier todte Kinder. Die drei lebenden Kinder waren in Schädellagen geboren worden, doch war bei jeder Geburt ärztlicher Beistand wegen Nachgeburtszögerungen und Blutungen nothwendig gewesen. Von den 4 todtgeborenen Kindern hatten 2 mittels der Wendung und nachfolgenden Extraction entwickelt werden müssen, 2 waren bereits in fauligem Zustande, als sie abgingen. Ich selbst war genöthigt, bei derselben zwei Mal die Wendung und Extraction an todten Kindern auszuführen, ein Mal wegen Blutung die adhärirende Nachgeburt zu lösen und zu entfernen und einmal behandelte ich dieselles an heftigem Blutverluste nach Abortus. Die Frau hat demnach zehn Mal geboren und ein Mal abortirt, es fanden hei den 10 Geburten vier Mal Querlagen statt und es wurden, ausser in den beiden Fählen, wo die Früchte bereits faulig waren, als sie abgingen, bei allen anderen Geburten Störungen in der fünften Geburtsperiode beobachtet. — Hier kann man allerdings die Ursache der wiederholt vorgekommenen Querlagen, der Störungen in der Nachgeburtsperiode und des Abortus nur in der Schlaffheit der Uteruswandungen suchen, die bei der äusseren Untersuchung und während der Operationen deutlich zu bemerken war, die sich aber auch bei allen 10 Geburten unzweideutig zu erkemnen gab.

In drei anderen unter den 9 oben erwähnten Fällen von Querlage des Kindes glaube ich dagegen eine andere Entstehungsursache annehmen zu müssen. Die 3 Fälle kamen nämlich in Ortschaften vor, in denen die Frauen, da die Männer meist ihren Erwerb auswärts suchen, die vorkommenden leichteren und schwereren landwirthschaftlichen Arbeiten verrichten müssen. Da die Orte in kleinen Thälern, die Felder an den dieselben einschliessenden Abhängen liegen, so werden die Düngstoffe zum grössten Theil in Körben und Butten von den Frauen hinausgetragen. Auf dem Felde angekommen, schütten sie, ohne die Butte abzusetzen, die oft schweren Lasten aus, indem sie sich stark seitwärts und etwas nach vorn biegen. Es ist einleuchtend, dass ein ziemlicher Kraftaufwand zu solchen Arbeiten erforderlich ist und dass eine bedeutende Anspannung der Bauchmuskeln beim Tragen, besonders aber beim Ausleeren der Butten erfolgen muss. Die obigen drei, übrigens kräftigen und gesunden Weiber, behaupteten nun, dass sie, in der letzten Zeit der Schwangerschaft mit derartiger Arbeit beschäftigt, plötzlich beim Ausschütten der Last eine eigenthümliche Empfindung im Leibe gehabt und gemerkt hätten, dass der Leib von Stunde an eine andere Gestalt angenommen habe. Kann man nun auch auf dergleichen Erzählungen gewöhnlich nur wenig Gewicht legen, so ist doch gewiss die gleichmässige Aussage dreier Individuen

auffallend und mir wenigstens ist es nicht unwahrscheinlich, dass unter den erwähnten Verhältnissen die Frucht eine andere Lage annehmen kann, da man ja auch umgekehrt durch äussere Handgriffe und durch passende Lagerung der Schwangeren eine frühzeitig erkannte Querlage in eine verticale zu verwandeln sucht.

Das ungünstige Resultat, welches ich in Beziehung auf das Leben der Kinder bei den vorgenommenen Wendungen erzielte, wird gewiss denen, die mit den Verhältnissen der Landpraxis bekannt sind, nicht auffallen. In Gegenden, wo die Mehrzahl der Hebammen es noch für eine Schande hält, den Arzt zu Rathe ziehen zu müssen, kann uns nur in seltenen Fällen das Glück zu Theil werden, das Leben der Kinder bei Querlagen zu erhalten. Unsere Hülfe wird meist erst dann in Anspruch genommen, wenn nach dem Abgange des Fruchtwassers und nach gänzlichem Aufhören der Wehen ein vorliegender Kindestheil von der Hebamme nicht entdeckt werden kann (dies ist noch der günstigste Fall für uns), oder wenn nach vielen kräftigen Wehen die herabgetriebene oder auch herabgezogene, vor den äusseren Geschlechtstheilen der Kreissenden sichtbare obere Extremität den unumstösslichen und augenscheinlichen Beweis einer fehlerhaften Lage liefert. Es kann daher nicht Wander nehmen, dass ich die Operation meist an Kindern, deren Herzschlag nicht mehr vernehmbar, zu verrichten ge-Dass unter solchen Umständen die Wenzwungen war. dungen fast immer nur mit grossen Schwierigkeiten auszuführen sind und die grösste Sorgfalt nöthig ist, um wenigstens die Mütter zu schonen, braucht nicht erst erwähnt zu werden; um so weniger ist es mir aber wohl zu verdenken, dass ich mich darüber freue, von allen durch die Wendung des Kindes entbundenen Müttern keine durch den Tod verloren zu haben.

Wie schon aus der Tabelle II. ersichtlich, machte ich die neun Wendungen nur wegen Querlagen der Kinder und es war mir demnach nicht in einem einzigen Falle die Nothwendigkeit geboten, sie aus anderen Ursachen vorzunehmen.

Uebrigens befolgte ich stets die Grundsätze 1) nur

einen Fuss einzuleiten, wenn mir die Erreichung des anderen nicht sogleich gelingen wollte, ohne darauf nochmals einzugehen und den zweiten herabzuholen, 2) nach vollbrachter Wendung die Austreibung des Kindes wo möglich der Natur zu überlassen, die Extraction aber nur dann vorzunehmen, wenn die Weben zu schwach und die Kräfte der Gebärenden nicht ausreichend schienen.

## Ad 2.

Die Extraction des Kindes an den ursprünglich vorliegenden Füssen wurde bei einer Mehrgebärenden ausgeführt. Als ich hinzukam, war das Kind bereits bis an die Kniee geboren; da die Wehen sehr schwach waren, schritt ich zur Extraction, die mir auch, bei weitem Becken der Frau, schnell und leicht gelang. Das Kind war scheintodt, wurde aber zum Leben gebracht.

Zur Anlegung der Zange sah ich mich verhältnissmässig nur sehr selten veranlasst, denn es kommt auf 166 Geburten nur eine Zangenoperation. Die Ursache liegt hauptsächlich darin, dass die Mehrzahl der Frauen auf dem Lande bei Weitem kräftiger und gesunder ist, als in grösseren Städten, so dass sie bei regelmässiger Kindeslage nur in sehr seltenen Fällen nicht im Stande sind, die Geburt ohne Kunsthülfe zu beendigen und dass die Hebammen, wo es nur irgend möglich ist, die Zuziehung des Arztes vermeiden, selbst auf die Gefahr hin, dass durch zu lange Geburtsverzögerung das Leben des Kindes zu Grunde geht. Uebrigens will ich gern zugeben, dass ich doch vielleicht öfter zur Anlegung der Zange hätte schreiten können, ohne gerade einen Verstoss gegen die Vorschriften der Schule zu begehen, da ich es aber immer, wo keine Gefahr im Verzuge zu sein schien, vorzog, einige Zeit zu opfern und den Versuch zu machen, durch dynamisch wirkende Mittel die krankhafte Geburtsthätigkeit zu regeln, so gelang es mir häufig, diesen operativen Eingriff entbehrlich zu machen. Habe ich auch gerade nach Anlegung dieses Instruments ziemlich günstige Resultate für die Mütter und Kinder ersielt, so halte ich doch an dem Grundsatze fest, dieselbe, wo es nur immer ohne Schaden für beide Theile geschehen Monatsschr. f. Geburtsk. 1854. Bd. III, Hft. 6. 27

## 418 XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen aus der

kann, zu vermeiden und verzichte gern auf den Ruhm, viele Zangenoperationen ausgeführt zu haben, wenn ich mich übrigens nur vor dem Vorwurfe bewahre, durch Aengstlichkeit und zu langes Zaudern das Leben des Kindes auf das Spiel gesetzt und die Mutter gefährdet zu haben. Dafür aber, dass ich mit Gewissenhaftigkeit verfahren bin, kann als Beweis dienen, dass sieben Zangenoperationen für Mütter und Kinder günstig verliefen, bei dem achten für beide Theile ungünstigen Falle wird man mich aber gewiss von Schuld freisprechen. Er betraf eine Frau von einigen dreissig Jahren, die zum zweiten Mal gebar. Während der vorbereitenden Wehen hatte sich nach Angabe der Hebamme nur wenig Blut aus den Geschlechtstheilen ergossen, unmittelbar vor dem Blasensprunge aber stürzte eine bedeutende Menge hervor, der Abfluss hörte jedoch, da fast gleichzeitig mit diesem Ergusse die Blase sprang und der Kopf in das Becken eintrat, bald wieder auf. Die durch den unerwarteten und heftigen Bluterguss geängstigte Hebamme hatte sogleich nach mir geschickt. Als ich ankam (nach Verlauf von 11 Stunden) fand ich die Frau blass, äusserst schwach, mit kleinem, schnellem Pulse, fast ohne Wehen. Da letztere nach einigen schnell hintereinander gereichten Dosen Secale cornut, sich nur in geringem Grade verstärkten und den Kopf nicht weiter herabtrieben, der Zustand der Frau aber ein sehr bedenklicher war, so schritt ich zur Anlegung der Zange, die mir auch, bei gut stehendem Kopfe, leicht gelang. Ebenso leicht war die Extraction des Kopfes, dem der übrige Körper bald folgte. Unmittelbar nach dem Austritt des Kindes kam die Nachgeburt und eine Menge geronnenen und flüssigen Blutes. Nach diesem sehr schnell erfolgten Ergusse zog sich der Uterus vollkommen regelmässig zusammen und die Blutung stand. Die Frau war aber durch den Blutverlust so erschöpft, dass sie nach Verlauf von einer Viertelstunde starb. Es hatte hier ohne Zweifel eine vorzeitige Lösung der Placenta statt gefunden. Das Kind konnte nicht zum Leben gebracht werden.

Natürlich müssen die Verhältnisse in Städten, wo es der Geburtshelfer mit einem verweichlichteren, nervöseren, schwächlicheren Geschlechte zu thun hat, sich ganz anders gestalten und Geburtsstörungen, besonders Webenschwäche und Schwäche der ganzen Constitution, werden viel häufiger dort, als auf dem Lande, die Extraction des Kindes erfordern, abgesehen von so manchen anderen Umständen, die bei der Praxis in Städten und unter den sogenannten höheren Ständen in Betracht kommen.

Geburten, bei denen eine obere Extremität neben dem Kopfe vorlag, sowie Gesichtsgeburten, die ohne Zweifel öfter vorgekommen sind, erforderten nie die Anlegung der Zange, auch konnte ich sie bei nachfolgendem Kopfe entbehren, da nach Wendungen die Extraction des Kopfes, wo sie nöthig erschien, mittels der Hände gelang, bei Steiss- und Fussgeburten aber, mit Ausnahme des oben erwähnten Falles, meine Hülfe gar nicht in Anspruch genommen wurde. Anomalien des Beckens, die störend auf die Geburt einwirkten, kamen, wenn wir von dem einfachen Missverhältnisse, welches zuweilen zwischen dem sonst regelmässigen Becken und dem Kopfe des Kindes eintritt, absehen, nicht vor.

Unter den acht mittels der Zange entbundenen Frauen waren drei Erstgebärende.

Einmal sah ich mich genöthigt, den abgerissenen Kopf zu extrahiren. Die Hebamme hatte nämlich bei der Geburt eines bereits in Fäulniss übergegangenen Kindes an dem vorausgeborenen Rumpfe gewaltige Tractionen gemacht, um den im Becken feststebenden Kopf zu entwickeln; hatte aber dabei den Hals so weit durchgerissen, dass nur noch ein schmaler Streifen Haut die Verbindung erhielt. Die Entwieklung des Kopfes bot keine Schwierigkeiten dar, da es mir ohne Mühe gelang, die untersuchenden Finger in die Mundhöhle einzuführen.

#### **A**d 3.

Die Perforation wurde, da ich selbst durch Krankheit verhindert war, von einem benachbarten Collegen, nachdem er vorher mehrere vergebliche Versuche mit der Zange gemacht hatte, ausgeführt. Das Kind, das einen bedeutenden Hydrocephalus hatte, wurde entwickelt, aber die Frau

### 420 XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen aus der

starb am fünften Tage nach der Niederkunft, der Mittheilung nach an Peritonitis.

#### Ad 4.

Auf 74 Geburten kommt eine Nachgeburtsoperation.

Von den 10 verstorbenen Frauen starben vier nach regelmässiger Geburt des Kindes in Folge von starkem Blutverluste. Zwei starben, ehe ich ankam, die dritte fand ich zwar bereits fast sterbend, da ich es jedoch für gewissenlos hielt, den müssigen Zuschauer abzugeben, suchte ich die Kräfte derselben einigermassen zu heben und schritt dann sogleich zur Entfernung der Nachgeburt. Die Operation war zwar schnell vollführt und die Blutung stand, doch musste ich die Frau, obgleich ich alle mir zu Gebote stehenden Mittel zu Hülfe nahm, schon nach Verlauf einer kurzen Zeit sterben sehen. Den vierten unglücklich abgelaufenen Fall erlaube ich mir etwas ausführlicher mitzutheilen, ich glaube, dass derselbe einen günstigen Ausgang genommen haben würde, wenn der Zustand von der Hebamme richtig erkannt und ärztliche Hülfe in der Zeit hätte angewandt werden können.

Eine gesunde, kräftige Frau von 25 Jahren hatte vor 2 Jahren zum ersten Male leicht geboren. Auch jetzt war die Geburt des zweiten lebenden Kindes schnell und regelmässig erfolgt. Nach der Geburt des Kindes folgte trotz einiger Wehen die Nachgeburt nicht, was jedoch die Hebamme, da kein Blut sich aus den äusseren Genitalien ergoss, nicht besorgt machte. Nachdem das Kind gebadet war, versuchte die Hebamme die Nachgeburt durch Ziehen am Nabelstrange zu entfernen, riss aber letzteren ab, ohne ihren Zweck zu erreichen. Da nun die Frau sehr bleich und unruhig wurde und behauptete, sie fühle, dass sie ster-' ben werde, wurde ich gerufen, obschon auch jetzt noch die Hebamme dagegen war. Zwei Stunden nach der Geburt des Kindes kam ich an und fand die Frau sehr schwach und bleich, mit den Händen um sich schlagend und so unruhig, dass sie trotz ihrer Schwäche wiederholt aus dem Bette zu steigen begehrte, nach Luft schnappend, von heftigem Durste gepeinigt, der Puls war schnell, klein, kaum

zu fühlen, die Extremitäten waren kalt, der nicht allzuharte Gebärmuttergrund war über dem Nabel fühlbar. Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass eine Blutung in die Gebärmutterhöhle stattfand, der Ausfluss des Blutes aber aus irgend einer Ursache gehemmt wurde. Nachdem ich einige belebende Tropfen eingeflösst hatte, schritt ich sogleich, da offenbar nicht viel Zeit zu verlieren war, zur inneren Untersuchung. Ich fand einen Theil der Placenta in dem ungefähr 2 Zoll Durchmesser haltenden Muttermunde, der sich fest um den vorliegenden Theil geschlossen hatte und denselben einklemmte. Es gelang mir ohne Mühe, zuerst mit zwei Fingern, dann mit der ganzen Hand einzugehen. Die Placenta war bereits vollständig gelöst und so hatte ich dieselbe nur nebst einer Menge geronnenen Blutes zu entfernen. Flüssiges Blut ging während der Operation nur sehr wenig ab. Obgleich die Gebärmutter sich sogleich nach Entfernung ihres Inhaltes kräftig zusammenzog und kein weiterer Blutverlust erfolgte, wurde die Frau doch immer unruhiger, Naphtha, Wein etc. konnten das fliehende Leben nicht fesseln, und so starb sie nach einer halben Stunde.

Nur zwei Mal wurde die Ausstossung der Nachgeburt durch eine Strictur im unteren Theile der Gebärmutter, ohne dass ein bedeutender Blutfluss zu bemerken war, verhindert. Nachdem ich durch innere und äussere Mittel den krampfhaften Zustand zu beseitigen versucht hatte, gelang es mir, ohne Anwendung von Gewalt, die Einschnürung zuerst mit einem, dann mehreren Fingern und endlich mit der ganzen Hand zu durchdringen und die Nachgeburt zu entfernen, die bereits gelöst war. Ip beiden Fällen verlief das Wochenbett ohne die geringste Störung.

Sowie die Verhältnisse, unter denen ich geburtshülfliche Praxis betreibe, mir nur selten Gelegenheit geben, die Zange anzulegen, so zwingen sie mich gewissermassen bei Nachgeburtszögerungen fast ohne Ausnahme in allen Fällen das active Verfahren dem passiven vorzuziehen. Sind nämlich Blutungen damit verbunden, so finde ich die Gebärenden meist in einem solchen Zustande, dass ich, wenn ich das Leben noch erhalten will, so schnell als möglich, ohne eine Minute der so kostbaren Zeit zu verlieren, zur Entfernung der Nachgeburt schreiten muss. Wird die Nachgeburt nicht ausgestossen, sind aber für den Augenblick keine Blutungen zu bemerken, so versuche ich erst die bekannten gelinderen Mittel, schreite aber, wenn sie die Austreibung nicht bald bewirken, auch in diesen Fällen stets zur Operation, denn würde ich mich, ohne die Geburt vollständig beendet zu haben, entfernen und würde nach meiner Entfernung eine Hämorrhagie eintreten, an der die Frau, ehe ich wieder hinzukäme, zu Grunde ginge, so würde man mir; gewiss nicht mit Unrecht, Vorwürfe machen, und ich würde mich auch selbst von der Schuld, leichtsinnig gehandelt zu haben, nicht freisprechen können. Dazu kommt. dass ich weder nach den oben erwähnten, noch auch nach den übrigen in meiner anderweiten Praxis ziemlich zahlreich ausgeführten Nachgeburtsoperationen eine Wöchnerin an Puerperalfieber verloren habe, dass ich daher diese Oneration, wenn sie mit der nöthigen Vorsicht verrichtet wird, an und für sich nicht für allzugefahrbringend und verletzend halte, dass ich aber den Tod durch septisches Fieber ein Mal erfolgen sah, als mich die Umstände zwangen, die Nachgeburt im Uterus liegen zu lassen. -- Ich bin überzeugt, dass die Mehrzahl der auf dem Lande fungirenden Geburtshelfer bei Nachgeburtszögerungen 'nach ähnlichen Grundsätzen verfahren und dabei die günstigsten Resultate erzielen wird.

Placenta praevia wurde nicht beobachtet, dürfte aber auch schwerlich vorgekommen sein, da bei heftigen Blutungen doch meistens ärztliche Hülfe beansprucht wird.

Was anderweite Störungen der Schwangerschaft und Geburt anlangt, so kann ich darüber genaue statistische Angaben nicht machen, da wohl viele Fälle vorgekommen sein mögen, in denen ärztlicher Rath nicht beansprucht wurde. Doch ist Folgendes zu bemerken:

Vorfälle der Nabelschnur kamen nicht zur Beobachtung, da man aber gewiss nicht glauben kann, dass sie bei einer solchen Anzahl von Geburten gar nicht vorgekommen sind, so muss man annehmen, dass sie entweder von den Hebammen übersehen, oder, was wahrscheinlicher ist, dass sie bei übrigens regelmässiger Kindeslage der Natur, und zwar wohl meist auf Kosten der Kinder, überlassen wurden.

Hysterische Krämpfe während der Geburt beobachtete ich zwei Mal bei ein und derselben Mehrgebärenden. Jeder einzelne einige Minuten dauernde Anfall begann damit, dass der Kopf stossweise nach der rechten Seite hin bewegt wurde, nach einigen Secunden geriethen die oberen und dann die unteren Extremitäten in zuckende Bewegungen. Da dieselbe Erscheinung auch bei den früheren Geburten, ohne wesentliche Störungen herbeizuführen, bemerkt worden war, so glaubte ich zu einem Eingriffe nicht berechtigt zu sein. Es wurden beide Male lebende Kinder geboren, und in den Wochenbetten trat keine Störung ein. Drei Jahre nach der letzten Niederkunft behandelte ich die Frau an denselben Krämpfen, die aber jetzt ausser der Schwangerschaft nach heftiger, niederdrückender Gemüthsbewegung entstanden waren.

Eclampsie kam nicht in Behandlung und ich glaube annehmen zu dürfen, dass sie überhaupt nicht vorgekommen ist, da die Landleute gerade bei sogenannten Krämpfen ängstlich zu sein pflegen.

Wegen Blutungen in der ersten Hälfte der Schwangerschaft wurde meine Hülfe eilf Mal beansprucht, acht Mal trat Abortus ein, keine der Frauen starb; wegen Blutungen in der zweiten Hälfte vier Mal; letztere äusserten auf die Entwicklung des Kindes und auf die Geburt keinen nachtheiligen Einfluss.

Frühgeburten leitete ich nur dann, wenn ich schwangere Frauen an anderen Krankheiten behandelte, während deren Verlauf die Austreibung des Kindes erfolgte. Es war dies zwei Mal bei an Pneumonieen und ein Mal bei an Typbus Erkrankten der Fall.\*) Die Mütter genasen, die Kinder waren todt.

<sup>\*)</sup> Eine andere im vierten Monat schwangere Frau erkrankte ebenfalls am Typhus, abortirte aber nicht, sondern gebar sur regelmässigen Zeit ein lebendes Kind.

#### 424 XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen aus der

# III. Uebersicht über die an Puerperalfieber erkrankten Wöchnerinnen.

		Aus	gang
	Summa.	günstig.	ungünstig.
<ul> <li>A. Nach Operationen erkrankten sieben Wöchne- rinnen, und zwar</li> <li>a) nach Wendungen</li></ul>	3 3 1	3 3 1	
<ul> <li>a) an Affectionen der Schleimbäute</li></ul>	7 5 4 2	7 4 4	
	25	22	3

Nach Wendungen erkrankten verhältnissmässig die meisten Frauen, was seinen natürlichen Grund darin hat, dass, wie erwähnt, dieselben fast immer nur mit grosser Mühe verrichtet werden konnten und eine bedeutende Reizung der Gebärmutter fast nie zu vermeiden war. Die nach Nachgeburtsoperationen eintretenden Erkrankungen betrafen nur solche Frauen, wo die Placenta wegen Adhärenz hatte gelöst werden müssen. Alle nach Operationen eintretende Erkrankungen bestanden in entzündlichen Affectionen der Schleimhaut und des Uterus, und endeten alle unter mässig antiphlogistischer Behandlung, wobei nur zwei Mal örtliche Blutentziehungen nöthig erschienen, glücklich.

Achtzehn Wöchnerinnen erkrankten, ohne dass Operationen vorausgegangen waren und gerade von diesen starben drei. Wenn man bedenkt, wie sich die Wöchnerinnen auf dem Lande abwarten, so muss man sich wundern, dass nicht eine bei weitem grössere Anzahl erkrankt und nur so wenige dem Tode verfallen. Es ist etwas Gewöhnliches, dass die Frauen bis zum Tage der Niederkunft die schwersten Arbeiten verrichten, dass sie den Tag nach der Geburt das Bett verlassen, und am dritten, höchstens vierten Tage wieder ihren häuslichen Geschäften nachgehen. Von Abwartung der Wochenschweisse, von passender Diät u. dergl. ist natürlich gar keine Rede. Hier kann man deutlich sehen, was Abhärtung von Jugend auf und kräftige Constitution vermögen.

Es würde ermüdend sein, sämmtliche Erkrankungen zu besprechen, doch dürften die drei, die mit dem Tode endeten, eine etwas ausführlichere Mittheilung verdienen. Sie betrafen drei junge Frauen, die nicht nur in einem Orte, sondern auch in einer Strasse und sogar nur wenige Schritte von einander entfernt wohnten und von denen zwei so schnell und unerwartet hinweggerafft wurden, dass ich heut noch nur mit Grauen an die peinlichen Stunden denken kann, die ich damels an ihrem Sterbebette zubrachte und über deren Krankheit ich mir nie recht kler habe werden können, zumal da man mir die Section, die ich sehnlichst wünschte, verweigerte.

1. Eine gesunde, kräftige Frau von 29 Jahren, Mutter von 4 Kindern, hatte zum fünften Male am 3. April 1850 schnell und leicht geboren. Sie fühlte sich in den nächsten Tagen nach der Geburt so wohl, dass sie am 7. April des Bett verliess und leichte Arbeiten verrichtete. Als sie am 12. April gegen Abend in der Dämmerung in der Stube sass, trat schnell und unerwartet eine vermummte Frauensperson, in der sie bald die Leichenfrau erkannte, herein, über deren Anblick sie heftig erschrak. Fast unmittelber nach diesem Schrecke klagte sie über Kopfschmerz und Frost, legte sich zu Bett und trank, um in Schweiss zu kommen, eine Tasse leichten Chamillenthee. Eine halbe Stunde darauf begann sie zu deliriren und man schickte nach mir. Ich fand sie fast ununterbrochen delirirend, auf alle an sie gerichtete Fragen verkehrte Antworten gebend. das Gesicht war geröthet, die Haut heiss und trocken, der Puls klein, beschleunigt, Lochienfluss gering, nicht faulig riechend, die Temperatur in der Scheide etwas erhöht, die

### 426 XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen aus der

äusseren Genitalien nicht angeschwollen oder ödematös. die Zunge ohne Belag. Bei Untersuchung des Unterleibs konnte ich etwas Krankhaftes nicht wahrnehmen, er war weich, nicht aufgetrieben, der Uterus war über den Schambeinen fühlbar, doch nicht von grösserem Umfange, als gewöhnlich um diese Zeit. Obgleich ich nach und nach einen ziemlich starken Druck auf den Unterleib anwendete und die Uterusgegend wiederholt betastete, konnte ich doch nicht wahrnehmen, dass die Gesichtszüge der Kranken sich veränderten oder dass irgend eine Aeusserung des Schmerses erfolgte, ich musste daher glauben, dass die Berührung dieser Theile gar keinen oder doch nur einen äusserst geringen Schmerz verursachte. Am andern Morgen war der Zustand im Allgemeinen noch derselbe, nur hatte der geringe Lochienfluss ganz aufgehört, der Puls war noch frequenter, das Gesicht nicht mehr geröthet, sondern auffallend bleich und collabirt. Am Abend hatte sich die Haut mit kaltem, klebrigem Schweisse bedeckt, der Puls wurde immer frequenter, aussetzend, und in der Nacht erfolgte der Tod.

2. Eine gesunde Frau von 26 Jahren hatte am 9. Juli 1851 zum ersten Male regelmässig und leicht geboren, schon einige Tage nach der Geburt das Bett verlassen und leichte Hendarbeiten verrichtet. Am 15. Juli hatte sie mit den Ihrigen, und zwar nach deren Aussage vollkommen gesund. nur leicht verdauliche und unschädliche Speisen zu Mittag Gegen 2 Uhr musste sie wegen heftiger Kopfgegessen. schmerzen und Frost das Lager suchen. Der letztere wich bald einer trockenen Hitze. Da die unter 1. und 3. mitgetheilten Todesfälle grosses Aufschen erregt hatten, so ist es sehr natürlich, dass die Kranke von der heftigsten Angst und der peinlichsten Furcht vor dem Tode ergriffen wurde. die ihr auch durch eindringliche Zusprache nicht genommen werden konnte. Schon gegen 3 Uhr fing sie an zu deliriren. Um Wiederholungen zu vermeiden genügt es zu erwähnen, dass ich die Kranke bei meiner Ankunft um 4 Uhr ganz in demselben Zustande, wie die vorige, antraf, ebenfalls ohne jedes Zeichen von Schmerz bei Druck auf den Unterleib, der Collapsus trat aber noch schneller ein und der Tod

erfolgte schon gegen Mitternacht, mithin nach einer Krankheitsdauer von ungefähr 10 Stunden.

3. Eine gesunde Frau von 32 Jahren war am 19. Juli 1850 von dem sechsten Kinde, wie bei den vorbergehenden Geburten, so auch jetzt, leicht und schnell entbunden worden. Am 24. Juli gegen Abend ging sie über den Hof nach dem Stalle. Die Nacht darauf klagte sie über Schmerzen im Unterleibe, es trat starker Frost, dem trockene Hitze folgte und heftiger Durst ein. Am 25. Morgens fand ich die Frau in starkem Fieber, mit trockner, helsser Haut, weiss belegter Zunge, der Unterleib war wenig aufgetrieben, aber gegen Berührung sehr empfindlich, der Lochienfluss hatte aufgehört. Gegen Abend stellten sich von Zeit zu Zeit Delirien und 'heftige Diarrhöe ein. Am 26. früh waren die Delirien ununterbrochen, der Unterleib aufgetriebener, bei Berührung noch sehr schmerzhaft. Gegen Abend schien der Schmerz nachgelassen zu haben, doch war nun ein Exsudat in der Buchhöhle deutlich nachweisbar, der Puls war klein, sehr frequent, die Diarrhöe häufig und ohne Bewusstsein der Kranken erfolgend. Noch denselben Abend starb die Kranke.

In dem letzten Falle kann wohl darüber, dass ich es mit einer durch Erkältung entstandenen Peritonitis zu thun batte, nicht leicht ein Zweifel entstehen, dagegen dürfte in dem 1. und 2. Falle die Diagnose nicht mit solcher Gewissheit zu stellen sein, wenn wir auch nicht anstehen können, die Krankheit als Puerperalfieber zu bezeichnen. Welcher Art war es aber? Da es nicht möglich war, als primäres Leiden die Erkrankung eines einzelnen Organes nachzuweisen, so dürfte es wohl gerechtfertigt erscheinen, wenn wir der Ansicht derer beistimmen, die in solchen Fällen eine Erkrankung des Blutes annehmen, ohne welche Annahme der so schnell erfolgte tödtliche Ausgang fast unerklärlich sein würde. Zwar ist der Einfluss von Gemüthsaffecten auf das Befinden von Kranken, besonders von kranken Wöchnerinnen, allgemein bekennt und es ist auch in unseren beiden Fällen die schädliche Wirkung einmal des Schreckens, das anderemal der Furcht nicht zu verkennen, doch glaube ich kaum, dass ohne eine schon bestehende krankhafte Disposition so robuste und abgehärtete Naturen so ausserordentlich schnell erlegen sein würden.

Ueber andere Vorkommnisse während des Wochenbettes ist nur noch Folgendes zu erwähnen:

Blutungen in den ersten Stunden nach Ausscheidung der Nachgeburt kamen drei Mal vor und endeten glücklich.

Entzündete Brüste kamen neun Mal in meine Behandlung, in allen Fällen hatte die Entzündung bereits einen höheren Grad erreicht, keiner endete mit Zertheilung.

Lähmung einer unteren Extremität kam zwei Mal vor, ein Mal nach vorausgegangener mit grossen Schwierigkeiten verbundener Wendung, das andere Mal nach natürlich verlaufener Geburt. In beiden Fällen wurde der vollkommene Wiedergebrauch des Gliedes erzielt.

Phlegmasia alba dolens kam nicht in Beobachtung.

Aus meiner anderweiten geburtshülflichen Praxis dürften vielleicht die nachstehenden Fälle nicht ohne alles Interesse sein:

I. Am 1. April 1850 wurde Frau B., eine 26 Jahre alte kräftige Primipara, von einem lebenden Knaben entbunden. Da die Nachgeburt nicht folgte, so schickte man zu einem meiner Collegen. Derselbe fand zwar keine bedeutende Blutung vor, untersuchte aber die Frau und bemerkte eine so feste Strictur im oberen Theile der Gebärmutter, dass es ihm unmöglich war, die Nachgeburt zu entfernen. Er liess mich bitten, ihn zu unterstützen. Als ich ankam, mochten ungefähr 6 Stunden nach der Geburt des Kindes vergangen sein. Ich fand die Frau ziemlich blass, der Unterleib war bei Berührung empfindlich, den festen Gedärmuttergrund fühlte man in der Gegend des Nabels gleichmässig contrahirt, ohne abwechselnd eintretende Contraction und Erschlaffung. Eine bedeutendere Blutung war in der Zwischenzeit nicht erfolgt. Bei der inneren Untersuchung konnte men bequem durch den Muttermund in den unteren Theil der Gebärmutter gelangen, stiess jedoch ungefähr in der Mitte dieses. Organes auf eine so feste, harte Strictur, dass es nicht möglich war, auch nur mit einem Finger durchzukommen. Da keine das Leben gefährdenden Erscheinungen vorhanden waren, so hielten wir es nicht für gerathen, die Brweiterung der Strictur gewaltsam zu erzwingen, sondern zogen es vor, den Versuch zu machen, den krampfhaften Zustand durch äussere und innere Mittel zu heben. Am nächsten Tage besuchte mein College die Kranke, machte jedoch keinen Versuch, die Nachgeburt zu entfernen. Am 3. April war der Ausfluss aus der Scheide jauchig, dünn, übelriechend, und nun erst wurde die in Fäulniss übergegangene Nachgeburt ausgestossen. Während dieser Zeit hatte sich die Wöchnerin wohlbefunden. Am 5. April wurde ich wieder gerufen und fand Patientin sehr hinfällig, mit kleinem, beschleunigtem Pulse, weissbelegter Zunge, heftigem Durste, eingenommenem Kopfe. Der Schmerz beim Druck auf die Gebärmutter war unbedeutend. Der Ausfluss aus der Scheide hatte einen höchst widerlichen, fauligen Geruch und behielt denselben auch trotz der grössten Reinlichkeit und öfters wiederholten Einspritzungen. Stuhlgang war am 4. April erfolgt. Die Haut war feucht, stärkere Schweisse fehlten. Am 6. und 7. April Zunahme der Frequenz des Pulses, der Eingenommenheit des Kopfes, des Durstes, die Zunge trocken, braun belegt und rissig, von Zeit zu Zeit Delirien, die Haut war jetzt trocken. Am 7. April stellte sich Diarrhöe ein und es wurde Anfangs am Hals, später auch auf dem Rücken, der Brust, dem Leibe und den Extremitäten ein Friesel bemerkbar, das aus kleinen, anfangs eine durchsichtige, später weissgefärbte Flüssigkeit enthaltenden Bläschen bestand. Unter Zunahme aller Erscheinungen lag die Kranke am 9. April in völlig bewusstlosem Zustande, ganz einem an fauligem Typhus Leidenden ähnlich und starb in der Nacht vom 10. zum 11. April. ---Leider wurde die Section nicht gestattet, doch glaube ich mit Recht annehmen zu können, dass in vorliegendem Falle in der Verhaltung der Nachgeburt die Veranlassung zu der tödtlich endenden Krankheit gesucht werden muss.

II. Eine kräftige, früher stets gesunde Frau von einigen dreissig Jahren hatte drei Kinder leicht geboren. Am 19. Juli 1851, Nachmittags, dem Ende der vierten Schwan-

gerschaft, war das Fruchtwasser abgeflossen und die Hebamme hatte keinen vorliegenden Kindestheil gefunden. Nach einigen kräftigen Wehen hatte letztere eine durch den Muttermund tretende weiche, rundliche Masse gefühlt, die sie für Konfgeschwulst (?) hielt. Die Wehen dauerten die Nacht hindurch und am Morgen des anderen Tages sehr kräftig fort, und der weiche Körper rückte unter grossen Anstrengungen der Gebärenden, zu denen sie von der Hebamme, die den Kopf für den vorliegenden Theil hielt. noch ermuntert wurde, immer weiter herunter, bis er gegen 10 Uhr Vormittags vor der Scheide sichtbar wurde. Da die Wehen jetzt schwächer wurden und die Geburt nicht weiter von statten ging, entschloss man sich, mich zu rufen. Ich kam gegen 2 Uhr Nachmittags an und fand vor der Scheide einen fast Kindskopf grossen, weichen, bläulichgefärbten Theil, ganz nach binten zu fühlte ich die nicht pulsirende Nabelschnur, etwas nach oben in der rechton Seite der Mutter waren deutlich Bippen zu erkennen, Wirbelsäule und Beckenknochen waren nicht zu erreichen. Der vor der Scheide sichtbare Körper musste ein Theil des Bauches und zwar von der linken Seite des Kindes sein. der Kindeskopf musste in der rechten, der Steiss und die Füsse mussten in der linken Seite der Mutter sich befinden. Bei der äusseren Untersuchung des Leibes, die der Frau grossen Schmerz machte, konnte ich nur in der rechten Seite einen grösseren, festen Theil gewahr werden. Da man als Geburtshelfer auch unter den ungünstigsten Umständen nicht von vorn herein verzweifeln darf, so machte ich einen Versuch, mit der Hand einzugehen, um den Steiss oder die Füsse einzuleiten, musste jedoch von meinem Vorhaben abstehen, indem es nicht möglich war auch nur mit den Fingern, geschweige denn mit der ganzen Hand, neben den fest eingekeilten Kindestheilen vorbeizukommen. Die Wehen hatten gänzlich aufgehört und die Frau war durch die lange und anstrengende Geburtsarbeit im höchsten Grade erschöpft. An Beendigung der Geburt von Seiten der Natur war nicht mehr zu denken, der Kunst blieb aber als einziger Ausweg nur noch die Zerstückelung des Kindes übrig. Da ich den Tod der Frau während der Operation fürchten

.

musste und da ich ein für die Umstehenden so grausiges Verfahren nicht allein vornehmen wollte, so suchte ich die Kräfte der Gebärenden einigermassen zu beleben und erwartete die Ankunft eines Collegen, nach dem ich sogleich geschickt hatte, als mir die wahre Sachlage klar geworden war. Derselbe kam gegen 5 Uhr Nachmittags an, che wir jedoch zur Ausführung unseres Vorhabens schreiten komten, war die Frau verschieden. Von der Richtigkeit der diagnosticirten Lage konnte ich mich am andern Tage durch Oeffnung der Bauchhöhle überzeugen. Der Kopf des reifen Kindes war fest an die Brust angedrückt und stand über dem rechten Schambeinaste, die Arme waren über der Brust gekreuzt, Brust, Bauch und Steiss füllten den ganzen Beckencanal, die Füsse lagen aufwärts an der rechten Bauchseite des Kindes. - Da gleich zu Anfang der Geburt von der Hebamme ein weicher Theil, den sie für Kopfgeschwulst hielt, gefühlt wurde, so fand wahrscheinlich eine Querlege statt, die sich aber nicht durch Selbstwendung in eine Steisslage verwandelte, sondern bei der die Natur den seltenen Weg der sogenannten Selbstentwickelung einschlug, zu deren Durchführung aber die Kräfte der Gebärenden nicht ausreichten. Bei richtiger Erkenntniss der Lage von Seiten der Hebamme und zeitiger Hülfe würde die Wendung auf die Füsse nicht schwer auszuführen gewesen und muthmasslich wenigstens das Leben der Mutter erhalten worden sein.

III. Am 21. October 1853 liess mich mein College S. bitten, ihn bei einer schweren Entbindung zu unterstützen. Eine 25 Jahre alte, nicht allzukräftige Frau von mittlerer Grösse, die S. schon bei ihren zwei früheren Geburten wegen Beckenenge mittels der Zange, und zwar das erste Mal leicht von einem lebenden Mädchen, das zweite Mal nur mit grosser Anstrengung (die Schliessung der Zange hatte viele Schwierigkeiten gemacht) von einem todten Knaben entbunden hatte, hatte am Morgen des 20. October die ersten Wehen gefühlt. Gegen Abend sprang die Blase. Am 21. October früh 6 Uhr fand S. den Muttermund hinlänglich erweitert, den Kopf in einer Schädellage mit dem Hinterhaupte nach links und hinten in der oberen Apertar.

# 492 XXXII. Dr. Sturm, Mittheilungen a. d. geburtsh. Praxis.

Da der Kopf trotz kräftiger Wehen nicht weiter in des Becken herabtrat, Kopfgeschwulst sich bildete und S. den Hergang der früheren Geburten kannte, so legte er die Zange an, konnte sie jedoch nach Einführung der Löffel. die keine Schwierigkeit hatte, trotz mannigfacher Manipulationen, nicht schliessen und nahm deshalb das Instrument wieder ab. Bei meiner Ankunft um 11 Uhr Vormittags stand nach S.'s Aussage der Kopf noch unverrückt an derselben Stelle, aber die Kopfgeschwulst hatte zu-, die Wehen hatten abgenommen. Die Lage des Kindes fand ich wie schon erwähnt. Auffallend war, dass man das Promontorium leicht mit dem Zeigefinger erreichen konnte, so dass wir die Conjugata zu nicht mehr als 3" annehmen mussten. Obgleich der Kopf noch in der oberen Apertur stand, hielten wir es doch für gerathen, noch einen Versuch mit der Zange zu machen. Die Einführung der Löffel bot auch jetzt keine Schwierigkeiten dar, aber wiederum mühten wir uns vergeblich ab, sie zu schliessen, bis wir uns endlich genöthigt sahen, sie zum zweiten Male abzunehmen. Es blieben uns nun, da wir von dem Gebrauche der Zange ganz absehen mussten, zwei Wege zur Entwicklung des Kindes, dessen Herzschlag man nicht mehr hörte, offen, nämlich die Perforation und die Wendung auf die Füsse. In Erwägung, dass die erstere bei so hochstehendem Kopfe nur mit grosser Schwierigkeit auszuführen und die Schliessung der Zange uns dann wahrscheinlich immer noch unmöglich sein würde, entschlossen wir uns zu letzterer und führten sie auch aus, indem es uns gelang, den Kopf etwas zurückzubringen, beide Füsse zu fassen und herabzuleiten. Da die Wehen jetzt fast ganz aufgehört hatten und die Frau ziemlich erschöpft war, mussten wir die Extraction folgen lassen. Die Lösung der Arme machte einige Schwierigkeit, grössere jedoch die Extraction des Kopfes. Derselbe folgte trotz einiger kräftiger Tractionen nicht; wir legten die Zange an, sie glitt ab; endlich gelang es uns, ihn soweit herabzubringen, dass wir den Zeigefinger in die Mundhöhle einsetzen konnten, auch diese Manipulation reichte nicht aus, und so sahen wir uns genöthigt, den stumpfen Haken, zu dem wir nur ungern unsere Zuflucht nahmen, in Anwendung zu

# XXXIII. Dr. Seydeler, Die Reposition d. vorg. Nabelschnur. 438

bringen, mit dessen Hülfe wir denn auch nach vielen Mühen unser Ziel erreichten. Die Nachgeburt wurde bald darauf entfernt. Obgleich sich in den nächsten Tagen nicht unbedeutendes Fieber mit schmerzhafter Empfindung bei Berührung des Unterleibes einstellte, hatten wir doch die Freude, die Frau den Ihrigen zu erhalten.

# XXXIII.

# Die Reposition der vorgefallenen Nabelschnur.

Ein Vorschlag

von **R. Seydeler.** 

Die Versuche, die vorgefallene Nabelschnur zu reponiren, die mannigfachen Angaben und Instrumente zur Ausführung dieser Operation, sprechen zu Gunsten derselben. Wenige Lehrbücher empfehlen sie, viele (*Krause*) erwähnen sie ohne nähere Angaben, andere (*Boër*) verwerfen sie als Dana'denarbeit gänzlich, und rathen zur Wendung oder Zange. Mithin genügten die bisher bekannten Verfahrungsweisen den Geburtshelfern nicht. — Wie ich das "Encyklopädische Wörterbuch der medicin. Wissenschaften" nachschlug, fand ich mehrere mir unbekannte Instrumente und Verfahren (*Tellegen, Wellenberg*) angegeben, die folgender Idee sehr ähnlich sind.

Das vorzuschlagende Instrumentarium besteht aus 1) einer circa § bis § Fuss langen dünnwandigen Caoutchouk- oder Gutta-Percha-Röhre mit einem Lumen von c. §" Durchmesser. 2) einem §" breiten Bandstreifen von Caoutchouk, doppelt so lang als 3. 3) einem Führungsstäbchen von Fischbein mit oder ohne Beckenkrümmung, glatt polirt, in der Dicke, dass es leicht durch die Röhre hindurchgleitet, und 3" länger als letztere. Es sei an dem Mensterschr. f. Geburtsk. 1854. B4. 111. Htt. 6. 28

## 434 XXXIII. Dr. Seydeler, Die Reposition d. vorg. Nabelschnur.

einen Ende (a) stumpf abgeschnitten, an dem andern (b) von zwei Seiten zugeschärft, wie ein Briefstreicher, und daselbst mit Einschnitten versehen. — Das Verfahren wäre folgendes: Die Instrumente werden eingeölt. Die prolabirte Nabelschnur wird in eine Schlinge des Bandes (2) gefasst, dessen Enden gleich lang herabhängen. Letztere werden in die Einschnitte des Stabendes (b) festgehakt und vermittels des Stabes nun durch die Röhre (3) geführt. So haben wir an dem einen Ende die Nabelschnur in der Bandschlinge, ruhend auf dem von der Röhre umhüllten Stabe; am andern Ende die am Stabe (b) fixirten Bandenden. Fasst die operirende Hand vom Ende (b) hinaufgehend, die Röhre mit dem Stabe, so wird sie, während der Zeigefinger zwischen dem vorliegenden Kindestheil und dem Muttermunde eindringt und dadurch in seiner nächsten Umgebung Raum schafft, dort den Stab in den Uterus und somit den Prolapsus hinaufführen können. Sollte die Röhre sich vom Stabe herabschieben, so genügt es, das Ende der Röhre über die Flamme einer Weingeistlampe zu halten, um eine entsprechende Verengerung des Lumen's zu be-Nach der Reposition wird man die anhakenden wirken. Bandenden lösen und den Stab, sobald man nach einer Wehe merkt, dass er sich feststellt, langsam drehend herausführen, während die andere Hand die Röhre nebst dem Bande festhält. Durch eine Klammer oder Schieberpincette wird die Röhre mit den Bandenden fixirt, damit die Nabelschnur am obern, klaffenden Ende der Röhre festgehalten wird. Der vorrückende Kindestheil wird die Röhre an das Becken andrücken und ihr Herausfallen und somit das Prolabiren der Nabelschnur hindern. Der Geburtsvorgang wird sodann zweckentsprechend behandelt.

Die Billigkeit und leichte Beschaffung des Apparats dürfte bei seiner selten möglichen Anwendung, denselben, abgesehen von anderen Vorzügen, empfehlen.

•

# XXXIV.

Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

Dritter Bericht,

den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,

von

Dr. Busch.

(Fortsetzung.)

12. Osteomalacia incipiens.

Dieser interessante Fall kam im Jahre 1847 in der Poliklinik zur Beobachtung. Eine Frau von 36 Jahren hatte erst in ihrer jetzigen 10. Schwangerschaft anhaltende, durch kein Mittel zu beseitigende Schmerzen in den Schambeinen und deren Aesten bekommen, welche gegen Ende der Schwangerschaft so überhand nahmen, dass die Frau nicht mehr gehen konnte. Im Urine zeigten sich reichliche Niederschläge von Kalksalzen. Eine auffallende Formveränderung war am Becken noch nicht zu finden, nur dass die Schambeine sich etwas nach vorn zuzuspitzen anfingen. Oertliche Blutentziehungen und andere geeignet scheinende Mittel hatten Nichts genützt und die Frau kam ungebessert in das Wochenbett; die Geburt war zwar langsam, aber ohne Kunsthülfe verlaufen. Wenige Tage nach der Entbindung entwickelte sich Peritonitis, welche einen tödtlichen Ausgang nahm. Das Kind, sehr schwächlich, starb zwei Stunden nach der Geburt.

#### 13. Rheumatismus acutus.

Der entzündliche Gelenkrheumatismus wurde im Ganzen bei 8 Schwangern beobachtet.

28\*

# 436 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

1842 wurde eine Erstgebärende von 23 Jahren im 4ten Monate der Schwangerschaft von hitzigem Rheumatismus, besonders des rechten Fuss- und linken Ellenbogengelenkes, befallen, der mit örtlichen Blutentziehungen, Einreibungen von Ungt. hydr. ciner., Flanelleinwicklungen und diaphoretisch-salinischen Mitteln behandelt und nach 8 Wochen geheilt wurde. Die Schwangerschaft erlitt keinen Nachtheil.

1843 wurden 4 dergleichen Fälle beobachtet. Im ersten hatte eine Zweitgebärende von 25 Jahren in der ersten Hälfte ihrer Schwangerschaft an so heftigem Rheumatismus gelitten, der sich namentlich auf die untern Extremitäten fixirt hatte, dass sie noch zu Ende des 6. Monats an Krükken gehen musste. Die nöthigen örtlichen und allgemeinen Blutentziehungen, der Gebrauch des Nitrum mit Tartar. stibiatus und die lange Dauer und Heftigkeit der Krankheit hatten die kräftige Frau ausserordentlich geschwächt, und es erfolgte am Ende des 9. Mondsmonates die Geburt eines entsprechend entwickelten Kindes. - Die 2te und 3te. Mehrgebärende von 42 und 32 Jahren, litten an Rheumatismus, namentlich der Füsse, beendeten aber die Schwangerschaft regelmässig. -- Dagegen trat bei der 4ten, einer Mehrgebärenden von 29 Jahren, nach entzündlichem Gelenkrheumatismus, zu dem sich Friesel und Scharlach geselkt hatten, die Geburt 6 Wochen zu früh ein.

1847 wurden drei Schwangere von Gelenkrheumatismus befallen, der jedoch keinen nachtheiligen Einfluss auf die Schwangerschaft äusserte.

#### 14. Pneumonia und Pleuritis.

Entzündungen der Brustorgane kamen in 5 Fällen vor, und zwar 2 Mal Lungenentzündung und 2 Mal Brustfellentzündung im Jahre 1843, und 1 Mal Brustfellentzündung im Jahre 1846. Die Veranlassung war Erkältung mit Ausnahme eines Falles, in welchem 1843 eine Schwangere nach langer Einwirkung von Kohlendampf aus einem zu früh geschlossenen Ofen von Lungen-Entzündung befallen wurde. Strenge Antiphlogose überwand in allen Fällen das Uebel, von dem ein nachtheiliger Einfluss auf die Schwangerschaft nicht beobachtet wurde,

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

wiewohl auch die Anwendung des Tartarus stibiatus in grösseren Dosen stattgefunden hatte.

#### 15. Hepatitis.

An chronischer Leberentzündung litt eine Schwangere, Erstgebärende von 28 Jahren, im Jahre 1843. Die Haupterscheinungen der Krankheit waren bei ikterischer Färbung des Gesichts und vorzugsweise der Conjunctiva: Auftreibung in der Lebergegend mit fixem dumpfem Schmerze an der Stelle des rechten Lappens bis hinauf in die rechte Schulter, Mangel an Appetit, schmutzig-gelber Belag der Zunge. abwechselnd erschwerter und vermehrter Stuhlgang mit gallichtem Erbrechen. Abwechselnde Applikation von Blutegeln auf die Lebergegend, Saturationen wechselnd mit salinischen Abführungen und Calomel milderten die Zufälle bis zum normalen Ende der Schwangerschaft. Während der Geburt eines kräftigen Knaben trat noch mehrmals gallichtes Brbrechen ein.

# 16. An Hypertrophia cordis cum dilatatione ventriculi dextri

hatte längere Zeit eine Person von 24 Jahren gelitten, welche im Jahre 1843 zum 2. Male schwanger war. Bei ruhigem Verhalten ertrug die Schwangere diese wie die erste Schwangerschaft nach den Umständen gut, indem sie nur einige Mal von tieferen Ohnmachten befallen wurde. Weit störender wurde das Uebel für die übrigens rechtzeitig eintretende Geburt, indem bei heftiger Athemnoth und wiederholten Ohnmachten jede Stütze seitens der Gebärenden ausblieb, und die Geburt, wie auch das erste Mal, durch die Zange beendet werden musste.

## 17. Varioloides.

Modificirte Pocken wurden bei 2 Schwangeren beob-Im Jahre 1843 wurde in der Poliklinik eine zum achtet. 7. Male schwangere Frau von 28 Jahren, welche im äussersten Elende und Armuth ihre früheren Schwangerschaften durch Abortus beendigt hatte, von den modificirten Pocken. befallen, und gleichzeitig entwickelte sich ein bedeutendes

437

# 438 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshälfliche Klinik an der

rheumatisches Leiden der Bauchmuskeln und des Uterus. Trotz der energischsten Antiphlogose in Verbindung mit den Antirheumaticis wich die letztere Affektion erst, als die kleine 7 monatliche Frucht geboren war, welche schon 2 Stunden nach der Geburt starb. Einen weniger günstigen Verlauf nahmen die Pocken, welche am 4. Tage einen putriden Charakter und das Leben der Wöchnerin endeten. - Der zweite Fall kam im Jahre 1844 ebenfalls in der Poliklinik, und bei einer 81 jährigen Frau vor, welche zum 7. Male schwanger war. In ihrer Kindheit durch die Schutzpocken geimpft, wurde sie jetzt im 8. Mondsmonate durch Ansteckung von den modificirten Pocken befallen und empfand schon 8 Tage nach dem Ausbruche der ersten Pusteln die vorhersagenden Wehen. Das Kind wurde todt, mit den Zeichen der begonnenen Fäulniss, aber ohne Ausschlagsspuren, geboren. Gleich nach der Geburt des Kindes trat eine heftige Metrorrhagie ein, ohne dass das Nachgeburtsgeschäft etwas Abnormes dargeboten hätte, und die Frau starb 6 Stunden später an Erschöpfung.

### 18. Variolae.

In der Poliklinik des Jahres 1844 bekam eine Frau von 44 Jahren, welche nie geimpft worden war, im 5. Monate ihrer 6. Schwangerschaft die ächten Pocken. Vorzüglich waren die Augen heftig ergriffen, und die Kranke bei profuser Blennorrhoea palpebrarum acht Tage lang völlig erblindet. Unter einem Anfangs antiphogistischen, später palliativen Heilverfahren genas die Kranke und wurde regelmässig von einem kräftigen Kinde entbunden, das kurz nach der Geburt ebenfalls von einer Augenblennorrhoe befallen, aber auch davon geheilt wurde.

#### 19. Scabies.

Eine Frau, welche 2 Mal regelmässig geboren hatte, bekam im 4. Monate ihrer 3. Schwangerschaft die Krätze. Erst nachdem sich der Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet hatte, wandte sich die Kranke an ärztlichen Rath, und wurde durch ein sehr eingreifendes und schwächendes Verfahren erst nach mehreren Wochen befreit.

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 4

Nichtsdestoweniger gebar sie rechtzeitig ein kräftiges und gesundes Kind.

#### 20. Febris intermittens.

Wechselfieber während der Schwangerschaft kam in mehreren Fällen vor und wich jedes Mal der dagegen gerichteten Behandlung, ohne einen Nachtheil auf Schwangerschaft oder Gedeihen der Frucht zu äussern. — Interessant ist ein Fall aus dem Jahre 1844, wo eine Person von 24 Jahren und kräftigem Körper, welche ein Mal regelmässig geboren hatte, längere Zeit vor ihrer zweiten Conception von Febris intermitt. tertiana befallen wurde, das allen angewandten Mitteln hartnäckig widerstand. Nach mehrmonatlicher Dauer des Fiebers fand Conception statt, und kurz darauf verschwand das Fieber ohne Gebrauch von Medikamenten, und kehrte während der Schwangerschaft nicht wieder.

#### 21. Phthisis.

In den 4 Fällen von Schwindsucht, welche in den Jahren 1842, 1844 und 1847 vorkamen, war das Leiden in dem einen nur auf die Luftröhre beschränkt, in den 3 andern aber mehr oder weniger in den Lungen verbreitet. Ein Nachlass der Krankheitserscheinungen war in 3 Fällen nicht zu verkennen, wiewohl das Gefühl grosser Mattigkeit, Husten und Auswurf, Nachtschweisse, nicht fehlten; im 4. Falle trat eine Milderung der Krankheitssymptome aber gar nicht ein. Ueberall erreichte die Schwangerschaft ihr regelmässiges Ende und die Geburt ging ohne Kunstbülfe von statten; auch waren die geborenen Kinder, mit Ausnahme eines Einzigen, das zwar normal gebildet, aber schwach und klein war, kräftig.

# e) Störungen der Geburt.

Wie in meinen früheren Berichten werde ich auch in diesem zunächst die bemerkenswerthen Anomalien des Geburtsverlaufes aufführen und dann speciell auf die ausgeführten geburtshülflichen Operationen eingehen.

489

## 440 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

1. Geburten unreifer, nicht lebensfähiger Kinder.

Es wurden im Ganzen 78 unreife, nicht lebensfähige Kinder geboren. Die Meisten waren todt, einige trugen schon die Zeichen der begonnenen Fäulniss, nur Wenige gaben Lebensäusserungen von sich, starben aber immer kurze Zeit nach der Geburt. Ausser dem stets vorhandenen Blutfluss bot der Geburtsverlauf in keinem Falle etwas besonders Bemerkenswerthes dar. — Im Jahre 1845 kam wieder der Fall zur Beobachtung, dass von Zwillingskindern das eine todt und zwar nach der Ausbildung zu urtheilen etwa im 6. Monate abgestorben, das andere aber lebend und mit allen Zeichen vollkommener Reife geboren wurde.

2. Lange Dauer der Geburten.

Die Schwierigkeit, die Dauer des Geburtsverlaufes im einzelnen Falle festzustellen, ist in der poliklinischen Abtheilung der Gebäranstalt sehr gross, denn die ärztliche Hülfe wird in der Regel erst in einer spätern Periode in Anspruch genommen, die Aussagen der Kreissenden selbst. oder ihrer Umgebung, bieten aber des Zuverlässigen zu wenig. um eine statistische Uebersicht darauf gründen zu können. In der Lebensweise der Frauen aus der arbeitenden Klasse liegt vielfacher Stoff zu Irrthümern in dieser Hinsicht, und es begegnet ebensowohl, dass der Geburt vorhergehende, von derselben unabhängig krankhafte Erscheinungen zu derselben gerechnet werden, als dass Frauen in geschäftiger Thätigkeit den Eintritt der Geburt übersehen, und sich erst im weiteren Verlaufe, selbst nach der zweiten Geburtsperiode, dieses Vorganges bewusst werden. Wiewohl es nun stets das sorgsame Bemühen ist, auch in der Poliklinik die Dauer der Geburten genauer zu bestimmen. sind die Erfolge doch nicht immer der Art, dass mit Sicherheit weitere Schlüsse daraus gezogen werden könnten. Anders verhält es sich mit der Klinik, wo die Schwangeren grösstentheils schon längere Zeit vor der Entbindung einer aufmerksamen Beobachtung unterworfen sind, ein anderer Theil schon bei den ersten Zeichen des Geburtseintrittes Aufnahme in derselben findet. Hier ist nun in

1008 Fällen von 1025 Geburten Folgendes festgestellt. Es verlief die Geburt in dem Zeitraume:

•	bis	zu	1 9	Stunde	B		•	•	in	10	Fällen,
von	1	bie	2	,,					<b>3</b> 7	13	"
"	2	"	6	"			•		"	144	"
"	6	"	12	"				•	,,	280	,,
"	12	,,	18	,,		•	•		"	199	))
,,	18	,,	24	,,		•	•	•	,,	143	"
"	24	"	86	,,		•	•		"	115	,,
"	<b>8</b> 6	"	48	"					,,	54	"
"	48	,,	60	"			•		"	20	"
"	60	"	72	"			•		"	10	,,
	über		Tage						,,	12	"
»	,,	4	"		•	•	•	•	,,	2	"
"	,,	5	"		•	•		•	"	3	"
,,	,,	7	,,	•	•	•		•	"	1	"
,,	"	8	,,	•			•	•	,,	2	,,
										1008	Fällen.

Rechnet man die Zeit einer in Bezug auf die Dauer regelmässigen Geburt zwischen 6 und 24 Stunden liegend. so ist das Resultat ein sehr günztiges, indem der grösste Theil der Geburten in diesem und den zunächst liegenden Zeiträumen verlief. Es bleibt hierbei immer zu berücksichtigen, dass die bei weitem grössere Zahl der in der Gebäranstalt vorkommenden Geburten Erstgebärende betrifft, und sich unter den vorliegenden 1025 Personen, welche in der Anstalt geboren haben, 707 Erstgebärende und nur \$18 Mehrgebärende finden.

Die Störungen der Geburt, welche eine wesentliche Verzögerung des Verlaufes derselben bedingten, fanden sich vorzugsweise in den beiden ersten Geburtsperioden und machten sich als krampfhafte Stimmung der Gebärmutter durch unregelmässige, erfolglose und ungewöhnlich schmerzhafte Zusammenziehungen derselben kenntlich. Die häufige Erscheinung dieser abnormen Stimmung des Gebärorgans in der niederen Volksklasse, welche das Feld für die Beobachtung der geburtshülflichen Klinik bildet, findet genügende Erklärung sowohl in den äusseren Lebensverhältnissen derselben, als auch in der psychischen Stimmung, der grossen

441

## 442 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Zahl ausserehelich Geschwängerter, welche vorzugsweise die Aufnahme in die Gebäranstalt nachsuchen. Brethische Constitution, unterdrückte Hautthätigkeit, Indigestion, liegen daher am häufigsten dem Gebärmutterkrampf zum Grunde, neben denen allgemeine Blutfülle nicht selten zur Beobachtung kommt. Als vortreffliches Mittel in diesen Fällen bewährte sich wieder die schon in den früheren Berichten über die Wirksamkeit im geburtshülflichen Institute anerkannte Radix Ipecacuanhae, deren Gebrauch überall eine Anzeige findet, wo die kramphafte Stimmung der Gebärmutter nicht durch allgemeine oder örtlich im Gebärorgane bestehende Blutfülle bedingt wird. Hier fand sie immer erst nach allgemeinen Blutentziehungen ihre Anwendung. Die Rad. Ipecacuanhae wurde zu 2 Gran in Pausen von 15 Minuton gereicht, und zwar in der Regel bis zum Eintritte von Erbrechen, wozu in den meisten Fällen nur einige Gaben, selten 5 und darüber nöthig waren. Nach zahlreichen Erfahrungen scheint die volle krampfstillende Wirkung der Ipecacuanha bei Kreissenden erst mit dem Eintritte des Brbrechens und der vermehrten Hautthätigkeit hervorzutreten, und wo diese ausbleiben auch eine Verminderung des Krampfes sich gar nicht oder nur vorübergehend bemerkbar zu machen. In den vorliegenden Jahrgängen der geburtshülflichen Klinik wurde sie 178 Mal, und zwar meist mit günstigem Erfolge, angewendet. In 16 Fällen machte sich gleichzeitig grosse Straffheit der Geburtswege, namentlich Unnachgiebigkeit der Muttermundsränder, geltend, wogegen sich lokale Dampfbäder sehr wirksam erwiesen. Ganz unwirksam oder von unzureichendem Erfolge waren jene Mittel in 10 Fällen, in welchen noch das Opium, theils in Form des Pulvis Doweri, theils in der Tinct. thebaica in Gebrauch gezogen wurden, und endlich in 3 Fällen zeigten sich die Rad. Ipecacuanhae, das örtliche Dampfbad und das Opium wirkungslos, und es wich der Krampf erst der Anwendung eines allgemeinen warmen aromatischen Bades. In einer Reihe von Fällen trat der Krampf der Gebärmutter erst in der 5. Geburtsperiode hervor, und erforderte dann eine besondere Behandlung, wie bei Gelegenheit der Nachgeburtsbehandlung näher angeführt werden wird. Wie schon oben

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

erwähnt, war auch nicht selten allgemeine oder örtliche, auf die Geburtsorgane beschränkte Plethora Veranlassung zur Geburtsverzögerung, mochte dieselbe nun constitutionell sein, oder wie die letztere häufig sich erst während des Geburtsverlaufes ausbilden. Von der wohlthätigsten Wirkung erwiesen sich hier stets allgemeine Blutentziehungen, und wurden sie immer der Anwendung innerer Mittel vorausgeschickt. Nach Verminderung der Blutmasse, welche überhaupt bei 60 Geburten indicirt war, wurden bald kühlende Mittel gebraucht, bald erforderte die noch vorhandene krampfhafte Stimmung der Gebärmutter den Gebrauch der ipecacuanha, bald trat Wehenschwäche ein und forderte eine besondere Behandlung; in vielen reichte aber ein Aderlass zur Regelung der Geburtsthätigkeit aus.

Wie die krampfhafte Verstimmung der Geburtsthätigkeit vorzugsweise in den beiden ersten, machte sich die Wehenschwäche in den drei letzten Geburtsperioden besonders bemerkbar, und war entweder primär oder secundär eine Folge langdauernder krampfhafter Affektion der Gebärmutter, grosser erfolgloser Anstrengungen des Gebärorganes bei mechanischen und anderen Geburtshindernissen, übermässiger Menge von Fruchtwasser u. dergl., sowie auch sehr rapide verlaufener Geburten. In allen Fällen blieb bei der Behandlung der Wehenschwäche der Grundsatz geitend, ohne gefahrbringende Verhältnisse für Mutter oder Kind die Natur walten zu lassen, und nur dann medicinische oder mechanische Hülfe anzuwenden, wenn die Ueberzeugang gewonnen war, dass die Natur die Geburt in heilbringender Weise zu beendigen nicht ausreichend sei. den beiden ersten Geburtsperioden, wo durch eine Verzögerung der Geburt aus mangelhafter Entwicklung der Geburtsthätigkeit ein wesentlicher Nachtheil für Mutter und Kind nicht zu befürchten ist, beschränkte sich die ärztliche Thätigkeit auf Bewahrung gegen äussere schädliche Einflüsse und Regelung der Se- und Exkretionen, und wurde dies Verfahren in vielen Fällen durch günstigen Brfolg gekränt, indem sich die Geburtsthätigkeit allmälig zu voller Trat die Wehenschwäche dagegen in Kraft entwickelte. siner der drei letzten Geburtsperioden auf, se war ein

111

# 444 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtsbülfliche Klipik an der

kräftiger Eingriff zur Beförderung der Geburt häufig nothwendig, und es reichte in den meisten Fällen die Anwendung des Mutterkorns, des Borax, der Zimmttinktur und der Kälte zur Realisirung des Zweckes aus. - in 228 Fällen wurde das Mutterkorn in Gebrauch gezogen, und entweder in Pulverform oder als Tinct. Secalis cornuti in Pausen von 15 Minuten, das erstere zu Gr. x, die letztere zu einem Theelöffel voll gereicht. Das Mittel bewährte sich in fast allen Fällen glänzend, und bot selbst da, wo mechanische Hindernisse die Beendigung der Geburt durch Naturkraft nicht gestatteten, den Vortheil, dass die Gebärmutter nach Ausschluss des Kindes sich kräftig zusammenzog. Ein nachtheiliger Einfluss des Mutterkorns auf Mutter oder Kind wurde in keiner Weise beobachtet, und kann in dieser Beziehung auf die in den früheren Berichten niedergelegten Erfahrungen verwiesen werden In 33 Fällen von Wehenschwäche wurde der Borax zu 10 Gran in ‡stündigen Pausen angewendet. Auch dies Mittel leistete da gute Dienste, wo bei Aufregung im Gefässsysteme, allgemeiner Blutfülle, Neigung zu krampfhafter Affection des Gebärorganes die kühlende Wirkung dieses Salzes erwünscht schien. - Nur in 3 Fällen von grosser Torpidität der Gebärmutter kam die Zimmttinktur in Anwendung, ein Mittel, zu dem in der Gebäranstalt überhaupt selten gegriffen wird, da ihm nach früheren Erfahrungen eine sehr erhitzende Kraft innewohnt, und Gebärmutter-Blutflüsse in der 5. Geburtsperiode nach seiner Anwendung zu fürchten sind. In einem dieser Fälle, wo nach erfolglosem Gebrauche des Mutterkorns auch die Zimmttinktur ihre Dienste versagte, wurde die Kälte als wehenerregendes Mittel mit günstigstem Erfolge gebraucht, und zwar in Form von Ueberschlägen in kaltes Wasser getauchter, ausgedrückter Compressen, welche von 10 zu 10 Minuten erneuert wurden. Nach Anwendung des dritten Ueberschlages traten - kräftige und regelmässige Contraktionen des Uterus ein, welche die Geburt in kurzer Zeit beendeten.

Was den Einfluss der Dauer der Geburt auf die Gesundheit von Mutter und Kind betrifft, so blieben bei den am langsamsten verlaufenen Geburten, nämlich in 8 Tagen

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 445

und darüber, Mütter und Kinder ungefährdet. Im Uebrigen zeigte sich jedoch mit der längeren Dauer der Geburt eine Steigerung sowohl der Disposition zu Erkrankungen als der Sterblichkeit, wie aus den folgenden Tabellen ersichtlich ist.

Uebersicht der Dauer von 1008 Geburten in Beziehung auf die Sterblichkeit der Entbundenen.

Dauer der Geburt.	Zahl der Geburten.	Zahl der Gestorbenen.	Verbältniss.
bis su 2 Stunden von 2 bis 6 Stdn. "6", 12", "12", 18", "18", 24", "24", 36", "36", 48", "48", 60", "60", 72", "3", 4 Tagen "4", 5", "5", 6", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "10", "11", "11", "12", "12", "12", "12", "12", "13", "14", "1	23 144 280 199 143 115 54 20 10 12 2 3 1 2 3 1	1 9 6 11 2 5 4 2 5 1 1	$ \begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$
Summa:	1008	*47	1 von 21

Die sämmtlichen in dieser Tabelle aufgeführten gestorbenen Wöchnerinnen erlagen dem Kindbettfieber, und kam nur bei Biner derselben noch eine vom Wochenbette unabhängige Krankheit hinzu, nämlich Lungenschwindsucht. Alle Todesfälle gehören den Zeitabschnitten an, in welchen das Kindbettfieber epidemisch herrschte. — Aus der folgenden Tabelle ist zu ersehen, dass mit der Dauer der Geburt die Neigung zur Erkrankung am Kindbettfieber zunahm.

# 446 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshtilfliche Klinik an der

Uebersicht	VOD	62 Fälle	1 70 <u>n</u>	Puerp	eralfieber	i <b>n</b>
Bezie	hung	auf die	Dauer	r der (	Geburt.	

Dauer der Geburt.	Zahl der Geburten.	Zahl der Erkrankten.	Verhältniss.
bis zu 2 Stunden von 2 bis 6 Stdn. " 6 " 12 " " 12 " 18 " " 18 " 24 " " 24 " 36 " " 36 " 48 " " 36 " 48 " " 3 " 4 Tagen " 4 " 5 " " 7 " 8 " " Uber 8 Tage	23 144 280 199 143 115 54 20 10 12 2 3 1 2	$ \begin{array}{c c} 1 \\ 11 \\ 10 \\ 12 \\ 4 \\ 7 \\ 2 \\ -7 \\ -1 \\ -1 \\ -1 \end{array} $	1 von 23 1 " 13 1 " 28 1 " 18 1 " 18 1 " 36 1 " 16 1 " 8 1 " 10 1 " 2 
Summa:	1008	62	1 yon 16

# Zusammenstellung der unter der Geburt gestorbenen Kinder nach der Dauer der Geburt.

Dauer der Geburt.	• Zahl der Geburten.	Zahl der todtgeb. Kinder.	Verhältniss.
bis zu 2 Stunden von 2 bis 6 Stdn. " 6 " 12 " " 12 " 18 " " 18 " 24 " " 24 " 36 " " 36 " 48 " " 60 " 72 " " 3 " 4 Tageu " 4 " 5 " " 5 " 8 Tage	23 144 280 199 143 115 54 20 10 12 2 3 1 2 3 1 2	-2243221 14-11	$ \begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$
Summa:	1008	23	1 von 44

Dauer der Geburt.	Zabl der Geburten.	Zahl der gestorb. Kinder.	Verhältniss.
bis su 2 Stunden von 2 bis 6 Stdn. "6 ", 12 ", "12 ", 18 ", "12 ", 24 ", "24 ", 36 ", "36 ", 48 ", "36 ", 48 ", "60 ", 72 ", "3 ", 4 Tagen "4 ", 5 ", "5 ", 6 ", "7 ", 8 ", ", Uber 8 Tage	23 144 280 199 143 115 54 20 10 12 2 3 1 2	$ \begin{array}{c} 1\\ 2\\ 11\\ 7\\ 7\\ 8\\ 7\\ 2\\ -\\ 1\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\ -\\$	1 von 23 1 , 72 1 , 26 1 , 28 1 , 28 1 , 20 1 , 14 1 , 10 1 , 12 1 , 2 
Summa:	1008	47	1 von 21

Zusammenstellung der innerhalb der ersten 8Tage nach der Geburt gestorbenen Kinder nach der Dauer der Geburt.

### 3. Schnell verlaufene Geburten.

Die besonders schnell verlaufenen Geburten, von denen 10 bis zu einer Stunde und 13 bis zu 2 Stunden dauerten, brachten Müttern und Kindern im Allgemeinen keine bleibenden Nachtheile. Von den Entbundenen erkrankte und starb nur eine am Kindbettfieber; eine andere erlitt in Folge von Erschlaffung der Gebärmutter in der 5. Geburtsperiode einen bedeutenden Blutverlust, welcher die künstliche Lösung und Entfernung der Nachgeburt nöthig machte, und die Wöchnerin längere Zeit in einem Zustande grosser Schwäche erhielt. --- Von den Kindern kamen einige asphyktisch zur Welt, wurden aber wieder belebt. Zwei Fälle aus der Poliklinik des Jahres 1847 waren von Interesse, insofern in dem einen das Kind ohne Beistand einer sachverständigen Person geboren wurde, während die Kreissende sich auf dem Nachtgeschirre befand, in welches das Kind fiel, und in dem anderen das Kind auf die Dielen stürzte, während

# 450 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Welt kam, und erst nach einer Blutentleerung aus der Nabelschnur im warmen Bade zum regelmässigen Athmen gebracht wurde. Kurze Zeit nach der Geburt des Kindes traten plötzlich bei der Kreissenden heftige Convulsionen des ganzen Körpers ein, welche von frequentem vollem Pulse, geröthetem heissem Gesichte, starrer Pupille und völligem Schwinden des Bewusstseins begleitet waren. Es wurde sogleich ein starker Aderlass am Arme gemacht und kalte Umschläge auf den Kopf gelegt; die Convulsionen dauerten nach der Blutentleerung etwa noch 8 Minuten an, hörten dann ganz auf und 10 Minuten später kehrte auch das Bewusstsein wieder. Die Ausscheidung der Nachgeburt erfolgte während dessen von selbst. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

1843. 2) Bei einer Erstgebärenden von 17 Jahren trat in der dritten Geburtsperiode ein heftiger eklamptischer Anfall ein, dem in kurzen Pausen, während welcher das Bewusstsein der Kreissenden nicht wiederkehrte, mehrere Anfälle folgten. Es wurde sogleich zur Beendigung der Geburt geschritten und durch die Zange in 8 Tractionen ein todtes Kind entwickelt. Indess liessen auch jetzt die eklamptischen Anfälle nicht nach, und trotz der Anwendung allgemeiner Blutentziehungen, der Kälte auf den Kopf und innerer antiphlogistischer und krampfstillender Mittel erlag die Wöchnerin der Heftigkeit der Krankheit.

3) Bei einer Erstgebärenden von 23 Jahren verlief die Geburt bis in die dritte Geburtsperiode bei regelmässigen Wehen ohne Störung, als plötzlich ein eklamptischer Anfall, der sich in Pausen wiederholte, eintrat. Ein reichlicher Aderlass schien Besserung herbeizuführen, insofern die Natur die Geburt eines todten Mädchens beendete. Indess trat die Eklampsie nach Beendigung der Geburt in wiederholten Anfällen auf, und blieb erst nach einem zweiten Aderlass und der fortgesetzten Anwendung kalter Umschläge auf den Kopf und des Calomels fort.

1846. In diesem Jahre kamen 8 Falle von Eklampsie vor.

4) Bei einer 30 jährigen Erstgebärenden, welche sehr schwache Wehen hatte, stellten sich während des langsamen Verlaufs der Geburt eklamptische Anfälle ein, welche

### Königl. Friedr.-Wilhelm's Universität zu Berlin. 451

allmälig immer bäufiger und anhaltender wurden. Es wurde suerst die Ipecacuanha, jedoch ohne merklichen Erfolg, gebraucht, dann aber zur Beendigung der Geburt durch die Zange geschritten, und in 3 Tractionen das seit mehreren Stunden todte Kind entwickelt. Mit der Geburt des Kindes liessen zwar die Convulsionen nach, indess blieb die Entbundene in einem tief soporösen Zustande mit deutlichen Zeichen von Congestion nach dem Gehirn und wurde deshalb ein Aderlass gemacht und Kälte in Umschlägen auf den Kopf angewendet. Noch 48 Stunden dauerte die Bewusstlesigkeit an, und verlor sich dann allmälig ohne eine weitere nachtheilige Wirkung zurückzulassen.

5) Eine Erstgebärende von 23 Jahren verfiel mit dem ersten Auftreten der Wehen in Convulsionen, die mit halbstündiger bis stündiger Unterbrechung von Morgens 6 Uhr bis Abends 8 Ubr anhielten. Es wurde ein Aderlass gemacht, kalte Umschläge auf den Kopf, Senfteige an die Waden gelegt, aber ohne Erfolg: die Anfälle wurden immer heftiger, so dass bei Thaler grossem Muttermunde das Accouchement forcé ausgeführt und durch Wendung auf die Füsse und Extraction das in der ersten Schädelstellung liegende Kind ziemlich schnell geboren werden musste. Das Kind war aus der 34. Woche und augenscheinlich schon längere Zeit abgestorben. Nach der Geburt traten keine Convulsionen mehr ein; 20 Blutegel an den Kopf, Eisumschläge auf denselben, Klystire und innerlich Calomel mit Opium bewirkten, dass allmälig das laut röchelnde Athmen sich beruhigte und regelte, und nach 36 Stunden kehrte bei dieser anhaltend fortgesetzen Behandlung das Bewusstsein der Wöchnerin wieder.

6) Dieser Fall betrifft eine Erstgebärende von 20 Jahren, deren Schwangerschaft gut verlaufen war, deren Mutter aber bei mehreren Entbindungen von Eklampsie befallen worden war. Bei kaum geöffnetem Muttermunde sprang die Fruchtblase und eine grosse Schlinge der Nabelschnur fiel hervor. Beim ersten Hinzutritte ärztlicher Hulfe war hereits der Muttermund vollständig eröffnet, das Kind in der ersten Unterart der ersten Schulterlage mit weit vorliegender rechter Hand und Nabelschnur bei kräftigen We-

29\*

### 452 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

hen und grosser Aufregung der Kreissenden. Da die Nabelschnur noch Pulsation erwies, wurde die Wendung des Kindes auf die Füsse sogleich versucht, zeigte sich aber bei der festen Contraction des Uterus unausführbar. Zur Mässigung der starren Zusammenziehung der Gebärmutter wurde nun ein Aderlass gemacht und Ipecacuanha gereicht; indess änderte sich auch hiernach der Zustand nicht, und man beschloss nun, da das Kind während dessen abgestorben war, der sehr angegriffenen Kreissenden einige Ruhe zu gönnen. Diese trat jedoch nicht ein; vielmehr steigerte sich die Unruhe und Ungeduld der Kreissenden, das Gesicht röthete sich, das Auge wurde starr und plötzlich trat ein heftiger Anfall von Eklampsie auf. Nach einem zweiten starken Aderlass hörten zwar die Convulsionen auf, das Bewusstsein kehrte jedoch nicht wieder. Ein zweiter Wendungsversuch blieb ebenfalls erfolglos und wurde von einem neuen eklamptischen Anfalle gefolgt. Es wurde deshalb zur Beendigung der Geburt zur Exenteration des Kindes geschritten, während welcher Operation durch die bereits erfolgte Lösung der Placenta, welche mit dem Kinde zugleich ausgeschieden wurde, starker Blutabgang erfolgte. Wiewohl die Entbundene nach der Operation sich sehr erleichtert fühlte und bei Bewusstsein ruhig in ihrem Bette lag, kehrte doch nach einiger Zeit noch ein Anfall von Eklampsie mit reichlichem Blutabgange aus der Gebärmutter wieder. dem aber als dem letzten volles Bewusstsein folgte. Mehrere Stunden lang fühlte sich nun die Entbundene recht wohl; indess entwickelte sich schon am Abende heftige Peritonitis, die mit rapidem Verlaufe schon am Abende des zweiten Tages den Tod herbeiführte.

### 6. Vorfall der Scheide und Gehärmutter.

Vorfall der Scheide in geringerem Grade wurde bei vielen Kreissenden beobachtet, ohne dass dadurch eine wesentliche Störung des Geburtsverlaufes bedingt worden wäre. In 4 Fällen war das Uebel in höherem Grade vorhanden, und machte besondere Sorgfalt bei der Leitung der Geburt nothwendig. Im Jahre 1842 fand sich bei einer Kreissenden ein grosser Scheidenvorfall und ein doppelter

Schepkelbruch vor. Da die Wehen kräftig waren und eine baldige Beendigung der Geburt versprachen, wurde das Verarbeiten derselben ganz verboten, und der Vorfall mittels eines in Oel getauchten Tuches zurückgehalten. Auf diese Weise gelang es, die Geburt ohne Kunsteingriff zu Ende zu führen. - Im Jahre 1843 waren bei einer Erstgebärenden von 24 Jahren die beiden ersten Geburtsperioden ziemlich schnell verlaufen, als beim Herabtreten des Kindeskopfes in das Becken die vordere Wand der Scheide und mit ihr die vordere Muttermundslippe weit vorgedrängt wurden. Es entstand hierdurch ein so bedeutendes Hinderniss, dass der Kindeskopf trotz der guten Wehen in der dritten Bekkenapertur unverrückt stehen blieb, während die vordere Muttermundslippe unter dem Drucke bedeutend anschwoll, und sich Kopfgeschwulst ausbildete. Die Geburt musste mit der Zange beendet werden. -- Im Jahre 1845 trat bei einer Kreissenden durch Erbrechen ein Scheidenvorfall ein, welcher jedoch, nach Beseitigung des ersteren durch eine Kalisaturation, reponirt werden konnte, und durch einen Badeschwamm bis gegen Ende der Geburt zurückgehalten wurde. Beim Einschneiden des Kindeskopfes trat der Vorfall wieder ein, und mit ihm drängte sich die vordere Muttermundslippe unter dem Schaambogen vor; durch vorsichtiges Zurückschieben und Halten dieser Theile mit den Fingern gelang es, das Hinderniss zu beseitigen und das Durchschneiden des Kopfes ohne Verletzung der Mutter zu ermöglichen. - 1846. Eine Mehrgebärende von 29 Jahren hatte bei ihrer zweiten Entbindung einen Scheiden- und Gebärmuttervorfall davon getragen und hatte das nächstfolgende dritte Kind in der Fusslage extrahirt werden müssen. Bei der jetzigen Geburt stand der Kopf in der dritten Lage tief im Becken und hatte den Vorfall weit hervorgedrängt, der beim Mitpressen während der Wehen so heftig gezerrt wurde, dass eine Zerreissung der Scheide zu befürchten stand. Es wurde deshalb zur Beendigung der Geburt die Zange angelegt, und während der Ausziehung der Vorfall durch einen Assistenten mit einem Tuche kräftig zurückge. halten. Das Kind folgte leicht, war aus dem 7. Monate

453

# 454 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

und starb nach kurzer Zeit. Der Vorfall wurde nach der Geburt reponirt.

### 7. Oedem der Schaamlippe.

Dies Leiden kam im Ganzen 3 Mal in bedeutenderem Grade vor. Im Jahre 1842 fanden sich 2 Fälle der Art, in welchen die Geschwulst so bedeutend war, dass selbst die Untersuchung mit dem Finger sehr behindert und schwierig und jede Berührung der Geschlechtstheile äusserst schmerz-Durch Ueberschläge von Aqua Goulardi und haft war. Oeleinreibungen gelang es in einem Falle, Schmerz und Geschwulst zu mindern, im andern war jedoch ein fieberhafter Zustand durch das örtliche Leiden hervorgerufen, und es wurde noch ein Aderlass nöthig. Beide Geburten wurden übrigens durch die Natur beendet, nachdem die Wehen durch den Gebrauch des Mutterkorns gekräftigt wa-Später verlor sich das Oedem unter der Anwendung ren. von Fomenten aus Chamillenthee mit Bleiwasser. --- Im Jahre 1847 litt eine Erstgebärende von 26 Jahren an demselben Uebel, und zwar waren hier die äusseren Geschlechtstheile und die Extremitäten so bedeutend geschwollen, dass durch die Faust grossen äusseren Schaamlinden der Scheideneingang fast ganz verschlossen wurde, und der untersuchende Finger nur unter heftigen Schmerzen eingeführt werden konnte. Durch Punktion der Geschwulst mit einer feinen Nadel gelang es, dieselbe so zu verkleinern, dass die Geburt durch Naturkraft ohne Nachtheil beendet werden konnte. Im Wochenhette fand reichliche Entiesrung einer stinkenden wässrigen Flüssigkeit aus den Geschlechtstheilen statt, welche beim Gebrauche von Einsprizzungen mit Liquor Chlori ihre Qualität besserte und allmälig aufhörte.

#### 8. Blutflüsse.

Blutungen aus den Geburtstheilen wurden in allen Geburtsperioden beobachtet, kamen in den vier ersten Perioden, die Fälle von Abortus abgerechnet, welche fast ohne Ausnahme mit mehr oder weniger Blutfluss verbunden waren, selten vor, in bedeutender Zahl dagegen in der

Nachgeburtsperiode und unmittelbar nach Ausscheidung der Nachgeburt.

a) Blutflüsse in den ersten 4 Geburtsperioden, bei normalem Sitze der Placenta.

Wie schon oben bemerkt, war der Vorgang des Abortus in allen zur Beobachtung gekommenen Fällen mit Blutung verbunden, welche mit der Ausstossung des Eies stets ihre Endschaft erreichte. Wenn der Blutverlust auch nie eine Höhe erreichte, dass wirkliche Lebengefahr für die Kreissende eintrat, war er doch in mehreren Fallen so bedeutend, dass zu seiner Minderung eingeschritten werden musste. Da seine Endschaft mit der Entleerung der Gebärmutter einzutreten pflegt, wurde da, wo die Geburt weit genug vorgeschritten war, um einen gewaltlosen machanischen Eingriff zu gestatten, das Ei entfernt, wobei jedoch zu bemerken, dass ein gewaltsames Abtrennen desselben von der Gebärmutterwand stets gemieden und nur das gelöste Bi oder die Frucht weggenommen wurde. Von arzneilichen Mitteln weren es Mutterkorn und Zimmttinktur. welche abwechselnd mit den Mineralsäuren und den Aetherarten gegeben wurden; die letzteren, und namentlich der Aether aceticus, als Analeptica bei grosser Erschöpfung durch den Blutverlust, wie sie bei einer Abortirenden im Jahre 1842 eintrat, welche von Ohnmachten, Wachsbleiche der Haut, kalten Extremitäten, fadenförmigem Pulse u.s. w. befallen wurde. In den leichteren Fällen genügte horizontale Rückenlage und ruhiges, kühles Verhalten. Ausser Körperschwäche wurden nachtheilige Folgen des Abortus night beobachtet.

Blutflüsse bei ausgetragenen Kindern kamen 12 Mal vor, nämlich 1 Mal i. Jahre 1842, 3 Mal i. J. 1843, 1 Mal i. J. 1844, 3 Mal i. J. 1845, 2 Mal i. J. 1846 und 2 Mal i. J. 1847.

Der Fall des Jahres 1842 betraf eine Zwillingsgeburt, wo es durch den Gebrauch des Acidum sulphuricum mit Zimmtwasser gelang, den Blulfluss auf einen so geringen Grad zu mässigen, dass die Geburt beider Kinder durch die Geburt beendet werden konnte. Die Mutter erfuhr

455

#### 458 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtsbülfliche Klinik an der

7 Monate alte Knabe lebte bis zum dritten Tage und starb dann an Schwäche. Die Entbundene erholte sich schnell.

2) Bei einer 27 jährigen zum 7. Male gebärenden Frau waren bereits im letzten Monate der Schwangerschaft wiederholt starke Blutungen aus der Gebärmutter eingetreten. welche die an und für sich schwächliche Frau sehr herunterbrachten. Während der Geburt traten mit jeder Wehe neue Blutungen ein, und als Hülfe in der Gebäranstalt nachgesucht wurde, lag die Frau schon in Folge des Blutverlustes in Ohnmacht. Die Untersuchung ergab Placenta praevia centralis und hoch über dem Beckeneingange nach vorn den Kindeskopf stehend. Obwohl der Muttermund noch nicht vollständig eröffnet war, gebot doch der gefahrvolle Zustand der Frau die schleunige Beendigung der Geburt, und es wurde zu dem Ende, nach Darreichung von Analepticis für die Frau, das Kind auf die Füsse gewendet und extrahirt, und durch Lösung der Placenta die Geburt beendigt. Das Kind kam scheintodt zur Welt, wurde aber in's Leben gerufen. Die Blutung hatte zwar mit Ausschluss der Placenta ein Ende, indess war die Entbundene sehr erschöpft, erkrankte an dem zur Zeit epidemisch herrschenden Kindbettfieber, und starb 6 Wochen nach ihrer Bntbindung an Endometritis septica.

1843. 3) Eine Frau von 32 Jahren, welche zum 4ten Male schwanger war, hatte zu Anfange des 10. Mondsmonates ihrer Schwangerschaft eine heftige bis zur Ohnmacht fuhrende Metrorrhagie gehabt, welche sich nach 8 Wochen wiederholte und durch Tamponiren von Muttermand und Scheide gehemmt wurde. Als sie sich einen Tag später Halfe in der Entbindungsanstalt erbat, war sie webenfrei, der Muttermund wenig geöffnet, auf demselben die Placenta, der Kindeskopf hoch über dem Becken stehend. Es wurde zunächst Ruhe und der Gebrauch von Acidum sulph. dilut. in Decoct. Athaeae angeordnet, Es entwickelten sich jedoch bald Wehen, und mit denselben trat Blutabgang ein; der Muttermund erweiterte sich allmälig und liess nun deutlicher den centralen Sitz der Placenta auf dem Muttermunde erkennen. Die Wehen waren selten und der Blutabgang gering, so dass dasselbe Verhalten bis zum dritten Tage ohne Gefahr für Mutter und Kind beibehalten werden konnte. Dann traten aber kräftige Wehen ein, welche die Lösung des kleinern an der rechten Seite aufsitzenden Theils der Placenta und heftigern Blutfluss bewirkten, welcher letztere die Kräfte der Frau rasch sinken machte. Zur Beendigung der Geburt wurde deshalb der Zweithalerstück gross geöffnete Muttermund mit der Hand vollständig erweitert und extrahirt. Mutter und Kind wurden am Leben erhalten.

1844 wurden 2 Fälle von Placenta praevia beobachtet.

4) Eine kräftige Person von 24 Jahren, zum ersten Mal schwanger, meldete sich im August zur Aufnahme in die Entbindungs-Anstalt, und ergab sich nach der vorgenommenen Untersuchung, bei welcher ein vorliegender Kindestheil nicht gefühlt werden konnte, der richtige Termin ihrer Niederkunft für die Zeit vom Oktober bis November. Bel der inneren Untersuchung machte sich ein geringer Blutabgang bemerkbar, welchen die Schwangere während der ganzen Schwangerschaft ab und zu gehabt zu haben erklärte; da sie zugleich vielfach von allgemeiner Blutflülle, welche sich in ihrer ganzen Constitution aussprach, zu leiden hatte, wurde 14 Tage vor Eintritt der ersten Wehen ein reichlicher Aderlass vorgenommen. Die Blutungen stellten sich jedoch häufiger und reichlicher ein, und steigerten sich zu Ende des Monats September zur wahren Metrorrhagie. Bei der jetzt vorgenommenen Untersuchung zeigte sich der Muttermund für die Fingerspitze zugänglich, die Bänder waren weich, dünn und schmerzlos; am vordern Rand war deutlich die einen Zoll weit erfolgte Lösung der tiefsitzenden Placenta zu fühlen, nach hinten innerhalb der Fruchtblåse ein Convolut der kräftig pulsirenden Nabelschnur und über dem Beckeneingange der ballottirende Eindeskopf. Bei dem ununterbrochen anhaltenden starken Blutflusse wurde das Accouchement force ausgeführt und das 4 bis 6 Wochen zu früh geborene. Kind lebend ent wickelt. Schon 14 Tage später konnten Mutter und Kind gesund die Anstalt verlassen.

5) Bei einer Mehrgebärenden von 36 Jahren fand sich, als sie Hüffe aus der Anstalt nachsuchte, heftiger Blutfluss, und die Placenta mit einem Theile frei auf dem fast eröffneten Muttermunde liegend; der Kindeskopf stand in erster Lage beweglich über dem Beckeneingange. Es wurde die Wendung des Kindes auf die Füsse und die Extraction vorgenommen, wobei der steckenbleibende Kopf noch mit der Zange entwickelt werden musste. Das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde zwar nach langem Bemühen zu regelmässiger Respiration gebracht, starb aber schon nach 7 Stunden an Schwäche. Die Mutter erholte sich schnell.

1847 kam Placenta praevia in zwei Fällen zur Beobachtung.

6) Bei einer 32 jährigen Erstgebärenden reichte die Placenta nur bis an den Rand des Muttermundes; das Kind lag in der 3. Unterlage 1. Unterart. Nachdem der vorhandene Krampf der Gebärmutter und zugleich die Metrorrhagie behandelt waren, wurde das Kind auf die Füsse gewendet und extrahirt. Es kam todt zur Welt; die Mutter blieb gesund.

7) Eine 35 jährige Mehrgebärende hatte schon in der letzten Zeit der Schwangerschaft Blut verloren, und bei der im 8. Monate zu früh eintretenden Geburt zeigte sich der Muttermund vollständig von der oentral aufsitzenden Placenta hedeckt. Der Blutfluss war abwechselnd stark und wurde durch wiederholt eingelegte Charpietampons möglichst unterdrückt, bis der Muttermund in Thalerstükgrässe geöffnet war. Durch die zunehmende Schwäche der Kreissenden wurde indess jetzt die Beendigung der Geburt geboten, da auch der Tampon die Blutung nicht völlig zu unterdrücken vermochte. Es wurde deshalb der Muttermund mit der Hand vollständig erweitert, das in 2. Schulterlage 2. Unterart befindliche Kind auf die Füsse gewendet und extrahirt, dabei der Kopf mit der Zange entwickelt, und dann sogleich die Nachgeburt entfernt und die Scheide tamponirt. Das Kind kam todt zur Welt; die Mutter erkrankte am Kindbettfieber und starb 4 Wochen nach ihrer Entbindung.

c) Blutflüsse in der Nachgeburtsperiode wurden in 192 Fällen beobachtet; sie waren in der grösseren Zahl so heftig und gefahrbringend, dass sie nicht nur ein

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 461

arzneiliches, sondern auch ein operatives Eingreifen erforderten. Bei der grossen Sorgfalt, welche in der Entbindungs-Anstalt der 5. Geburtsperiode gewidmet, und den Schülern dringend ans Herz gelegt wird, fehlte es nie an einer zeitigen zweckmässigen Behandlung dieses gefahrvollen Zufalles, und doch wurden 4 Frauen Opfer der Metrorrhagie. Die Veranlassung zu diesen Blutungen wurde durch folgende Verhältnisse gegeben.

1) Allgemeine Blutfülle oder solche des Gebärorgans tagen in 4 Fällen dem Blutflusse in der 5. Geburtsperiode zum Grunde und wurden ohne Schwierigkeit durch die örtliche Anwendung der Kälte in Umschlägen auf den Unterleib oder Einspritzungen in die Scheide und durch den inneren Gebrauch der Mineralsäuren beseitigt.

2) Durch nur theilweise Lösung der Placenta von der Uteruswand, --- während der andere Theil mehr oder minder fest adhärirte, -- ohne Wehenschwäche wurde in 58 Fällen Veranlassung zu Blutflüssen gegeben, und das Gefahrvolle derselben in 7 Fällen noch durch Krampf der Gebärmutter gesteigert. Das sicherste Heilmittel bot hier immer die künstliche Lösung mit der in die Gebärmutter geführten Hand, welche auch in der Mehrzahl der Fälle ausgeführt wurde, wo entweder die Blutung mit gefahrbringender Heftigkeit auftrat, oder ein Theil der Placenta so fest adhärirte, dass seine Lösung durch die Naturkraft erst nach so langer Zeit zu erwarten stand, dass auch eine mässige Blutung in diesem Zeitraume gefährlich werden musste. Mit der Entfernung der Nachgeburt war auch stets der Blutung ein Ziel gesetzt, und bezweckten daher auch die angewendeten Arzneimittel die Erhöhung der Thätigkeit des Gebärorganes, wie Mutterkorn, Zimmettinktur und die Kälte, neben welchen die Mineralsäuren und die Aetherarten als Analeptica in Gebrauch kamen. -- In jenen Fällen, wo zugleich Krampf der Gebärmutter vorhanden war; ging dem operativen Eingriffe die Behandlung des Krampfes voraus.

3) Wehenschwäche mit oder ohne feste Adhäsion der Placenta, stets aber mit wenigstens theilweiser Lösung derselben, wurde in 118 Fällen beobachtet, und gab zu den

### 482 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshälfliche Klinik an der

bedenklichsten Zufällen Veranlassung, indem hier das Blut in grosser Quantität schnell entströmte, und nach gelungener Stillung desselben leicht Recidive eintraten. In den meisten Fällen war die Wehenschwäche der 5. Geburtsperiode constitutionell und hatte sich in der früheren Geburtsperiode bereits geltend gemacht, oder sie war eine Folge anderweiter abnormer Geburtsthätigkeit, wie des Krampfes oder der Hyperdynamie des Uterus u. s. w., und trat gleich nach Ausschluss des Kindes, oder einige Zeit später, selbst nach erfolgter Lösung der Placenta, hervor. Da eine dauernde Contraction der Gebärmutter nur nach ihrer Entleerung von fremden Massen erwartet werden darf, so bezog sich auch hierauf das erste Handeln, und zwar versuchte man zunächst durch kreisförmiges Reiben und seitlichen Druck der Gebärmutter kräftige Contractionen und die Ausscheidung der Nachgeburt zu bewirken. Dies Verfahren war auch in 39 Fällen erfolgreich, und wurde zur Verhütung einer neuen Erschlaffung der Gebärmutter durch den Gebrauch des Mutterkorns, der Zimmettinktur und der Mineralsäuren unterstützt. In den übrigen Fällen wurde die Placenta künstlich entfernt, welche Operation sich auch in diesen Fällen als vorzüglich heilsam zur Beseitigung des Blutflusses erwies. Der Reiz, welchen die in die Uterushöhle eingeführte Hand bei der Berührung der Wandung derselben ausübte, hatte in vielen Fällen kräftige Contractionen zur Folge, und er wurde deshalb auch mit Nutzen in jenen Fällen ausgeübt, wo nach Ausscheidung der Nachgeburt von Neuem Erschlaffung der Gebärmutter und Blutfluss eintraten. In einzelnen Fällen war jedoch der Schwächezustand der Gebärmutter so gross, dass weder die künstliche Entfernung der Nachgeburt, noch der Gebrauch des Mutterkorns, der Zimmttinktur und der Mineralsäuren sie dauernd zu heben vermochten; hier bewährte sich die Kälte in Umschlägen auf den Unterleib und in Einspritzungen unmittelbar auf die innere Gebärmutterwand angewendet. Die schan oben bei Gelegenheit der Wehenschwäche überhaupt gemachte Bemerkung, dass die Kälte selbst in sehr hartnäckigen Fällen von Adynamia uteri, wo Mutterkorn, Zimmttinktur u. s. w, orfolgies angewendet worden waren, die contractive Thä-

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 488

tigkeit des Gebärmutterarganes hervorzuralen vermochte. fand ihre Bestätigung hier, und zwar genügte in einer Reihe von Fällen das Auflegen in kaltes Wasser getauchter Tücher auf den Unterleib; in andern Fällen, wo die Blutung sehr profus war, wurde kaltes Wasser in die Gebärmutterhöhle selbst eingespritzt, und in der Regel eine schnelle Contraktion dieses Organes gewonnen. Ein Nachtheil dieser Injektionen von kaltem Wasser in die Gebärmutter stellte sich nicht heraus, und bestätigten sich die hier und da angegehenen Erfahrungen von ihrem schädlichen Einflusse nicht. Indess war auch ihre Wirkung nicht überall ausreichend, wie aus weiteren 8 Fällen hervorgeht, von denen 3 mit dem Tode der Entbundenen endigten. Die hartnäckige Erschlaffung der Gebärmutter war hier theils Folge langdauernder und mit eingreifenden Operationen verbundener Geburten, theils heftiger Metrorrhagieen, gegen welche erst spät ein kunstgemästes Verfahren angewendet werden konnte, In 5 Fällen gelang es durch Auflegen eines Sandsackes auf den Unterleib, der Blutung Herr zu werden und durch zweckmässige innnere Behandlung die tief gesunkenen Kräfte der Entbundenen wieder zu heben. - Die Todesfälle, sämmtlich der Poliklinik angehörend, waren folgende:

a) Im Jahre 1843 wurde eine Mehrgebärende von 85 Jahren leicht von einem Knaben, der in der ersten Kopflage stand, 5 Stunden nach dem ersten Auftreten der Wehen entbunden. In der 5. Geburtsperiode trat Erschlaffung der Gebärmutter und heftiger Blutfluss aus derselben ein, weloher die Kräfte der Frau schon sehr geschwächt hatte, als von der Anstalt die nachgesuchte Hülfe eintreffen konnte. Die zum Theil noch ungelöste Placenta wurde künstlich entfernt, und es gelang auch, Contraction des Uterus und Stillung des Blutflusses zu bewirken, indess war durch den heftigen Blutfluss so grosse Anämie eingetreten, dass die belebenden und stärkenden Mittel erfolglos angewendet wurden, und die Frau schon 3 Stunden nach der Geburt starb.

b) 1846. Eine Erstgebärende von 33 Jahren, welche ein beschränktes Becken rhachtischer Form mit einer Conjugata von etwa 3 Zoll hatte, war bereits wiederholten

### 464 XXXIV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Versuchen, das in der 8. Gesichtslage im Beckeneingange festgekeilte Kind durch die Zange zu entwickeln, unterworfen gewesen, als die Hülfe der Anstalt beansprucht wurde. Die Geburt des Kindes wurde nun durch Perforation und Kephalotripsie beendigt, worauf der Uterus sich gut contrahirte und die Nachgeburt bald entfernt werden konnte. Kurz darauf trat aber mit Erschlaffung der Gebärmutter ein heftiger Blutfluss aus derselben ein, der nach erfolgter Anwendung der üblichen Mittel erst durch Auflegen eines Sandsackes auf den Unterleib zum Stillstand gebracht werden konnte. Die schon durch die Geburt angegriffene Frau war äusserst schwach; wiederholten Ohnmachten folgte trotz der eifrigen Anwendung stärkender und belebender Mittel unruhiges Umherwerfen, Dyspnöe und nach 5 Stunden der Tod.

c) 1847. Eine Frau von 40 Jahren, welche schon oft geboren und mehrmals abortirt hatte, und durch unglückliche Lebensverhältnisse kachektisch geworden war, wurde wegen regelwidriger Lage des Kindes durch Wendung desselben auf einen Fuss und Extraction entbunden, wobei der Kopf mit der Zange entwickelt werden musste. Gleich nach Geburt des Kindes trat ein heftiger Gebärmutterblutfluss ein, der zwar nach schneller Entfernung der Placenta nachliess, bald aber wiederkehrte und in geringerm Maasse andauerte, obwohl Contraction der Gebärmutter eintrat. Durch Tamponiren der Scheide wurde dem Blutflusse ein Ziel gesetzt. Der Blutverlust war jedoch sehon so ersohöpfend gewesen, dass die Frau besinnungslos dalag, und nachdem sie mit Mühe zu sich gebracht war, wiederholt in Ohnmacht fiel. Erst allmälig erholte sie sich, der Puls wurde kräftiger und gab nach 3 Stunden Hoffnung zu ihrem Wiederaufkommen. Indess trat am folgenden Tage plotzlich, ohne dass weiter Blutabgang stattgefunden hatte, der Tod ein.

(Fortsetzung folgt.)

### XXXV.

### Notizen aus der Journal-Literatur.

### Matthew Duncan: Menstruation und Superfötation.

Duncan zeigte in einer Sitzung der Edinb. Physiol. Soc. im März 1853 einen Uterus vor, der sich etwa am Ende des zweiten Schwangerschaftsmonates befand. Er hob die schleimige Structur der Decidua vera und reflexa hervor, sowie das Offenstehen der Tuben und des Mutterhalses, in welchem letzteren der Schleimpfropf adhärirend zu sehen war.

Das Präparat erläuterte den Vorgang bei der zuweilen in den ersten Schwangerschaftsmonaten stattfindenden Menstruation, und dass sie aus ihrer gewöhnlichen Quelle, der inneren Drüsenhaut des Uterus, komme. Diese Membran könne so lange die Quelle der Absonderung sein, bis die Uterushöhle durch Verschmelzung der beiden Deciduä im 3. Monat vollkommen geschlossen sei. Das einzige Hinderniss der Abscheidung sei der Cervicalschleim, der ja auch im nicht schwangeren Organ vorhanden sei und bei jeder Menstruation weggeschaft werden müsse.

Aus denselben Gründen glaubt D., dass Superfötation bis etwa in den dritten Monat der Schwangerschaft stattfinden könne, indem die Communication zwischen Scheide und Ovarien bis zu dieser Zeit ganz frei sei. Wenn man annehme, das erste Kind in einem Falle von Superfötation werde am Ende des siebenten Monats bereits lebensfähig geboren, und das zweite sei etwa am Ende des dritten Fötalmonats des ersten gezeugt worden, so erhalte man eine Zwischenzeit von 5 Monaten zwischen der Geburt zweier lebensfähiger Kinder, eine Zeit, welche die meisten authentischen Fälle von Superfötation in sich einschliesse und erklären werde.

(Edinburgh Monthly Journal. May 1853.)

J. H. Houghton: Ueber Vorfall der Gebärmutter und Scheide während der Schwangerschaft und Geburt.

Houghton berichtet einen Fall dieser seltenen Krankheit aus seiner eigenen Beobachtung, und stellt 14 gleichartige Fälle aus Monatsschr. f. Geburtsk. 1954. Bd. III. Bh. 6. 30

den Schriften von Merriman, Davis, Ashwell und Capuron susammen.

Die Frau litt seit ihrem ersten vernachlässigten Wochenbett an Vorfall des Uterus. Während der zweiten Schwangerschaft stellte sich Retroversion des Uterus ein, der bald Abortus folgte. Von da an war der Uterus täglich, auch während der gegenwärtigen Schwangerschaft, vorgefallen.

H., zur Entbindung gerufen, fand die Geburt wohl eingeleitet, die Wasser abgeflossen, den beinahe am Ausgange der Scheide liegenden Uterusmund thalergross erweitert, der untere Conus des Uterus aber war so dick, dass die Entfernung von der Stelle, an welche der Kindskopf aufdrückte, bis zum Rand des Mundes, 3 Zoll betrug. Diese so sehr verdickten Lippen waren rigid und gaben nicht nach. Die Wehen waren regelmässig und von genügender Stärke. Beim Fortschritt der Geburt kamen Uterus und Kopf als eine Masse herunter, welche die vordere Wand der Scheide mit sich zog und am Ende ganz evertirte; diese Geschwulst stand swischen den erweiterten Schamlippen. Da dies Herabsteigen fortfuhr, ohne dass sich der Muttermund im Geringsten erweiterte, so trat die vordere Muttermundslippe am Ende aus der Vulva heraus, und die vordere Hälfte des Uterus bildete mit der hinteren Hälfte der Vaginalöffnung eine elliptische Oeffnung, durch welche der Kopf des Kindes leicht gefühlt und, wenn nöthig, gesehen werden konnte. Ber Uterus blieb aber fest und unnachgiebig, trat mehrmals vor die Vulva heraus; das Kind hatte ein enormes Caput succedaneum. - Nach 4 Stunden hatte sich der Muttermund etwas erweitert, die Wehen waren sehr schmerzhaft und nur durch Darreichung von Laudanum erträglich.

H. war entschlossen, auf Erweiterung des Muttermundes zu warten, und in der Zwischenzeit suchte er die vollständige Inversion der Scheide zu verhüten. Er reponirte nun Gebärmutter und Scheide so gut als möglich; dann bewachte er die Finger seiner rechten Hand in den vorderen Scheidengrund, den Daumen aber in den hinteren. Indem er so den Muttermund und Kindskopf umfasste, unterstützte er die ganze Masse, während der Kopf des Kindes auf den Muttermund drücken und ihn erweitern konnte. In dieser Weise kam Erweiterung des Mundes langsam zu Stande, besonders durch Erweichung der hintern Lippe, worauf der Muttermund den Kindskopf dicht umschloss. Etwa 7 Stunden nach H.'s Hinsukommen wurde das Kind geboren, indem die hintere Muttermundelippe etwa einen Zoll weit einrise. Patientin erholte sich bald, blieb aber dem Prolapsus unterworfen.

Die erwähnte Uebersicht von 14 Fällen etgiebt folgende Resultate: Zwei dem Vorfall unterworfene Frauen waren Primiparae, vier Multiparae; in acht Fällen ist die Zahl der Schwangerschaften nicht erwähnt. Die Kindeslage ist in 12 Fällen nicht angeführt, 2 waren Kopflagen. Der Muttermund war in 4 Fällen starr, in 10 unbemerkt. Der Prolapsus war vollständig in 13; in 1 keine Erwähnung. In einem Falle wurden Aderlass, Brechweinstein und Opium als erschlaffende Mittel mit Erfolg angewandt. In 4 Fällen wurde Gegendruck geübt, der Uterus unterstützt; in 4 künstliche Erweiterung des Muttermundes. In 4 ist die Behandlung nicht deutlich angegeben, in 2 Fällen wurde der Muttermund eingeschnitten. In 1 Falle riss der Mutterhals ein. Operation am Kind, Wendung, war in 1 Falle erforderlich. In 12 Fällen erholte sich die Patientin (wahrscheinlich mit fortdauerndem Vorfall). In einem Falle erfolgte Tod, in einem Erholung ohne Prolapsus.

Die Berichte über Behandlung der Krankheiten sind sehr mager. Unterstützung des Uterus, Erweiterung und Einschneiden des Mundes wurden am häufigsten angewandt. Die Unterstützung ist wohl in allen Fällen von Uterusvorfall während der Geburt anwendbar, besonders wenn man sie mit den Fingerspitzen im Grunde der Scheide ausübt. — H. spricht sich gegen mechanische Erweiterung aus, weil durch ihre Ausführung die Reflexfunction des Uterus leicht zu hoch gereizt werden könne, wobei man Gefahr laufe, dass der Hals oder Körper des Uterus zerreisse, (obwohl davon in 4 Fällen nichts erwähnt wird, und deshalb diese Gefahr als eingebildet zu betrachten ist). Das Einschneiden des Halses wird dagegen, von H. empfohlen. Es ist aber erst anzuwenden, nachdem die Unterstützung für einige Zeit ausgeführt worden und wenn die Rigididät ungeachtet der gewöhnlichen Gegenmittel fortdauert.

(Dublin Quart. Journ. of Med. May 1853.)

Chiari: Schwangerschaft bei Anomalien des Uterus.

Der erste Fall betrifft eine 32 jährige Erstgebärende mit kleinem schwächlichem Körperbau, kyphotischer und scoliotischer Verbildung der Wirbelsäule; Beckenverengung in der Conjugata des Einganges um mehr als §". Bei der inneren Untersuchung findet sich die Scheide vom Eingange an durch ein fleischiges Septum getheilt, in jeder Hälfte zeigt sich ein Muttermund, die elastische Uterussonde dringt leichter in die rechte Hälfte, wo sich auch der Kopf leichter fühlen lässt. Es wird die künstliche Frühgeburt in

30 \*

der 36. Woche eingeleitet. Die Methode von Scanzoni ist erfolglos, und während der Anwendung der Uterus Douche endet ein eklamptischer Aufall mit bedeutender Cyanose und Unterbrechung der Respiration bald das Leben. Durch die Sectio caesarea wird ein schwaches Kind entwickelt, welches bald stirbt. Die Section der mütterlichen Leiche ergiebt, dass, wie die Schelde, so auch der Uterus durch eine dicke Wand getheilt ist. Die rechte stärker entwickelte Hälfte enthält im Grunde die Placenta, welche zum Theil mit am Septum sitzt. Die linke Hälfte ist sehr dickwandig, äusserlich wenig unterschieden, innerlich mit einer zottigen, gelblichen, mehrere Linien dicken Schicht ausgekleidet. Beide Hälften haben gleiche Länge, doch ist die rechte weiter.

Im zweiten Falle starb die Wöchnerin, auch Erstgebärende, die auf der Strasse ein mittelgrosses Kind in Steisslage geboren und bei ungleichmässiger Zusammenziehung des Uterus eine bedeutende Blutung gehabt hatte, welche nach Entfernung der Placenta stand, an Peritonitis und Endometritis septica. Bei der Section ist der bedeutend dickwandige Uterus durch eine 2" lange, von oben nach abwärts und von den Seiten nach der Mitte zu dünner werdende, nach unten in einen concaven Rand ausgehende Scheidewand in 2 Hälften getheilt, deren rechte die Insertionsstelle der Placenta zeigt, deren linke ebenfalls sehr geräumig ist; Längendurchmesser 2", Breitendurchmesser nahe 2".

Chiari bemerkt, dass die Veränderungen des Uterus bilocularis bedeutende Massenzunahmen beider Hälften des Septum zeigen, sowohl in der Schwangerschaft, als auch ohne dieselbe. Dieser Umstand lasse die Furcht vor Uterus-Rupturen und mangelhafter Webenthätigkeit bei solcher Uterus-Verbildung schwinden, doch könne man nicht in allen Fällen sicher ein solches Verhalten der Wandungen annehmen. Der Einfluss der Bilocularität des Uterus auf die Kindeslage hängt nach Chiari hauptsächlich davon ab, ob die Scheidewand mehr oder minder tief in die Uterushohle hineinragt.

In einem dritten Falle wurde eine 7 monatliche lebende Frucht geboren, welche in einem einhörnigen Uterus, dessen linke Hälfte (mit Tuba, Ovarium, Mutterband) fehlte, entwickelt war.

(Prager Vierteljahresschrift 1854. XI. II. Band.)

A. Mattei jn Bastia: Ueber freiwillige Geburten, die schnell und ohne Schmerzen verlaufen, nebst einigen Beobachtungen zur möglichen Erkenntniss der Ursachen jener.

Es haben sich einige Schriftsteller über das Vorkommen von Geburten ohne Wehen (douleurs) ausgesprochen, doch sind keine Thatsachen dafür angeführt. Verf. hofft, durch Mittheilung einiger hierauf bezüglicher Fälle einiges Material zu dem neuen Baue zu liefern. Es werden zwei Fälle erzählt von jungen Personen (eine Erstgebärende, eine gebar zum 2. Male), bei denen alle der Fortpflanzung angehörende Functionen vom Beginn der Pubertät an rechtzeitig und geregelt von statten gegangen, deren Körperbau und Constitution ganz gesund gewesen, deren Beckenverhältnisse sich gans normal gezeigt hatten und bei denen in rechtzeitiger Geburt ein reifes lebendes Kind von normaler Schwere und Länge geboren wurde, die Placenta schnell folgte und das Wochenbett ohne Störung verlief. In diesen beiden Fällen war die Scheidenportion vollständig verstrichen, der Muttermund geöffnet, ohne dass sich eine Wehe bemerkbar gemacht hätte. Bei einer dieser Frauen ging die fernere Geburt ganz ohne Wehen sehr schnell zu Ende. bei der anderen hatten fünf leichte Wehen sie schnell vollendet. Ans diesen beiden Fällen glaubt Verf. schliessen zu können, dass die vorgehende Erweiterung des Mutterhalses fast als einzige Ursache sehr schneller und wenig schmerzhafter Geburten anzusehen sei; er verwahrt sich aber, diese Ursache als unbedingt einzige hinzustellen, da in einem anderen Falle, wo bei einer auch ganz gesunden Primipara (als solche hatte sie sich ausgegeben, obgleich Einrisse im unregelmässigen Muttermunde dagegen sprachen), deren Schwangerschaft normal verlaufen und beendet war, nachdem der Mutterhals auch ohne Wehen verstrichen und der Muttermund wie 7 Cent. im Durchmesser geöffnet war, die Geburt sich noch 3 Stunden verzögerte und erst nach Sprengung der Blase vor sich ging. Verf. glaubt, er habe möglicher Weise in diesem Falle die schmerzhaften Wehen durch seine Untersuchungen herbeigeführt. Ausserdem aber gäbe es Fälle, wo bei Resistenz der Weichtheile, wie bei alten Erstgebärenden, trotz der vollständigen Erweiterung des Mutterhalses, doch die Entbindung sich noch mehrere Stunden verzögere.

Gegen die in einigen geburtshülflichen Werken ausgesprochene Meinung, dass schnelle und wenig schmerzhafte Geburten sich bei Frauen mit sehr weitem Becken einstellten, führt Verf. zwei Fälle

469

an, deren einer eine wohlgebaute Frau mit normalen Beckendimensionen betrifft, welche, nachdem sie swei Mal urplötzlich von Wasser und Kind befreit war, am Ende der dritten Schwangerschaft nicht wagte auszugehen, um nicht unterwegs überrascht zu werden. Die Wehen waren bei dieser Frau schwach, aber sehr schmerzhaft gewesen. Der andere Fall betrifft eine Multipara mit weitem Becken, welche trotz sehr starker Wehen langsam gebar, bei der neben dem Kopfe Füsse und Nabelschnur vorlagen, was Verf. der eigenthümlichen Conformation des Beckens zuschreibt.

(Gaz. des hôpitaux, Nr. 22, 1854.)

### A. L.: Unbewusstes Gebären.

Es wird in diesem kleinen Aufsatze bestätigt 1) dass Frauen in gewissen krankhaften Zuständen, z. B. tiefen Ohnmachten, tiefer Trunkenheit, Convulsionen, Betäubung nach apoplectischen Anfällen und Intoxicationen u. s. w. gebären können, ohne dessen bewusst zu sein; 2) dass aber auch gesunde Frauen ohne Schmerzen und ohne es zu wissen entbunden werden können und zwar gebören zu diesen  $\alpha$ ) solche Frauen, die wissen, dass sie sich schon in der Geburtsarbeit befinden und dennoch, ohne dass sie es schon erwarten, von der Geburt überrascht werden, z. B. über ein Nachtgeschirr sitzend u. s. w. b) solche, welche, nichts vorber ahnend, während eines tiefen Schlafes ihrer Bürde entledigt werden. Zwei Fälle dieser letzteren Art citirt Dubois, von zwei englischen Aerzten beobachtet, und werden dieselben als die beiden einzigen in der Wissenschaft bekannten (?) bezeichnet.

In diese letzte Categorie gebören auch die unerwarteten Entbindungen in Wagen, auf der Strasse, Thürschwelle, Rinnstein etc.

(Gaz. des hôpitaux Nr. 27, 1854.)

In der Gazette des Höpitaux Nr. 30. 1854. erzählt Dr. Brochie die Geburt von Zwillingen, die zwar nicht sehr gross, aber doch völlig ausgetragen waren, und welche, ohne dass die ganz überraschte Mutter irgend einen Schmerz empfunden, ja ohne dass sie die Geburt so nahe geglaubt hatte, freiwillig und leicht den mütterlichen Schooss verliessen. Eben so schmerzlos folgten den leichten Zügen an den beiden Nabelschnüren zwei am Rande verbundene Placenten. Greenalgh: Ueber Craniotomie und äusserste Beckendeformität.

Dieser der Medical Soc. of London vorgelesene Aufsatz verdient eine besondere Beachtung als eine Bekämpfung der von den Engländern zu häufig ausgeübten Craniotomie, und als eine Empfehlung des Kaiserschnitts, welcher bekanntlich in England so gut wie gar nicht ausgeübt wird. Obwohl die Abhandlung nichts Neues enthält, ist sie bezeichnend dafür, dass continentale Ansichten und Praxis sich Eingang in dem charakteristischen Theil englischer Geburtshülfe verschaffen.

Eine 25 jährige Person von nur 4' Höhe war Gegenstand seiner Bemerkungen. Sie war zwei Mal mittels der Craniotomie von einem reifen und einem unreifen Kinde befreit, und nach jeder Operation nur unter höchster Lebensgefahr gerettet worden. Sie hatte die künstliche Einleitung des Abortus und der Frühgeburt nicht sugegeben, und man hatte deshalb in Uebereinstimmung mit mehreren bedeutenden Geburtshelfern den Kaiserschnitt für den Schwangerschaftsfall festgesetzt, in welchem Frühgeburt eintrat.

Nach einigen Bemerkungen über Einleitung des Abortus, der Frühgeburt, über Wendung und Anwendung der langen Zange bei Beckendeformitäten citirt Verf. den 35sten Fall aus der zweiten Auflage des zweiten Berichts über klinische Geburtsbülfe von Dr. R. Lee als Illustration der Schwierigkeiten und Gefahren der Craniotomie bei grosser Beckenenge. Er hebt besonders hervor die Schmerzhaftigkeit und Gefahr für die Mutter, die nothwendige Zerstörung des Kindes, und begründet dann den Kaiserschnitt. Die Sterblichkeit nach demselben sei mehr dem Aufschub der Operation als dieser selbst zuzuschreiben; auch hätten sich ihre Zahlen schrittweise vermindert. Ferner habe man in der chirurgischen Behandlung des Abdomens bedeutende Fortschritte gemacht. Alles das babe ihn zu der Ueberzeugung gebracht, dass in Fällen, wo die Gefahren von Kaiserschnitt und Craniotomie ungefähr gleich gross seien, wie in extremer Beckenenge, es die Pflicht des Geburtsarztes sei, das Leben des Kindes durch Kaiserschnitt zu retten.

(Med. Times and Gaz. May 21. 1853.)

### Henry Oldham: Ueber den Nutzen eines Vertebralbakens in manchen schweren Entbindungsfällen.

Seit einigen Jahren hat O. unter seinen Entbindungsinstrumenten einen Haken, der dazu bestimmt ist, kurze Strecken in den Wirbelkanal des excerebrirten Fötus einzudringen und durch die feste Stellung, die er an den Wirbelbogen erlangt, ein wirksames Instrument für Zug behufs der Entbindung zu werden. Der Haken ist 14" lang, von denen 4" den Stiel ausmachen, der rauh an der Oberfläche und fürs Anfassen hinlänglich dick ist. Die Spitze des Stahlstabs, §" lang, ist im spitzen Winkel beigebogen und hinlänglich zugeschärft, um in dem obern Theil der Wirbelsäule eines 9- oder 7 monatlichen Fötus eingeführt und fixirt werden zu können. Beim Gebrauch sucht man zuerst das Foramen magnum und drückt den Haken hinein. Ist derselbe hinlänglich tief in die Wirbelsäule eingedrungen, so bedarf er nur einer kleinen Drebbewegung, um fest an dem Bogen hängen zu bleiben. Um sich von der Nützlichkeit des Instrumentes zu überzeugen, braucht man es nur in die Wirbelsäule eines durch Craniotomie geborenen Fötus zu stecken; die Leichtigkeit des Fixirens und die Schwierigkeit der Wiederentfernung nach dem Feststehen wird sich dann ergeben. Kurz der Halt ist so fest, dass man gar keine weitere Unterstüzzung, wie z. B. mit der Hand, nöthig hat, und daher jede Vaginalmanipulation vermieden werden kann. Der Vertehralhaken macht keins der bisher gebräuchlichen Instrumente für Craniotomie entbehrlich, ist aber eine wichtige Unterstützung bei ungewöhnlich schwierigen Fällen. So bei bedeutender Beckendeformität, etwa mit Rigidität der Weichtheile bei einer Erstgebärenden; bei lang dauernden Geburten, mit entstindlicher Irritation und grosser Empfindlichkeit der Weichtheile, oder Oedem der Schaamlippe und des Dammes. Ueberall, wo man mit dem gewöhnlichen Haken vergeblich gearbeitet hat, ist der Vertebralhaken ein suverlässiges. mächtiges Instrument,

(Lancet May 14, 1853.)

Charles Dubreuilh: Fall von künstlicher Frühgeburt in der dreissigsten Woche wegen eines organischen, mit heftigen Zufällen complicirten Hersleidens.

Mad. D., 32 Jahr alt, von schwacher Constitution, lymphatischen Temperaments, blass, stets regelmässig menstruirt, seit 9 Jahren verheirathet, hat zwei Mal nach ganz ungestörter Schwan-

gerschaft glücklich geboren, nur bei der letsten Entbindung (vor 7 Jahren) erlitt sie eine starke Hämorrhagie. Seit 3 Jahren bemerkte sie eine Geschwulst in der rechten Unterbauchseite, gegen welche sie nichts gebrauchte. Dieser Tumor, jetzt wie eine Orange gross, schien dem Eierstocke anzugehören. Seit 2 Jahren litt die Frau an so heftigem Herzklopfen, dass Ohnmachten dadurch hervorgerufen wurden. Seit Mai 1853 waren die Regeln fortgeblieben, die Frau fühlte sich schwanger. Als am Ende des August D. gerufen wurde, fand er das äussere Ansehen sehr leidend, gelbes Colorit, kleinen Puls, 80 Schläge, keinen Appetit, durch Oppression und Dyspuöe unterbrochenen Schlaf, Husten mit blutigem Auswurf. Das Herzklopfen hatte sehr zugenommen und die Untersuchung ergab alle Zeichen einer Herzhypertrophie, so wie in den Lungen verbreitetes Schleimrasseln und etwas Crepitation beim Einsthmen. Tonica, Digitalis, Opium während der Nacht. Die Oppression vermehrte sich und wurde nur für einige Tage durch einen Aderlass erleichtert. Anfangs December (61 Monat der Schwangerschaft) trat heftige Cephalalgie mit hartnäckigem Erbrechen und Diarrhoe hinzu, mehrere Mal täglich wiederholten sich die Ohnmachten und die Kranke wurde sehr schwach. Am 10. December gesellte sich hierzu verbreitetes Oedem, der Urin war reichlich eiweisshaltig. Immer mehr steigerten sich die Symptome, der Magen nahm nichts an, das Erbrechen war unaufhörlich, Puls 132, sehr klein, Haut bald brennend, bald kalt, die Extremitäten stark geschwollen, leichte Delirien, Erscheinungen von allgemeinen Convulsionen. Vergebens waren alle therapeutischen Mittel erschöpft, der Fötalherzschlag und auch die Kindesbewegungen wurden schwächer.

Am 5. Januar Nachmittags wurde durch Einführung eines conisch gewickelten, mit Belladonnasalbe bestrichenen Schwammes ins Orific. uteri, gegen welches ein grösserer mit einem Bande äusserlich befestigter Schwamm gedrückt wurde, die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Am 6. früh 5 Uhr, 9 Stunden nach der Einführung, erfolgten leichte Kreusschmerzen und Wehen. Um 8 Uhr ein leichter Anfall von Eclampsie, welcher 10 Minuten anhielt; das blasse Gesicht wurde livid, Puls 130, Pupille erweitert, Bewusstsein vollständig geschwunden.

Abends 8 Uhr derselbe Zustand; sehr schwache Wehen; die Anfälle so stark, dass die schleunigste Beendigung geboten war. Der Muttermund hatte sich etwas geöffnet, war weich und fügsam, man konnte mit dem Finger den vorliegenden Kopf heben. Die Blase wurde gesprengt. Die Kranke fühlte sich nach einer Stunde etwas erleichtert. Es worde Sec. cornut. gereicht. Um

10 Uhr war der Muttermund grösser, aber die Kranke so enschöpft, dass der Puls nur noch sitterte; das Secale blieb jetst ohne weitere Wirkung und es wird daber um 1 Uhr Nachts die Wendung und Extraction gemacht. Ein schwaches, sehr kleines Kind wird geboren, was sich bald vollständig erholt. Eine lange gefährliche Ohnmacht folgt der Entleerung des Uterus, woraus die Kranke durch anhaltende Kunsthülfe erweckt wird. Während der Nacht 2stündiger Schlaf; leichte Delirien. Am 7. früh leichte Convulsionen; der Puls hebt sich; Delirien. Im Laufe des Tages Nachlass der Dyspnoe, Aufhören des Hustens. Es wird krampfstillende Arsnei gereicht. Am 8. Schlechte Nacht, schmerzhafter aufgetriebener Leib; geringe Frostschauer, grünes Erbrechen. Ungt. merc. c. Belladonua und 12 Dosen Calomel (60 Centigr.) Am 9. Einige Stühle. Warme Cataplasmen auf den Schooss. Am 10. Lochien fliessen. Von heute beginnt die Besserung und ist bis zum 3. Februar bis auf das Herzklopfen und die Oppression vollendet.

D. hält die Entleerung des Uterus bei einer schweren Krankbeit, wenn Mutter und Kind gefährdet und sonst alle übrigen Mittel versucht sind, eben so geboten, wie man die künstliche Frühgeburt anwendet in Fällen von Dystocie, und gedenkt rühmend *Costa*'s, der empfahl, wenn die Schwangerschaft mit einer das Leben der Mutter bedrohenden Krankbeit complicirt und das Kind lebensfähig sei, die künstliche Frühgeburt su machen.

(Union médic. Nr. 22, 1854.)

### Depaul: Ueber die normale Richtung des Uterus im leeren Zustande.

Boullard und Verneusi hatten aus mehrfachen Untersuchungen das Resultat gezogen, dass die Anteflexion des Uterus als die ursprünglich normale Richtung desselben ansusehen sei. Diese Ansicht bekämpfte Depaul, nachdem er an zahlreichen frischen Leichen von Neugebornen nur selten eine Anteflexion gefunden hatte. Er führte an, dass zu *Boullard's* Untersuchungen in der Ecole pratique mehrere Tage alte und daher sehr veränderte Kin derleichen benutzt seien, bei denen die mit Gas augefüllten Intestina die Gebärmutter nach vorn gedrängt haben können. Es sei dies leicht möglich, da die Form des Beckens in den ersten Lebensjahren gestatte, dass ein grosser Uterus-Abschnitt sich oberhalb des Beckeneinganges, dem Drucke der Eingeweide leicht ausgesetst, befinde, und da ausserdem der Uterus mehrere Tage nach

erfolgtem Tode eine grössere Biegsamkeit besitze. Boullard erwiederte dagegen, dass seine Beobachtungen nur an sehr frischen Kinderleichen angestellt seien, welche keine gespannte Intestina gehabt; bei denjenigen Kindern, welche eine Anteflexion gezeigt, sei der Uteruskörper am wenigsten entwickelt gewesen, die Anteflexion trete viel deutlicher hervor bei kleinen Mädchen, als hei erwachsenen Frauen, die keine Kinder gehabt, die Anteflexion könne nicht als dem Leichenzustande eigen angesehen werden, da der redressirte Uterus von selbst und kräftig in seine alte Lage wiederkehre, und endlich habe er nur selten bei Müttern Anteflexionen beobachtet, obgleich ibre Leichen denselben Einflüssen unterworfen seien.

Depaul hat nun neue Untersuchungen über diesen Gegenstand angestellt, nach welchen er seine zuerst ausgesprochene Meinung zur Ueberzeugung erhebt und sich dahin erklärt, dass Boullard und Verneuil aus einem zufälligen und rein der Leiche eigenthümlichen Ereigniss ein anatomisches Gesetz gemacht haben.

Zehn Frauen (Jungfrauen oder solche, die keine Kinder gehabt), bildeten das Untersuchungs-Object. Die Untersuchungen wurden in Gegenwart von Collegen und sehr vorsichtig angestellt. Es fanden sich 1 Mal Retroflexion, 2 Mal Retroversion, 1 Mal Anteversion, 3 Mal gerade Lage und nur 3 Mal Anteflexion. Wo Lageveränderungen statt hatten, waren sie durch den Druck von Eingeweiden herbeigeführt, deren Wirkungen man an den der Zahl und Stärke des einwirkenden Intestinum nach verschiedenen Eindrücken an der Gebärmutter deutlich erkannte. Die Harnblase und vorzüglich die gefüllte, verursachte die Lageveränderung nach hinten. Je nach der Capacität des hinteren Douglasischen Raumes wurde die Richtung nach vorn beobachtet; ausserdem kamen für die verschiedenen Richtungen in Betracht die variable Dicke der Uterus-Wände, die mindere oder grössere Beweglichkeit des Halses, wo er sich mit dem Körper verbindet, eine grosse Weichheit des Gewebes u. s. w. Depaul hat übrigens die Ueberzeugung, dass die Flexionen bei Leichen am häufigsten nach vorn entstehen, und swar aus den oben angeführten Ursachen. Weder bei der Retroflexion noch bei der Anteflexion nahm der einmal redressirte Uterus freiwillig seine erste Stellung wieder ein. Die ausgedehnten Eingeweide flectiren nicht nur den Uterus, sie vermögen mehr, drängen ihn sogar in das Becken hinein. Bei 7 Leichen von Frauen im Alter swischen 18 und 34 Jahren, die ein oder mehrere Kinder gehabt hatten, fand D. 3 Mal den Uterus rechts und schräge von oben nach unten und von vom nach hinten dirigirt; einmal war er in Retroversion und horizontal auf dem Boden des Beckens gelegen, 1 Mal bestand Anteversion und in 2 Fällen Anteflexion.

D. schliesst hiernach, dass an Leichen der normale Stand der Gebärmutter sich nicht studiren lasse, wohl aber an Lebenden.

Unter 50 Beobachtungen fand er 32 Mal den Uterus in der Richtung der Axe des grossen Beckens, 7 Mal nach vorn gebogen, 4 Mal nach hinten, 3 Mal deutliche Anteflexion und 4 Mal Retroflexion.

(Gazette des Hôpitaux. Nr. 36. 1854.)

Brown: Ueber den Einfluss einiger Gebärmutter-Krankheiten auf die Krankheiten des Rectum.

Verschiedene Schriftsteller, wie S. Cooper, Miller, Clarke, Blundell, Ramsbotham, Tyler Smith u. A. haben den Einfluss des schwangeren Uterus auf das Rectum als Ursache von Verengung und Constipation besprochen, aber keiner hat nach des Verf. Behauptung des Einflusses verschiedener anderer Zustände des Uterus auf das Rectum gedacht. Diese Lücke auszufüllen, veröffentlicht B. seine Erfahrungen, nach welchen jede Volumens-Vergrösserung des Fruchthalters durch Schwangerschaft, Hypertrophie, Entzündung, unvollkommene Contraction nach der Entbindung, fibröse und canceröse Geschwülste, Polypen, Hydatiden und andere Abnormitäten auf mechanische Weise das Rectum krank machen können. Zunächst bespricht der Verf. als Folgekrankheiten die Bämorrholden, Vorfall des Rectum, Fissur des Rectum, Constipation und Fistula ani, und erörtert durch treffende Casuistik, wie lange diese Leiden jeder Behandlung widerstehen, bis man durch genaue Untersuchung des Uterus die eigentliche Quelle jener findet und durch eine zweckmässige Vorbehandlung der Gebärmutteraffection schnell einen günstigen Erfolg für die Behandlung des Rectumleidens gewinnt.

(Gazette hébdomadaire. Nr. 27. 1854.)

Bouchut: Exulceration und Obliteration der Milchgänge.

Durch die Stellung des Verf. am Ammen-Büreau in der Strasse St. Apoline zu Paris, wo täglich 20-30 Ammen von ihm untersucht werden, hatte derselbe vielfache Gelegenheit, die Krankheiten der Brüste zu beobachten. Als Frucht seiner Beobachtungen fügt er den vielen bekannten und beschriebenen Krankheiten der Brüste und Brustwarzen ein nach ihm bisher unbeachtet gebliebenes, sowohl für die Pathologie der Brust, als für die Gesundheit der Neugebornen, wie auch für das ganze Säugegeschäft wichtiges Leiden der Brustwarzen hinzu, nämlich die Exulceration und Obliteration der Michcanäle oder Ausführungsgänge der Brust, welches Leiden er mit dem Namen Galactophoritis belegt.

175 sehr ausgesprochene Fälle lassen ihn folgendes Bild der Krankbeit entwerfen. Die Krankbeit ist den Ammen eigenthümlich, im leichten Grade wenig oder gar nicht schmershaft und störend; beides wird sie erst in den höheren Graden. Durch die verschiedensten örtlichen und mechanischen Reizungen, durch das Hervorbolen der Brustwarse mittels Schröpfköpfe, durch Druck mittels Corset, durch wiederholtes Kauen der Kinder an der Warze, durch Druck von den Zähnen, durch Magensäure der Kinder, durch Aphthen, durch fortwährend aussickernde und die Wäsche befeuchtende Milch und durch das Einzwängen der Warze in flache Flaschen zur Aufnahme der Milch wird die sehr dünne, zarte, ihrer Epidermis beraubte Haut, welche die Brustwarze bedeckt, entzündet, und es bilden sich ausser den Rissen, Schrunden und Excoriationen in der Rinne an der Basis der Warze, auch Risse und Ulcerationen am Gipfel derselben, welche Geschwürchen mehrere Milchgänge mit einander verbinden und in eine kraterförmige Oeffnung aufgehen lassen. Aus diesen Oeffnungen ergiesst sich die Milch in mehreren grösseren Strahlen, und statt dass im normalen Zustande die Milch in sehr feinen, getheilten und durch minder starkes Saugen je nach dem Bedürfniss des Säuglings verkleinerten oder gehemmten Strahlen in den Mund des Kindes gelangt, strömt sie gleichsam ein und macht, dass die Kinder sich verschlucken u. dergl.

Es lassen sich mit der Loupe die Ausdehnung und Tiefe der die Kanäle vereinigenden Erosionen nur unvollkommen erkennen. Meist bemerkt man eine oberfflichliche Erosion, welche bei stärker entwickelter Krankheit eine wahre Ulceration bildet, mehr oder weniger umfangreich, unregelmässig mit lividem oder grauem Grunde, mit wenig erhabenen Rändern, nie sehr ausgebreitet, sitzend an der Seite oder dem Gipfel der Warze und einen Krater bildend, in dessen Grunde sich die Milchgänge öffnen. Gewöhnlich heilen diese Geschwüre beim Unterlassen des Säugens nach kurzer Dauer, jedoch bei fortgesetztem Säugen vergrössern sie sich und wachsen in die Tiefe. Die geheilten Geschwüre vernarben, einige Milchgänge obliteriren und aus den übrigen fliesst noch genügende Nahrung. Erstrecken sich die Geschwüre weiter, so köunen alle Gänge unwegsam werden und das Säugen ist für immer unmöglich; mit der Zeit entsteht Atrophie der Brust. Die leichten oberflächlichen Erosionen sind nicht schmerzhaft. Sie werden deshalb leicht überschen und Monate lang unbemerkt ertragen. Es kann nur eine, es können beide Brustwarzen leiden.

Die Diagnose ist bei genauer Prüfung selbst im Beginne nicht schwer; im späteren Verlaufe wird die Warse unförmlich und unregelmässig perforirt. Anderweitige Obliterationen durch Abscesse der Brustdrüse erkennt man leicht an den Narben, welche diese bilden und auch die sogenannten Milchstockungen haben ihren Sitz in der Drüse selbst.

Zur Heilung der oberflächlichen Geschwüre genügen topische Mittel, Salben aus Stärkemehl und Butter, Eieröl, Glycerine, weisses Wachs und Mandelöl, Pomade mit weissem Präcipitat, Waschungen mit Wein und Wasser, Aufkösungen von Borax, essigsaurem Blei, schwefelsaurem Zink in Wasser, doch muss gleichzeitig das Säugen eingestellt oder es müssen Sauggläser angelegt werden.

Die nachtheiligen Wirkungen für den Säugling stellen sich erst dann heraus, wenn beide Warsen ergriffen sind und die sich stark ergiessende Milch das regelmässige Schlucken hindert, die Respiration stört, sich in die Luftwege ergiesst und Suffocation, gestörte Ernährung u. s. w. herbeiführt.

(Gazette des Hôpitaux. Nr. 34. 35. 1854.)

### XXXVI.

Literatur.

Ueber das durch Entzündung fehlerhafte Frauenbecken. Inaugural-Abbandlung von Joseph Pfeiffer aus Bensheim. Präses: Geheimer Rath Prof. Dr. v. Ritgen. Giessen 1853. 8. S. 83.

In den letzten Jahren hat o. Ritgen mit ausdauerndem Fleisse der Pathologie des weiblichen Beckens seine Thätigkeitegewidmet und das Ergebniss seiner Studien und Vermessungen theils in der Zeitschrift für Geburtskunde, theils in einem besondern Werke, theils in Dissertationen seiner Zuhörer niedergelegt. Die vorliegende Inaugural-Abhandlung liefert uns abermals einen Beitrag zur betreffenden Lehre. Nach des Herrn Verfs. Ansicht besiehen sich die durch Entsändung bedingten Fehler des Frauenbeckens auf den innern und änseern Bau; jenes betrifft die Form und Festigkeit des Gewebes, dieser den Umfang und die Gestalt der Beckenwaud, wovon dann weiter die Geräumigkeit des Innern des Beckens abhängt, welche sunächst Gegenstand der geburtshülflichen Betrachtung ist.

Diese Beckenfehler entstehen entweder während der Dauer der Entsündung oder in Folge derselben, können daher in entsündliche und nachentsändliche unterschieden werden. Die entsündlichen Beckenfehler hängen von den Entzündungsstadien ab, nämlich vom Schwellungs-, Erweichungs- und Wiedererhärtungsstadium. Danach unterscheidet v. Ritgen: entzündlich geschwollene, entzündlich erweichte und entzündlich wiedererhärtende Becken. Bleiben Erweichung, Wiederabschwellung und Wiedererhärtung mässig, so gehören sie zu den entsündlichen; werden sie übermässig, so gehören sie su den nachentsündlichen Vorgängen. Als Folgesustände der Entsündung des Beckens unterscheidet v. Ritgen: die nachentsündlich erweichten, die nachentsündlich verkömmerten, die nachentsündlich verhärteten, die entsündlich überwachsenen, die vereiterten und nekrosirten Becken. Der Vollständigkeit wegen wird hier auch der schwache Grad von Entstindung betrachtet, welcher eine Verklebung anderweitiger Geschwülste mit der Oberfläche der Beckenknochen, susächst mit der Beinhaut vermittelt. Da solche Anwüchse (Synosteophymata nach Ritaes) oft im Leben gar nicht von den Wucherungen, welche ihren Ursprung aus der Diploë der Beckenknochen nehmen, su unterscheiden sind, so werden dieselben hier gleich nach der Betrachtung der mittenwandigen entzündlichen Schwellung der Beckenknochen aufgeführt.

Unter folgenden Rubriken wird das gegebene Thema näher erörtert:

L Entzündlich geschwollene Frauenbecken

II. Entzündlich erweichte Frauenbecken,

III. Nachentsündlich erweichte Frauenbecken,

IV. Nachentsündlich verkümmerte Frauenbecken,

V. Nachentsündlich verhärtete Frauenbecken,

VI. Entsündlich knöchern überwachsene Frauenbecken,

VII. Entsündlich knöchern verwachsene Frauenbecken,

VIII. Vereiterte Frauenbecken.

Bei den entsundlich geschwollenen Frauenbecken unterscheidet s. Rätgen, je nachdem die ganze Dieke der Wand, oder blos die innere, oder die mittlere oder die äussere Gegend derselben leidet, eine durchwandige, innenwandige, mittenwandige und aussenwandige Entsündung und eine eben solche Schwellung.

Der Hr. Verf. betrachtet nun diese Entzündungen und Schwellungen, wie auch die Verhältnisse und Folgen des entzündlich erweichten, des nachentzündlich erweichten, des nachentzündlich verkümmerten, des nachentzündlich verhärteten, des entzündlich knöchern überwachsenen, des entzündlich knöchern verwachsenen und des vereiterten Frauenbeckens im Ganzen und Einzelnen näher. Für die aufgestellten Ansichten und Behauptungen werden Fälle aus der Literatur, mitunter auch aus der Praxis *v. Ritgen's* angesogen und kurz erläutert.

Die Erörterungen des Einzelnen sind bei der bekannten compacten Schreibart e. Ritgen's kaum eines Auszugs fähig und müssen dem Selbststudium der Schrift überlassen bleiben. Was der Hr. Verf. über die entzündlichen Bildungen der Exostosen, die öfter nur in der Form eines Stachels oder einer scharfen Gräte erscheinen, über die entzündliche Anschweilung des Vorbergs, der Kreuz- und Steissbeinspitze, über die entzündlichen Vorsprünge in der Gegend der Schoossfuge, der Kreuzbüftbeinfugen und der Körper der Kreuzbeinwirbel, über die coxalgischen und synostotiachen Becken mit und ohne Verkrümmungen der Kreuzbeinfügel, über das Anschwellen und Wiederabschwellen der osteomalacischen Becken u. s. w. sagt, verdient Beachtung.

Dr. Frans Ludw. Feist.

Busch, Monateschr. 12

· . . . , .





## Monatsschrift

### für

# GEBURTSKUNDE

und

## Frauenkrankheiten.

### Herausgegeben

von

### Dr. D. W. H. Busch,

Geh. Med. Rath, ord. Professor und Director des klinischen Institutes für Geburtshülfe in Berlin, Ritter etc.,

### Dr. C. S. F. Credé,

Privatdocent, int. Director der Entbindungs - Anstalt der Charité und des Hohammen - Lehr-Institutes zu Berlin,

### Dr. F. A. von Ritgen,

Geh. Rath, ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt zu Giessen, Command. etc.

und

### Dr. Ed. C. J. von Siebold,

Hofrath, ord. Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt zu Göttingen, Comthur etc.

Vierter Band.

Berlin, 1854. Verlag von August Hirschwald, 69 U. d. Linden, Ecke der Schedow-Strasse.

. • . - · · · · -.

## Inhalt.

.

,

.

· · •

· F .

•

1

Seite

•

.

## Heft I.

-----

I.	Erfolge für Mutter und Kind. Von Dr. C. Pagenstecher	
	zu Elberfeld	1
II.	Ein Fall von Beckenexostose, die den Kaiserschnitt bedingte. Mitgetheilt von Dr. Eduard Behm. Mit 2 Abbildungen.	12
Ш.	Geburtshülfliche Mittheilungen. Von Dr. Heinrich Spöndli,	
	Privatdocenten in Zürich	43
IV.	Die geburtshülfliche Klinik an der Königl. Friedrich-Wil- helm's-Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den Zeitraum	
	von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend, von Dr. Busch.	
•	(Fortsetzung.)	51
V.	Notizen aus der Journal-Literatur:	
	Simpson und Reid: Ueber die häufige Unregelmässig-	
	keit und gelegentliche Verlängerung der Schwan-	
	gerschaftsdauer beim Weibe	70
	Francis H. Ramsbotham : Falle von Hämorrhagie nach	
	der Entbindung, begleitet von heftigen Nachwehen	,75
	Eichmann in Flatow: Organische Unnachgiebigkeit und	$M^{*}$
	Entartung des Muttermundes bei der Geburt	76
	Van Buren: Chloroform bei Puerperalconvulsionen.	77
	Fleetwood Churchill: Intestinalirritation im Wochen-	
	bette	77
	Cullerier: Syphilitische Ansteckung zwischen Ammen	••
	und Säuglingen	80
r	Heft II.	

VI.	Fall von Nabelschnurgeräusch. Von Dr. Massmann, Se-	
	cundärarat der geburtshülflichen Poliklinik zu Breslau	81
VII.	Ueber die Identität der Menstruation mit der Brunst der	
	Thiere. Von Dr. Ottocar Alt in Hamburg	85

Inhal	L
-------	---

		Seile
VIII.	Ueber die pathologische Bedeutung der Ulceration des Mut-	
	termundes, von Charles West. London 1854. 8. 95 S.	
	Mitgetheilt von Dr. Hecker, Privatdocent in Berlin	97
<b>IX</b> .	Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-	
	Wilhelms Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den Zeit-"	
	raum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend, von Dr.	
•	Busch. (Fortsetzung.)	121
X.	Notizen aus der Journal-Literatur:	
	Barnes: Ueber die Behandlung unzureichender We-	
	henthätigkeit und Vergleich der Wirksamkeit des	
	Mutterkornes und des Galvanismus in der Geburts-	
		133
	Radfort: Bemerkung über den Galvanismus als Agens	100
	in der Geburtshülfe	135
	Trousseau: Gebärmutterblutung nach einem Abortus,	100
	durch Tamponade und Einspritzungen von warmem	
	Wasser gestillt.	135
	Liégard: Ueber Blutflüsse nach der Entbindung und	100
	ein Mittel, ihnen vorzubeugen	136
	Nöggeralh: Torsion des Nabelstranges	136
	Mayer in Würzburg: Beobachtung einer von selbst er-	190
	folgten Frühgeburt 36 Stunden nach dem vermeint-	
	lichen Tode der Mutter	
		137
	Langheinrich: Beobachtungen über die Zeit des Wie-	
	dereintritts der Menstruationen nach vorausgegan-	
`	genen Entbindungen	139
	Kowalewsky: Bericht über die geburtshülfliche Ab-	
	theilung des Kaiserlichen Hebammen-Institutes zu	
	St. Petersburg, umfassend die Jahre 1850-1854.	140
XI.		
	Die Theorie und Praxis der Geburtshülfe. Dargestellt	
	von Albert Krause, ordentlichem Professor der	
	Medicin an der Universität Dorpat	142
	Heft III.	
XII	. Geburtshindersiss durch ausserordentliche Vergrösserung	
	der Nieren des Fötus. Von Dr. Ed. von Siebold in	
	Göttingen	161
XIII	-	• • •
:	Von Dr. Lehmanne in Oberwinter	167
XIV		
	J. H. G. Zwanch in Hamburg	184
		105

I V

### inbalt,

		Seite
XV.	Statistische Berichte über die Wirksamkeit des Chloroforms	
	bei Entbindungen. Von Dr. Helfft in Berlin	191
XVI.	Die geburtshälfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-	
	Wilhelms-Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den Zeit-	
	raum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend, von	
	Dr. Busch. (Fortsetzung.)	197
X VII.	Notizen aus der Journal-Literatur:	
A 11.	Cabarel: Betrachtungen über die Behandlung der	
	Eclampsie während der Geburt	225
	Seyffert: Beitrag zur Actiologie und Behandlung des	~~0
	Nabeischnur - Vorfalls	226
		220
	Sequerce: Fibrose Geschwulst des Uterns als Com-	007
	plication einer Geburt	227
	Caifassi: Fall von ungewöhnlicher Borstung der Ge-	~~~
•	bärmulter	228
	Hamer in Ommerschans: Fall von Kaiserschnitt mit	
	glücklichem Ansgange für Mutter und Kind	<b>2</b> 29
	Wilson: Frühzeitige Pubertätsentwickelung bei einem	
	kleinen Mädchen	231
	Richard: Elephantiasis der Nymphen und der Harnröbre	231
	Durand-Fardel: Die Thermen von Vichy in ihrer An-	
	wendung gegen einige Gebärmutterkrankheiten	233
	Maschka: Das Leben der Neugebornen ohne Athmen	233
	Hervieuz: Ueber die Anämie der Neugebornen	236
XVIII.	Literatur :	
	Lehrbuch der Geburtshülfe. Zum Gebrauche bei aca-	
	demischen Vorlesungen und zu eigenem Studium.	
	Von Eduard Casp. Jac. von Siebold	237
	Von Lauaru Casp. Jac. von Steoola	201
	·· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	Heft IV.	
XIX.	Beiträge sur rationellen geburtshälflichen Praxis. Von	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	Dr. Nathan Paulus in Stuttgart	241
XX.	Das Einbaken der Placenta an den Schambeinkamm. Von	671
<b></b>	Dr. Friedrick Bets in Heilbronn a. N.	265
XXI.	Auffallendo Spätgeburt eines Kalbes. Von Dr. Schieffer	600
ллі.		
****	in Schleiden	<b>26</b> 8
XXII.	Von der Lähmung während der Schwangerschaft und	000
	nach der Entbindung. Von Dr. Helfft in Berlin	269
XXIII.	Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-	
	Wilhelms-Universität zu Berlin. Dritter Boricht, den	
	Zeitraam von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,	
	von Dr. Busch (Fortsetzung)	273

,

¥

1

### Inhait.

.

		Seite
XXIV.	Notisen aus der Journal-Literatur:	
	Spilzer in Marseille: Bemerkung über die Wirkung des Mutterkornes und über den Mechanismus bei der	
	Geburt, vom anatomisch-physiologischen Gesichts-	
	punkte.,	304
	Reiche in Magdeburg: Ueber die Hysterotomie	306
	Angulo: Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Aus- gange für Mutter und Kind	307
	Mackmurdo: Fall von Markschwamm des Ovariums.	
	Geschwürshöhlen, mit dem Mastdarm communicirend	308
	Irwin: Fall von Eierstockskrankheit mit erfolgreicher	
	Behandlung	308
	Gray: Bericht über die Section einer Ovariencyste,	
	welche Hirn enthielt	310
	Teale: Ovariotomie, Tod und Section	311
	Erichsen: Ueber Excision von Eierstocksgeschwülsten	313
XXV.	Literatur:	
	Neues Verfahren, den Gebärmutter- und Scheidenvor- fall durch einen nen construirten Mutterträger voll-	•
	ständig zu heilen oder leicht and ganz sicher zu-	
	rüchzuhalten, von August Schilling	319

### Heft V.

,

XXVI.	Ueber den naturgemässen Umfang des Hebammenge- schäftes und die entsprechende Einrichtung des Hebam- menunterrichts. Von Dr. Eduard Martin in Jena	321
XXVII.	Ist bei zurückbleibendem Kopfe nach gebornem Körper des Kindes die Anwendung der Zange, dem Handgriffe mit Tractionen an den Schultern vorzuziehen? Von Dr.	
	Vogler in Wiesbaden	834
XXVIII.	Die gehurtahülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich- Wilhelms-Universität zu Berlin. Dritter Bericht, den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfrasend,	
	von Dr. Busch (Schlass)	853
XXIX.	Notizen aus der Journal-Literatur: Verhandlungen der Academie der Nedizin zu Paris über die Lagenbweichungen und Formveränderungen der Gebärmutter und über ihre Behandlung mittels Auf-	
	richtungs - Instrumente	370

1¥

### Inhalt.

Seite

•

•

пеіс у.	H	e	f	t	VI.
---------	---	---	---	---	-----

XXX.	Zwei Fälle von Exophthalmos. Von Dr. Hofmann in Burgsteinfurt	401
XXXI.	Beitrag zur Beantwortung der Frage: "Warum stellt sich die Frucht so unverhältnissmässig oft mit dem Kopfe voraus zur Geburt?" Von Dr. Ferdinand Battlehner zu Renchen im Grossherzogthum Baden	419
XXXII.	Ein Fall schwerer Convulsionen bei einer Erstgebären- den. Mitgetheilt vom Bergmedikus und Physikus Dr. Hemmer zu Schmalkalden	436
XXXIII.	Neununddreissigster Jahresbericht über die Ereignisse in dem Entbindungs-Institute bei der Königl. Sächsischen chirurgisch-medicinischen Akademie zu Dresden im	
XXXIV.	Jahre 1853. Von Professor Dr. Grenser Notizen aus der Journal-Literatur:	439
AAAI V.	Nöggerath, Geburtshinderniss in Folge von Leber-	
	Carcinom bei einem Neugeborenen	458
	Bühring: Ueber Tannin als blutstillendes Mittel	459
	Reiche: Ueber Exstirpation des Uterus	460
	E. Martin in Jens: Ueber die mit jeder Geburtswebe	
	steigende und fallende Puls-Erregung	460
	Mauer: Ueber die während der Geburtswehen regel-	
	mässig steigende und falleude Pulsfrequenz	462
	Hecker: Temperatur-Beobachtungen bei Wöchne-	
	rinnen	464
	Meckel von Hemsbach: Das bösartige Wochenfieber.	467
	Robin: Ueber die graduellen Veränderungen der	
	Zotten des Chorion und der Placenta	471
XXXV.	Literatur :	
	Dr. Herm. Fr. Naegele's Lehrbuch der Geburtshülfe.	
	Vierte, vermehrte Auflage, besorgt von Dr. Wolde-	
	mar Ludwig Grenser, Director des Entbindungs-	
	Instituts und Professor der Geburtshülfe an der Kö-	
	niglich Sächsischen chirurgmedicinischen Academie	
	zu Dresden, Mitglied mehrerer gelehrten Gesell-	
	schaften. Mit 22 Holzschnitten. Mainz, Verlag von	
	Victor von Zabern. 1854. gr. 8. SS. XV und	100
	736. (Preis 31 Thk.)	473

\_\_\_\_

٠

• · · · • • • • • • . • · -

•

### I.

### Kaiserschnitt bei osteomalacischem Becken, mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind.

### Von

### Dr. C. Pagenatecher su Elberfeld,

Echefrau Hammes, 83 Jahre alt, zum 4. Male schwanger, kam zur Entbindung am 9. September 1852, nach ihrer eigenen Rechnung etwa 14 Tage zu früh. Nachmittags 4 Uhr sah ich sie zuerst.

Die Frau hatte vor 5 Jahren an heftigen Schmerzen im Kreuz und in den Schoossbeinen gelitten, und schon im Jahre 1847 auf meinen Rath Leberthran mit gutem Erfolge dagegen gebraucht. Danach hatte sie angeblich leicht noch ein Kind, ihr drittes, geboren. In der jetzigen Schwangerschaft war sie seit dem 3. Monate gänzlich unfähig gewesen, sich zu bewegen, und hatte fortwährend ins Bett und heraus gehoben werden müssen, ohne jedoch weitere ärztliche Hülfe zu brauchen.

Ich fand die Frau abgezehrt und elend, in der ersten Geburtsperiode; schwache, unregelmässige, partielle Contractionen des Uterus, dabei Herzschlag des Kindes rechts unten deutlich zu hören. Die Exploration ergab hochgradige Osteomalacie des Beckenausgangs, zugespitzte Symphyse und Theilung der untern Beckenapertur in 2 vollkommen geschiedene Ausgänge, einen vorderen, rundlichen, dicht unter dem Schaambogen liegenden, der die Fingerspitze kaum eindringen liess, — und einen hinteren, durch Benstecht. 1. Geburtet. 1854. Bd. 1V, BK. 1.

die untere Hälfte der absteigenden Aeste der Schambeine, die Sitzbeinhöcker und das Steissbein begrenzten. Beide Oeffnungen wurden getrennt durch die absteigenden Schambeine, welche sich einen Zoll unterhalb der Symphyse so nahe an einander legten, dass man nur mit dem Nagel eine feine Furche zwischen ihnen fühlen konnte. Von da wichen sie bis zu den Sitzbeinhöckern so weit auseinander, dass der Abstand dieser an ihren Innenflächen stark zwei Ouerfinger, also beinahe 2 Zoll, betrug. Ausser dieser rein osteomalaoischen Verengerung war auch das ganze Becken von oben nach unten plattgedrückt: das Kreuzbein stand so weit nach unten und das Promontorium so stark nach vorn, dass die Conjugata nur 2-21 Zoll betrug. Das Promontorium bildete somit eine vorspringende Leiste zwischen der verkürzten aber sehr tiefen Kreuzbeinhöhlung und der von vorn nach hinten schräg aufsteigenden Vorderfläche der Lendenwirbel. Die Schienbeine waren stark rhachitisch nach vorn und innen gebogen; die Oberschenkel fast gar nicht und nur mit grossen Schmerzen zu bewegen, die Unterschenkel halb flectirt und nicht gerade zu strecken. Der Abstand der Spinae iliacae war der normale. Die Knochen des Beckens und der Schultern waren sehr em-Starker Hängebauch, Scheidentheil des Uterus nfindlich. stark nach hinten auf der vordern Fläche der Lendenwirbel stehend, seine Oeffnung war selbst im Verlauf der Geburt nicht zu erreichen, da das Promontorium ihn nicht in das kleine Becken hinuntersteigen liess.

In den nächsten Stunden stellten sich allmälig etwas kräftigere Wehen ein, die bis gegen Abend 8½ Uhr die künstliche Beendigung der Geburt gestatteten. Die Herren ' Mund, Kuhn, Marmé und mein Bruder Dr. A. Pagenstecher waren über die ausschliessliche Nothwendigkeit des Kaiserschnitts völlig mit mir einverstanden, und so machte ich denn sofort unter ihrer Assistenz die Operation.

Der Hautschnitt begann dicht unter dem Nabel und endigte, der Linea alba folgend, 1½ Zoll über der Symphyse. In wenig langen und leichten Zügen wurde sämmtliche Musculatur mitgespalten, dann das sehr dünne Bauchfeil mit der Pincette erhoben, eingeschnitten und der Schnitt

nach oben auf der Hohlsonde, nach unten auf dem Finger bis in die Hautwundenden erweitert, und augleich der Uterus fest in die Wunde hineingedrängt. Der Schnitt in diesen wurde ebenfalls auf der Mittellinie und hinreichend lang geführt. Die Nachgeburt lag im obern Abschnitt des Uterus, und wurde in ihrer obern Hälfte leicht mit eingeschnitten, wobei eine spritzende Arterie durch einen Gehülfen comprimirt werden musste. Dann sprengte ich unterhalb der Placenta die Blase (durch die Oeffnung drängte sich sofort der Hodensack des Kindes), spaltete die Eihäute nach unten und oben, löste den in der rechten Mutterseite liegenden Placentarand und ergriff nun mit der andern Hand zugleich Kopf und Schultern des Kindes. Eine einzige sehr kräftige Wehe hob in demselben Augenblick das ganze Kind hervor, drängte aber auch, während ich dasselbe einem Assistenten überreichte, den Uterus mit aus der Bauchwunde. Er wurde sofort reponirt und dann die noch ungelöste, grössere linke Hälfte der Nachgeburt entwickelt. Im Zusammenfassen der Wunde fiel eine Darmschlinge zwischen die obere Hälfte der Hautränder, wurde aber noch rechtzeitig wieder zurückgehalten. Es ist selbstredend, dass der ganze Act der Einschneidung des Uterus bis zur Beendigung der Geburt möglichst rasch von statten ging. Fühf breite Ligaturen mit zwei Mal eingefädelter Litze, und zwischen ihnen eben so viel Knopfnähte, die letztern dicht an dem Wundrande, bewirkten völlig genaue Verbindung der Hautränder. Der untere Wundwinkel blieb zollweit offen, ein vorliegendes Stück Netz wurde, da es etwas beschädigt war, unterbunden, in diesen Winkel befestigt und dicht an der Hautwunde abgeschnitten. Um den Leib gehende Heftpflaster und eine breite Baachbinde deckten die Nähte, in den untern Wundwinkel wurde ein beöltes Bourdonnet eingeführt und lose befestigt, dann die Kranke ins Bett gebracht (vor 9 Uhr).

Während der Operation stellte sich zwei Mal størker Brechreiz ein, wurde aber durch Laudanum und kaltes Wasser glücklich gestillt. Die Nachblutung des Uterus erfolgte sofort zum grössten Theil durch die Wunde. Um 10 Uhr erhielt die Kranke gr. § Morphium, und um 1 Uhr;

1\*

da gar keine Nachwehen kamen und die Blutung aus der Bauchwunde fortdauerte, 2 Mal 5 gr. Mutterkorn in halbstündigem Zwischenraum, worauf mässige Nachwehen und beträchtlicher Blutabgang aus der Scheide erfolgte.

Sonst nur kaltes Wasser schluckweise und kalte Wasserblasen auf den Leib.

10. September, Morgens 9 Uhr. Die Frau hat mehrere Stunden ruhig geschlafen, tüchtig geschwitzt, gehörig urinirt, und mässigen Blutabgang aus Scheide und Hautwunde gehabt. Gesicht blass, aber ruhig und schmerzlos; Körperwärme mässig; Leib mässig aufgetrieben, nicht sehr schmerzhaft; Zunge trocken, viel Durst und leichte Uebelkeiten; Puls 140, klein und nicht gespannt. Kaltes Wasser zum Getränk und kalte Umschläge.

Abends 5 Uhr. Puls 130, entwickelter; əller Wochenfluss geht durch die Scheide; Leib links unten empfindlich, daselbst ist der Percussionsschall leerer und gedämpfter als rechts.

11. September Morgens. Mässiger Schlaf in der Nacht. Durst geringer, keine Uebelkeiten. Urin wird gelassen; Wochenfluss nicht übelriechend. Leib etwas bequemer. Puls 120. Kalte Umschläge.

Abends. Grössere Hitze, Puls 130, die Därme meteoristisch, Schmerz nicht vermehrt. Die kalten Umschläge werden entfernt, das Bourdonnet aus dem untern Wundwinkel entfernt, da derselbe fast geschlossen war und ein Plumaceau aufgelegt. In den Brüsten zeigte sich Milch, somit wurden dieselben an diesem und an den folgenden 8 Tagen zwei Mal täglich ausgetrunken. Zum innerlichen Gebrauch Emuls. ricinos. stündlich; Grützenschleim zum Getränke.

12. September, Morgens. Unruhige Nacht, mit vielem Kollern im Leibe; leichte Nachwehen und Koliken mit nachfolgenden dünnen Stühlen, welche die Kranke unter sich gehen lässt. Der Leib ist übrigens dünner, die Haut feucht, Puls 120. Uriniren ohne Beschwerde. Emuls ricinos. zweistündlich.

Abends. Coliken und Diarrhören weniger, Leib für Berührung nicht empfindlich, ausser unten links. Keine

4

Zunahme der Dämpfung. Hautwunde bis auf den untern Winkel genau vereinigt. Da an diesem die Haut etwas rosig war, wurde unter die Heftpflasterstreifen etwas Leinwand gelegt. Nach erfolgter Aenderung des Verbandes und Umbettung erfolgte ein kurzes einmaliges Erbrechen und später gegen 11 Uhr ein zweites. Die Diarrhöe liess nach, das Allgemeinbefinden war leidlich, der Puls nicht über 110. Emuls. ricinos.

13. September, Morgens. Ruhige Nacht, kein weiteres Erbrechen, nur noch leichtes Kollern im Bauche und schwache Nachwehen. Kein Stuhl. Wochenfluss und Urin normal. Leib beigefallen, nur noch über der linken Leiste empfindlich, woselbst auch der Percussionsschall bei tiefem Aufdrücken leerer ist, als rechts. Haut feucht, Puls 102. Grützenschleim zum Getränk.

Abends. Allgemeinbefinden gut, Puls noch um einige Schläge langsamer. Wundränder etwas rosig. Verband mit trockner Charpie.

14. September. Gute Nacht, regelmässiger Stuht ohne Leibschmerz. Die erste Bändchennaht wurde entfernt, weil sie einschnitt. Nachmittags mehrstündige schmerzhafte Urinverbaltung, gegen Abend nachlassend.

15. September. Die 2te und 4te Bändchenligatur wurden, eine Morgens, eine Nachmittags, entfernt. Compressiv-Verband durch Heftpflaster und Bauchbinde genau befestigt. Linkerseits, wo der Bauch etwas nach unten überhing, wurde er durch eine starke Compresse gehörig unterstützt. Altgemeinbefinden gut; Puls etwas leerer und rascher.

16. September. Bauch dünner, natürlich geformt. Die Dämpfung links unten ist verschwunden, obwohl daselbst noch etwas stärkere Wölbung und bei tieferem Drucke eine leichte Empfindlichkeit zu bemerken ist. Kalbfleischbrühe 2 Mal täglich. Nachmittags wieder mehrstündige Urinverhaltung, bis gegen 6 Uhr nachlassend. Der Verband wurde gewechselt.

17. September. Allgemeinbefinden gut. Der Verband wurde etwas fester angezogen, nachdem alle Bandnähte bis auf die vorletzte entfernt waren. — Ich überzeugte mich von der Biegsamkeit der erkrankten Beekenknochen: es liess sich nämlich der explorirende Finger durch die vor 8 Tagen aur linienweite Enge des Schambogens durchführen.

18. September. Wunde fast ganz geschlossen, es wurden einige Knopfnähte entfernt. Rindfleischbrühe.

19. September. Wunde geschlossen; in ihrem untern Winkel liegt das unterbundene aber nicht strangulirte Netastück als fingerhutgrosser Pfropf. Die letzten Nähte wurden entfernt und der Compressiv-Verband erneut. Am Kreuz hat sich Deeubitus eingestellt, die Kranke wird abwechselnd auf die Seiten gelegt, und der Bauch dann entsprachend durch Kissen gestützt. Brænntwein mit Eiweiss auf die durchgelegene Stelle.

20. September. Dieselbe schmerzt weniger und ist. nicht so feurig.

21. September. Decubitus in Handtellergrösse necrotisirt, aber mit deutlicher Abgrenzung. Verband mit Höllensteinauflösung. Innerlich Chinadecot, Bouillon, Fleisch, Bier. — Der Netzstumpf wurde touchirt und der Compressiverband erneut.

Bis zum 26. September konnte die neorotisirte Stalle des Decubitus entfernt werden. Verband mit Hällensteinsolution und Kataplasmen.

Mittlerweile hatte die Kranke begonnen, alle Abend zu fiebern und alle Esslust verloren. Die Bauchwunde war ganz fest geschlossen, nur der Netzstumpf noch nicht völlig überhäutet.

27. September. Leib stärker aufgetrieben; Nachmittags mehrstündige Urinverhaltung mit Leibschmerz und leichtem Oedem der Knöchel; gegen Abend wieder nachlassend.

Der Urin war auffallend blass und dünn, ohne Geruch, reagirte schwach sauer, trübte sich beim Kochen nicht und gab mit Sublimat einen schwachen, flockigen Niederschlag, Unter dem Mikroskope zeigten sich ziemlich zahlreiche, meist ättere und verschrumpfte Epithelien, Fettmolecule und keine Cylinder. Er enthielt somit kein Eiweiss und muss die Trübung durch Sublimat dem Blasenschleim zukommen.

Das spezifische Gewicht betrug 1,0078. Im Wasserbade zur Trockne abgedampft, blieben 1,55 • fester Rückstand, die beim Verbrennen 0,51 • Asche aus Kochsalz und phosphorsnuren Salzen hinterliessen. Dabei eine zweifelhafte Spur Harnsäure. Der Harnstoff, in dem 0,51 ° Asche mitenthalten, musste selbstredend in geringerer Menge als gewöhnlich vorhanden sein.

Der Urin ist nach diesem auffallend arm an festen Bestandtheilen, und sind namentlich in ihm keine vermehrten Ausscheidungen der den Knochen zukommenden Salze zu bemerken. Ferrum lactic. cum rheo.

28. Septbr. Häufiges Uriniren, aber ohne Schmerz.

30. Septbr. Leichte Besserung im Allgemeinzustand, namentlich auch im Schlaf und Appetit. Die linken Beckenknochen und die rechte Schulter schmerzen noch sehr, besonders Nachts.

6. October. Das Oedem des linken Fusses ist stärker geworden. Die Kranke fröstelt und fiebert noch ab und zu; Appetit gering, Stuhl regelmässig, zuweilen unverdaut, Urin vermehrt, in keinem Verhältniss zu den genossenen Flüssigkeiten. Becken und Schulter noch sehr schmerzhaft; der Schambogen ist noch weiter auseinander gewichen. Decubitus in guter Granulation, nur in der Mitte noch etwas abgestorbenes Zellgewebe. Tinct. rhei vinos. et ferri pomat.

12. October. Allgemeinbefinden leidlich; Appetit besser; kein Fieber mehr; Decubitus an den Rändern zollbreit geheilt. Der rechte Fuss ist ganz dünn, der linke dagegen noch sehr dick, namentlich dicht unter der Leiste, vielleicht in Folge von Compression der Beckenvenen durch das alte Exsudat und Extravasat.

20. October. Allgemeinbefinden besser; Oedem vermindert; Bronchialcatarrh mit reichlichem Auswurf, weshalb das Eisen ausgesetzt wurde.

30. October. Oedem fast verschwunden, die Kranke kann sich mit einiger Unterstützung bewegen, wenngleich Becken und rechte Schulter noch sehr schmerzen. Decubitus geheilt.

Am 3. November konnte das Kind in Gegenwart seiner Mutter getauft werden. .

Es sei mir zum Schlusse der vorstehenden Krankheitsgeschichte gestattet, kurz die hauptsächlich interessanten Punkte des Falles zusammenzustellen, und rechne ich dahin namentlich

1) Die eigenthümliche Combination der Osteomalacie und Rhachitis, oder vielmehr das Auftreten der Osteomalacie auf rhachitischem Boden. Das Promontorium war wohl stark heruntergerückt, aber zugleich die Kreuzbeinhöhlung in ihrem horizontalen Durchmesser bedeutend vergrössert, dabei die Entfernung der Spinae iliacae die normale und auch die Schienbeine stark rhachitisch nach innen verbogen. So zeigte nur der Schambogen und der Beckenausgang die eigentlich osteomalacischen Erscheinungen der schnabelförmigen Zuspitzung der Symphyse, der Annäherung der absteigenden Aeste des Schoossbeins, der Verwandlung des Arcus pubis in eine doppelte, complet schlüssellochförmige Apertur mit entsprechender Verkürzung des queren Durchmessers des Beckenausganges.

Es müssen aber die gesammten Veränderungen des Beckens erst in der letzten Schwangerschaft stattgefunden haben, da auch die Verengerung des Beckeneingangs an sich bei einer Conjugata von 2½ Zoll eine Geburt auf natürlichem Wege nicht zugelassen haben würde. Somit gehört auch die gesammte Verbildung des Beckens mit den obenerwähnten Veränderungen des Kreuzbeins dem frischen osteomalacischen Prozesse an, wenn auch die rhachitische Disposition namentlich auf jene eingewirkt haben mag.

Der Form nach muss in diesem Falle das Beckenleiden als alls eitige Verengerung bezeichnet werden, und verdient noch hervorgehoben zu werden, dass das Becken linkerseits und die Schulter der rechten Seite in der ganzen Krankheit vorzugsweise afficirt und schmerzhaft waren.

2) Von grossem Interesse ist ferner die Rapidität der Osteomalacie, die in 6 Schwangerschaftsmonaten aus einem früher normalen Becken diese Verengerungen herstellte und dann in den ersten 8 Tagen nach der Entbindung die bis dahin harten Knochen so erweichte, dass der explorirende Finger bequem durch eine früher linien-

weite Enge passiren konnte. Binige Wochen später war die Brweiterung noch um & Zoll vermehrt, und liessen sich die Knochen des Schambogens mit Gewalt noch etwas weiter auseinanderdrängen. Debei war der Salzgehalt des Urins vermindert, während doch die erweichten Knochen an spröden Bestandtheilen, d. h. an Salzen, eingebüsst hatten. Gegen das Ende der 2. Woche nach der Entbindung war die Osteomalacie auf ihrer Höhe, und fing die Kranke an, marastisch zu werden. Mangel an Appetit und Schlaf, abendliches Fieber, Oedem der Extremitäten, brandiger Decubitus in grosser Ausdehnung und Tiefe, endlich noch heftiger Bronchial-Catarrh bezeichneten diese Periode, die längere Zeit den Erfolg der Operation sehr gefährdete. Sehr gute diätetische Pflege und Eisenmittel erwiesen sich dagegen als hülfreich. Die wassersüchtigen Anschwellungen der Schenkel sind in der Hauptsache auf Rechnung der Anämie zu setzen; dass der linke viel stärker, und namentlich unter der Leiste am meisten geschwollen war, beruhte wahrscheinlich auf Compression der Beckenvenen durch das in Folge der Operation in die linke Seite des Beckens ergossene Blut und das am 3. und 4. Tage hinzugetretene Exsudat (Vermehrung der Dämpfung, nachdem die Blutung aus der Uterus-Wunde nachgelassen hatte.)

Bezüglich des Verlaufes der Krankheit muss ich bemerken, dass ich bis dabin niemals eine solche Schnelligkeit beobachtet habe. Es kommt die Osteomalacie in unsrer Gegend häufiger vor, steigert sich gewöhnlich blos in der Schwangerschaft, und bewirkt so eine periodisch zunehmende Verengerung des Beckens. So habe ich z. B. eine Frau drei Mal entbunden, die ihr erstes lebendes Kind ohne alle Kunsthülfe geboren hatte. Das zweite kam bei Beckenverengerung 1. Grades durch die Zange scheintodt, und starb nach einigen Stunden. Das dritte Kind kam todt durch die Zange, aber erst nachdem sich am rechten Scheitelbein ein sehr starker Eindruck gebildet hatte, entsprechend einer beträchtlichen Einbiegung des Schoossbeins der Mutter. Bei der vierten Entbindung hatte die fortschreitende Osteomalacie das Beeken so weit verengert, dass bei mässiger Zuspitzung der Symphyse der quere Durchmesser des Ausgangs nur 24 Zoll betrug. Die Frau hatte die Zeit zur künstlichen Frühgeburt trotz alles Zuredens verstreichen lassen und rief mich erst im Beginne der Geburt sellet. Da sie sich zum Kaiserschnitte durchaus nicht entschliessen konnte, machte ich die äusserst schwierige Wendung, fixirte so den Kopf des Kindes, trepanirte und extrahirte dann mit der Zange. Die Frau starb an Puerperalfieber, welches zu jener Zeit epidemisch herrschte.

Bine andere Frau hatte bereits 4 lebende Kinder ohne Kunsthülfe geboren; das fünfte kam, nachdem sie in der Schwangerschaft heftige Schmerzen im Kreuz und im Schooss gehabt, lebend zur Geburt, der Kopf trat ins kleine Becken, zögerte daselbst aber 2 Tage, ohne dass die Hebamme Hülfe gesucht hätte. Sehr heftige Endometritis mit grossen Vaginalgeschwüren und Phlegmasia alba waren die Folgen. Die nächste Entbindung ging noch mühsamer, da namentlich auch der Beckeneingang durch Hereindrängen des rechten Schoossbeins und zwar schräg verengt war. Der Kopf stand seit einem halben Tage eingekeilt im kleinen Becken, und wich trotz aller Zangenversuche nicht. Unter diesen Umständen wurde ich consultirt, und musste die Geburt, da die Frau auf das Höchste erschöpft war, durch die Eröffnung des Kindeskopfes beendigt werden. Endlich habe ich dieselbe Frau in diesem Frühjahre wieder entbunden, und zwar durch die künstliche Frühgeburt. In der ganzen Schwangerschaft waren beträchtliche Knochenschmerzen verhanden, und konnte die Frau sich fast gar nicht bewegen. Auf der Mitte untersuchte ich zuerst, fand die Verengerung. noch grösser, namentlich auch den linken Schoossknochen stark eingedrückt und den queren Durchmesser der untern Apertur nicht über 24-3 Zoll. Die Entbindung war sehr mühsam, da bei eintretendem Kopfe ein Arm mit vorfiet. Das Kind starb unter der Wendung, aber die Frau hatte nach der Geburt ein sehr leichtes Wochenhett.

3) Was endlich die Operation selbst betrifft, so muss ich bemerken, dass sie vielleicht im Hospitale, wenn Gehtilen etc. gehörig zur Hand sind, noch etwas später hätte gemacht werden können. Die Wehen waren noch zu schwach und die Blase konnte nicht durch die Scheide eräffnet werden. Dagegen war die Gebärende auch noch nicht durch zu lange Geburtsarbeit erschöpft und musste auch der mit grosser Mühe erzwungene Entschluss zur Operetion sofort benutzt werden.

Die Wahl der weissen Linie für den Schnitt bederf keiner Erwähnung. Die Länge des Schnittes war eine sehr beträchtliche, da der Bauch ganz vorn überhing und swischen Nabel und Scham sehr ausgedehnt war. An dem nicht geöffneten Uterus vermochte man die vorhegende Nachgehurt leicht an eigenthümlichen, beerenfermigen, fast varicösen Ausstülpungen der Uterinwand zu erkennen. Somit konnte Verletzung der Nachgeburt und der Eihäute vermieden werden. Die letzten wurden absichtlich durch einen ganz kleinen Einstich eröffnet, so dass des Fruchtwasser in starkem Bogen nach aussen sich ergoss, ohne einen einzigen Tropfen in die Bauchhöhle fliessen zu lassen. Dann wurde zuerst die kleinere Partie der Nachgeburt in der rechten Seite der Mutter gelöst, und demnächst das Kind entwickelt: jedenfalls in Bezug auf Blutung ein viel leichterer Vorgang, als die Durchschneidung der vorliegenden Nachgeburt.

Zuletzt erwähne ich hier noch, dass der so gefürchtete Vorfall der Gedärme durch starkes Anziehen und Emporheben der Hautwundränder ganz vermieden wurde. Ein Assistent erfasste während des Nähens den linken, ich selbst den rechten Rand mit der vollen Hand in der Gegend des Nabels, wir zogen dapn beide Ränder stark empor und gegen uns an, so dass der Raum der Bauchhöhle dabei beträchtlich vergrössert wurde. Sämmtliche Därme blieben etwa handbreit unter dem Niveau der Hautwunde, und nur in dem Augenblick, da ich das Kind abgab und somit den einen Rand losliess, fielen einige Schlingen hinter dem prolabirten Uterus bis in die Hautwunde. Ich glaube mich daher berechtigt, jenes Manöver als sehr geeignet zur Verhütung des Darmvorfalls zu empfehlen. Den vorliegenden Netzpfropf liess ich absichtlich im untern Wundwinkel einheilen, da er zur bessern Yerklebung und grössern Haltbarkeit der Narbe dienen musste.

4) Die Nachbehandlung war sehr einfach. Kalte

#### 12 II. Dr. Behm, Bin Fall von Beckenexostose,

Wasserblase, ein Opiat, dann eine Gabe Mutterkorn, da der Uterus sich nicht contrahiren wollte. Später bei lebhafter Darmreizung einige Gaben Ol. Ricini. Die Entzündung und Exsudation des Bauchfells war so gering, wie sie bei solchen Verletzungen nur sein kann, und stand dem Verlauf der Heilung nicht entgegen. Anders war es mit der Osteomalacie, die fast in completen Marasmus übergegangen war. Ich möchte der vortrefflichen und für die arme Kranke ganz ungewohnten diätetischen Verpflegung den Hauptantheil an der Heilung dieses Leidens zuschreiben. Wenigstens habe ich bis dahin in keinem einzigen Falle grossen Vortheil von irgend einem Mittel gesehen; so lange die Schwangerschaft dauerte, florirte die Krankheit; nach der Geburt trat sie gewöhnlich zurück. In leichtern Graden hörten die Knochenschmerzen zuweilen beim Gebrauche der Eisenmittel auf. Ausser der Schwangerschaft habe ich gewöhnlich den Leberthran und Salzbäder gegen das Leiden in Anwendung gezogen.

### H.

# Ein Fall von Beckenexostose, die den Kaiserschnitt bedingte.

Mitgetheilt von Dr. Eduard Behm.\*)

Mit zwei Abbildungen.

Im Spätsommer 1851 bot sich mir die seltene Gelegenheit dar, einer Sectio caesarea beizuwohnen, die von meinem Vater in Stettin ausgeführt wurde. Der Fall ist um so interessanter, als die Operation durch eine sehr beträcht-

<sup>\*)</sup> Eduardus Behm: De exostosi pelvina, quae sectionem caesaream exegit. Dissert. inaug. med. 1. Maj. 1854. Berolini.

liche, das kleine Beoken fast ganz ausfüllende knöcherne Geschwulst bedingt wurde, die den beiden bisher einzig dastehenden, von Dr. *Leydig* und Dr. *Kibbin* beobachteten Knochenauswüchsen an Grösse nicht nachsteht.

Frau Prediger H. aus Jarmen, 29 Jahr alt, eine zarte, sehr gebildete Dame von bleicher Gesichtsfarbe und schwächlicher Körperconstitution, aber von sehr lebhaftem und leicht erregbarem Geiste und festem entschiedenem Character, ist in ihren Mädchenjahren meist gesund, aber von einem sehr erethisch-sanguinischem Temperamente gewesen, so dass z. B. ibr Puls stets frequenter gewesen sein soll, als die Norm verlangt. In früher Jugend soll sie Spuren von Rhachitis gezeigt haben. Regelmässig vom 13. Jahre ab menstruirt, verheirathete sie sich im 22. Lebensjahre, im November 1844. Bald darauf wurde sie von einer schmerzhaften Affection der Kreuzbeingegend befallen, über die der damalige Arzt Folgendes aussagte: "Die Schmerzen erstreckten sich nach dem Verlaufe des Nervus ischiadious die Schenkel, besonders den linken, herab, waren Anfangs gelind und verloren sich nach Einreibungen und Ruhe auf kurze Zeit, kehrten aber stets mit Heftigkeit wieder. Im Februar 1845 wurden diese Beschwerden so arg, dass das Treppensteigen und das Gehen auf dem Steinpflaster-fast unmöglich wurde, und steigerten sich im April mit dem Beginn der ersten Schwangerschaft bis zu solcher Heftigkeit. dass Patientin das Bett hüten musste und oft stundenlang laut klagte. Nach fast dreimonatlicher Dauer des Leidens trat auf den Gebrauch warmer Bäder mit Malz und Seesalz allmälig etwas Linderung und Wiederkehr der Kräfte ein." Bine genaue Beschaffenheit und Wesenheit dieser Krankheit ist zwar gegenwärtig nicht mehr mit voller Sicherheit zu ermitteln; jedoch machen es die enormen Schmerzen wahrscheinlich, dass sie in einer rheumatischen Affection der dort liegenden Gebilde, des Periost's, des Knochens oder der Verbindungen des Kreuzbeins mit den Darmbeinen bestand, und Anfangs verkannt oder nicht energisch genug behandelt. Ausschwitzungen oder Substanzwucherungen in den genannten Theilen zur Folge hatte, durch die das ursprünglich regelmässige Becken in seinen inneren Dimen sionen beeinträchtigt wurde.

Während der ersten Schwangerschaft wurde Patientin fast stets, besonders aber des Nachts, von Kreuz- und Schenkelschmerzen gequält, und war nie im Stande. längere Zeit zu stehen, da der Schmerz und die grösste Erlahmung der Füsse sie bald zwang, sich niederzusetzen und Rube zu suchen. Auf die am 4. Januar 1846 sich einstellende Geburt hatten jene Ausschwitzungen oder Substanzwucherungen schon durch ihre Grösse den verderblichsten Einfluss. Die Wehen hatten sich bereits am 2. Januar eingefunden. Der am 4. Nachts 2 Uhr hinzugerufene Arst fand den Kopf in der 4. Scheittellage und die Geburt bis zur 8. Periode vorgerückt; die Kreissende war ziemlich erschöpft, trostlos; die Wehenthätigkeit hatte gänzlich aufgehört. Ausser belebenden Mitteln wurde zunächst halbstündlich Secal. eornut. Bø gereicht, worauf die Wehen zwar lebhaft wiederkehrten, aber auf das Fortschreiten der Geburt gar keinen Einfluss äusserten; der Kopf blieb wie eingekeilt in der erwähnten Stellung stehen. Die zuletzt gereichten Pulver wurden ausgebrochen; im Ganzen waren 12 Dosen verordnet worden. Bei der Untersuchung wurde im Becken eine etwa hühnereigrosse, hart anzufühlende Erhabenheit oder Geschwulst, die in der Nähe des Promontorium und der Synchondrosis sacro-iliaca sinistra ihren Sitz hatte, entdeckt. Wiederholte Untersuchungen, die von dem Arzte während seiner Anwesenheit vorgenommen wurden, liessen über die Existenz dieser regelwidrigen Beschaffenheit des Beckens keinen Zweilel zurück. Da der Arzt einsch, dass die Geburt, dieser Abnormität wegen, durch die Natur allein nicht werde beendet werden können, so schritt er zur Anwen. dung der Zange, wodurch jedoch trotz der grössten Anstrengung die Geburt um Nichts gefördert wurde. Nach zweistundigen Bemühungen, durch die der Kopf nicht im mindesten vorwärts gebracht war, stand der Arzt vom ferneren Gebrauch der Zange ab und schritt zur Perforation, zu der er um so eher berechtigt war, als sich schon mehrere Zeichen vom Tode des Kindes klar gezeigt hatten. Es

wurde demnach der Schädel des Kindes in der Nähe der grossen Fontanelle mit einem scheerenförmigen Perforatorium eröffnet, was wegen der starken Verknöcherung der Kopfknochen nur mit Mühe gelang. Nachdem durch Abbrechen einiger Knochenstücke eine hinreichende Oeffnung gewonnen war, um einen Theil des Gehirns zu entleeren, wurde erst der Versuch gemacht, den Kopf mit den hakenförmig eingeführten Fingern herabzuziehen; da dies aber nicht gelang, so wurde der Smellie'sche Haken angewandt- Auch hiermit ging die Operation äusserst schwierig von statten. da das instrument mehrmals abglitt und debei die Hand des Operateurs verletzte. Erst nach anderthalbstündigen unsäglichen Bemühungen gelang endlich die Herausbeförderung des Kopfes. Die Schultern machten nun ebenfalls eine nicht geringe Schwierigkeit und konnten erst nach einer halben Stunde entwickelt werden. Ebenso machte auch noch die Herausbeförderung der Hüft- und Beckenpartie eine grosse Anstrengung erforderlich, und es bedurfte auch hierzu noch einer halben Stunde Zeit, ehe das Kind, ein sehr starkes Mädchen, geboren wurde. Die Nachgeburtsperiode verhef ohne besondere üble Ereignisse, ein erheblicher Blutverlust fand nicht statt.

Der Wochenbettsverlauf ging den Umständen nach normal von statten. Schweiss und Lochialfluss stellten sich auf befriedigende Weise ein. Obgleich Patientin schon während der Schwangerschaft über ein vom Becken ausgehendes schmerzhaftes Ziehen, mit dem Gefühl von Lahmheit im liniten Schenkel gepaart, geklagt hatte, so machte sich dieser Uebelstand doch während der ersten 14 Tage des Wochenbettes nur wenig bemerkbar; in der 3. Woche nach der Eatbindung aber steigerten sich die Schmerzen und zeigten sich deutlicher von den Sacralnerven ausgehend. Anfänglich waren sie intermittirend und machten pur zeitweise heftigere Anfälle, nach vierzehntägiger Dauer aber erreichten sie einen fürchterlichen Grad. Patientin konnte die Rückenlage nicht mehr ertragen, und empfand nur in der Bauch- oder Seitenlage einige Erleichterung, später aber wurde seibst diese unmöglich und nur die Bauchlage war noch einigermassen erträglich. Nur durch Opium konnte

,

vorübergehend einige Linderung erzielt werden, wodurch aber freilich im Laufe der Zeit eine hartnäckige Verstopfung eintrat, welcher nur durch eröffnende Klystire erfolgreich entgegengewirkt werden konnte. Da diese aber im Laufe der Zeit der Hebamme Schwierigkeiten bei der Application machten, so wurde eine genaue Untersuchung durch das Rectum vorgenommen, welche ergab, dass die hintere Mastdarmwand durch eine dahinterliegende gänseeigrosse Geschwulst erhoben und gespannt wurde. Letztere war hart. beim Druck nicht eben schmerzhaft. Der behandelnde Arzt nahm an, dass die Geschwulst, die bereits bei der Geburt entdeckt war, sich bis zu dem gegenwärtigen Umfange vergrössert habe. Dass die Geburt Veranlassung zur gesteigerten Wucherung der Geschwulst gegeben hat, liegt auf der Hand. Denn durch den sehr gewaltsamen Act der Herausbeförderung des Kindes wurde der noch nicht abgeschlossene, sondern noch in der Fortbildung begriffene Tumor jedenfalls gequetscht und dadurch in Entzündung gesetzt, die um so ungehinderter ihren Ausgang in Exsudation und neue Wucherung nehmen konnte, als ihr gar keine Behandlung entgegengesetzt wurde. Als nun die behinderte Anwendung der Klystire die Aufmerksamkeit des Arztes wieder auf die inzwischen bedeutend grösser gewordene Geschwulst lenkte, konnte auf eine Rückbildung derselben auf dynamischem Wege wohl nicht mehr gehofft werden, die freilich auch früher wahrscheinlich nicht gelungen wäre, und die ärztliche Behandlung musste sich auf Beseitigung der dringendsten Krankheitserscheinungen beschränken. Diese bestanden in Schmerzen und Lähmung der Unterextremitäten, und erklärten sich theils aus Reizung, theils aus Druck auf die betreffenden Nervenstämme und Geflechte.

Die Kranke verfiel in ein ununterbrochenes Siechthum, magerte sehr ab, bekam durch Schmerzen und Schlaflosigkeit entstellte Gesichtszüge und war genöthigt, stets auf dem Bauche zu liegen, da jede andere Lage unerträglich war. Das linke Bein war vollständig, das rechte unvollkommen gelähmt, indem es noch im Knie- und Fussgelenk etwas bewegt werden konnte. Zugleich schwollen die Beine, besonders die Füsse, beträchtlich an; nach und nach stellte sich auch Lähmung der Harnblase und des Mastdarms ein. Inzwischen wuchs die Beckengeschwulst, wie von Zeit zu Zeit angestellte Untersuchungen ergaben, immer fort, und war etwa 3 Jahre nach der ersten Entbindung so gross geworden, dass sie das kleine **De**cken etwa zu 3 Viertheilen ausfüllte; auch nahm sie ihren Weg durch die linke Incisura ischiadica hindurch nach aussen, wenigstens trieb sich allmälig die linke Gesässbällte auf.

Der Dr. Pr., in dessen Behandlung Patientin 3 Jahre nach der ersten Entbindung überging, suchte unter sorgfältiger Bekämpfung der lästigsten Symptome eine Leberthrankur anzubahnen, welche die Patientin im Laufe von 2½ Jahren zu Gehversuchen förderte und überhaupt ihren Gesammtzustand bedeutend besserte.

Im Januar 1851 trat nun wider Erwarten eine neue Schwangerschaft ein, die nach der Meinung des Dr. Pr. auf die Geschwulst insofern einen günstigen Einfluss ausühte, als sich letztere etwas verkleinerte, so dass der übriggebliebene Beckenraum, der vor dieser Schwangerschaft nur die Breite eines knappen Zolles betrug, sich einige Monate nach ihrem Eintritt auf  $1 \pm -1 \pm 2011$  vergrössert hatte.

Am 1. August kam Patientin nach Stettin und wurde am 2. von meinem Vater untersucht. Beim Aufstehen vom Sopha bedurfte sie eines Stockes und der Hülfe ihres Gatten, um nur wenige Schritte gehen und sich aufrecht stehend erhalten zu können. Die Füsse waren so stark geschwollen, dass Patientin keine Strümpfe anziehen konnte. Der Unterleib war gleichmässig und stark ausgedehnt, die Bauchdecken straff über dem Uterus gespannt, der Nabel etwas hervorgetrieben; der Muttergrund stand ein wenig über der Mitte zwischen Nabel und Herzgrube, die Oberbauchgegend war etwas gesenkt. Die Seiten des Bauches waren gleichmässig ausgedehnt, Kindestheile und Bewegungen nicht deutlich durchzufühlen. Patientin behauptete, die Kindesbewegungen in letzter Zeit tiefer im Becken empfunden zu haben. Bei der inneren Untersuchung drang der Finger leicht bis zum unteren Ende des Kreuzbeines vor, stiess hier aber auf eine Geschwulst, die von der vor-Monateschr. f. Geburtsk, 1854. Bd. IV, Hft. 1. 2

deren Fläche des Os sacrum aus nach vorne in den Beckencanal hineinragte, so dass zwischen ihr und der vorderen Beckenwand nur eine halbmondförmige Spalte übrig geblieben ist, welche die Fingerspitze nur mit Anstrengung bis gegen die Mitte der Schoossfuge zu führen gestattete, während zu beiden Seiten, also nach der Gegend der eiförmigen Löcher zu, ein zwar etwas, aber doch nur sehr wenig, hedeutenderer Raum vorhanden war. Trotz eines ziemlich starken Druckes mit der Fingerspitze war eine Verschiebung der Geschwulst gegen die concave Fläche des Kreuzbeines nicht wahrzunehmen. Ihr Gefüge war durchaus hart und gestattete nicht im geringsten den Eindruck des Eingers, vielmehr verursachte ein etwas stärkerer Druck in den bedeckenden Weichtheilen Schmerzen; die Oberfläche war etwas uneben. Führte man die Fingerspitze hinter der Schoossfuge soweit als möglich in die Höhe, so traf man anf den Muttermund, dessen Lippen dünn, weich und wenig empfindlich waren. Die Exploration durch den Mastdarm gab über die Geschwulst keine grössere Klarheit, unmittelbar über dem Sphincter stiess der Finger sofort auf dieselbe, und es war auch hier der Zusammenhang derselben mit dem unteren Theile des Kreuzbeines und mit dem Steissbein unverkennbar, indem letzteres als ein bewegliches Glied durchaus nicht durchgefühlt werden konnte. Das Rectum selbst wendete sich gleich nach vorne und rechts hinüber. Die Exploration durch das Stethoskop ergab das mit dem Pulsschlage der Mutter vollkommen isochronische Placentargeräusch mit einem deutlichen pfeifenden Nebenton mitten auf dem Unterleibe vom Nabel bis dicht über die Schoossfuge herab, also auf ziemlich 6 Zoll Länge und fast ebensoviel Breite, in welchem Umfange es sich sehr deutlich abgrenzte. Der Pulsschlag des Kindes war nirgends mit dem Instrument wahrzunehmen. Die äussere Untersuchung des Beckens mittels des Kluge'schen Pelvimeter's zeigte keine wesentlichen Abweichungen von der Norm; denn der Trochanterenabstand betrug 11" 10", der Abstand der vorderen oberen Darmbeinstachel 9", der der hinteren Fläche des Os sacrum von der Symphysis ossium pubis 7" 2", die Neigung des Beckens 36-38°. Was endlich

die Berechnung der Schwangerschaft betrifft, so war hierüber keine volle Gewissheit zu erlangen. Die Periode ist nämlich angeblich im Januar 1851 noch erschienen; doch behauptet die Schwangere auch bei ihrer ersten Gravidität die Periode noch nach erfolgter Conception gehabt zu haben und fst selbst gémeint, bereits im December 1850 empfangen zu haben. Die Kindesbewegungen hat sie deutlich um die Mitte des Mai wahrgenommen, nachdem sich schon früher einige schwächere Spuren derselben gezeigt hatten. Dfe Senkung des Uterus hat erst in letzter Zeit, aber in so bedeutendem Maasse stattgefunden, dass jetzt ein nicht unbedeutender Hängebauch vorhanden ist.

Was die Aetiologie betrifft, so lässt sich ein bestimmter Entstehungsgrund nicht aufinden; ein Fall oder Stoss auf die Sacralgegend hat nie stattgehabt, und liegt keine Dyskrasie vor; es bleibt daher nichts Anderes übrig, als die oben erwähnte und, wie Patientin jetzt angab, in Folge einer Erkältung entstandene schmerzhafte Affection der Regio sacralis als Ursache hinzustellen und anzunehmen, dass sie in einer Entzündung des Periost's und der Knochensubstanz des Kreuzbeines selbst bestand, die, gar nicht behandelt, ungehindert in Exsudation ausging. Durch die Schwangerschaft und den dabei physiologisch vermehrten Säftezufluss zu den Beckenorganen wurde die Entzündung nicht nur unterhalten, sondern auch gefördert und konnte ein sehr beträchtliches Exsudat absetzen.

Ist diese angenommene Genesis der Geschwulst richtig, so muss letztere anfangs weich gewesen sein; doch hatte der Verknöcherungsprocess schon vor der ersten Entbindung begonnen, indem die Geschwulst bei dieser schon hart gefunden wurde, und war gegenwärtig im ganzen Umfange, so weit er mit dem untersuchenden Finger zu ermitteln ist, gleichmässig vorgeschritten. Jetzt scheint er aber auch als abgelaufen angesehen werden zu müssen, da das Allgemeinbefinden der Patientin sich in letzter Zeit allmälig gegen früher wesentlich gebessert, die Lähmung der Unterextremitäten sich vermindert hat und die Kreuzschmerzen und sonstigen lokalen Beschwerden geringer geworden sind.

### 20 II. Dr. Behm, Ein Fall von Beckenexostose,

Eine genaue Diagnose zu stellen, schien wegen der Unzulänglichkeit der Mittel dazu, die hier allein im Gefühl bestanden, riskant; doch liessen die bedeutende Härte, der Zusammenhang der Geschwulst mit dem Kreuzbein und das Gesundsein anderer Beckenorgane mit ziemlicher Sicherheit eine Exostose vermuthen. Die Prognose war in Bezug auf die Geschwulst absolut schlecht, indem an eine Verkleinerung derselben durch eine Therapie gar nicht zu denken war; was die bevorstehende Geburt betraf, so war die Durchführung des Kindes durch die natürlichen Geburtswege bei einer Beckenbeengung bis auf einen Zoll unmöglich, und die Entbindung daher nur mittels des Kaiserschnittes möglich. Dieser gestattete für sich selbst insofern eine etwas günstigere Prognose, als die behandelnden Aerzte darauf vorbereitet waren, sich also den besten Zeitpunkt zur Ausführung wählen konnten, und weil Patientin gefasst und ruhigen Muthes der Operation entgegenging. Andererseits aber war der Sitz der Placenta grade an der vorderen Wand des Uterus von ungünstiger Bedeutung, indem sie gerade vom Schnitt getroffen werden musste. Auch war es ein ungünstiges Moment, dass die bedeutende Verbildung des Beckens den Uterus am Herabsinken hinderte.

Während nun versucht wurde, die Patientin durch kräftigende Arzneien und gute Diät möglichst zu stärken, rückte allmälig der 10te Monat der Schwangerschaft, der September, heran. Schon am 2. September klagte Patientin etwas über Leibschmerzen, die besonders tief im Becken ihren Sitz hatten und sowohl nach dem Kreuz als nach den Schenkeln hinschossen. Da sie wusste, dass das rechtmässige Ende der Gravidität erst gegen Ende des Monats fallen könne, so meinte sie, jene Schmerzen seien durch Erkältung entstanden, da sie trotz des unfreundlichen Wetters beständig die Fenster offen hatte, und so beim Oeffnen einer Thüre leicht Zugwind entstand. Sie fieberte übrigens nicht, die Zunge war rein, Oeffnung genügend vorhanden, weshalb blos eine diaphoretische Arznei verordnet wurde. Am 3. September früh hatten sich die Schmerzen nicht verloren, vielmehr an Heftigkeit zugenommen, so dass die Schwangere das Bett hüten musste; zugleich waren sie

etwas mehr periodisch geworden und verstärkten sich im Laufe des Vormittags so sehr, dass Patientin vorläufig die Hebamme holen liess, die nach angestellter Untersuchung das Herannahen der Geburt glaubte erkennen zu können. So wurde denn Nachmittags mein Vater hinzugerufen und fand bei der Exploration äusserlich den Leib höchst ausgedehnt, prall, aber nicht unregelmässig geformt, innerlich den sehr hoch und etwas nach rechts stehenden Muttermund verstrichen und etwas geöffnet; die Eihäute drängten sich etwas hervor; hinter ihnen war der Kopf des Kindes zu fühlen. Die Wehen waren im Laufe des Nachmittags ziemlich häufig, aber nicht ergiebig. Es wurde jetzt noch einmal das Stethoskop angewendet und mittels desselben ein schwacher Herzschlag des Kindes oberhalb des Nabels wahrgenommen; dagegen war das Placentargeräusch durchaus nicht aufzufinden. Da dasselbe indess schon früher genau in seinem Umfange ermittelt war, so konnte sein Fehlen nicht mehr beirren. Inzwischen wurden die entfernteren Requisita zur Sectio caesarea, wie Chloroform, Pflaster etc. vorbereitet Gegen Abend wurde die Kreissende von einer grossen Unruhe befallen, sie warf sich viel umher, entblösste sich und zog sich dadurch wahrscheinlich eine leichte Erkältung zu, denn zur Nacht wurden die Wehen regelwidrig, sehr schmerzhaft und lästig, der Muttermund zog sich wieder etwas zusammen, und seine Lippen nahmen eine ringartige, darmseitenähnliche Beschaffenheit an. Es wurden daher 8 Dosen Borac. gr. x c. Ipecac. gr. 1. verordnet, halbstündlich zu nehmen. Am Morgen des 4. Septembers um 3 Uhr hatte sich zwar die regelwidrige Beschaffenheit der Wehen wieder verloren, dafür stellte sich aber eine gänzliche Wehenpause ein, so dass mehrere Stunden ohne dieselben vergingen. Erst gegen 6 Uhr etwa fanden sie sich wieder in verstärktem Maasse und mit besserem Erfolge ein, so dass der Muttermund gegen 8 Uhr die Grösse eines Achtgroschenstückes erlangte. Gleichzeitig schien aber auch etwas Fruchtwasser abzugehn, indem die Kreissende darüber nicht sicher war, ob das ihr Abgeflossene Urin sei oder nicht. Die Untersuchung verschaffte keine Klarheit darüber, da es einmal schien, als liege der blosse Ellenbogen

4

des Kindes im Muttermunde, ohne dass Bihäute gefühlt wurden, später aber wieder ein Kopf von Eihäuten bedeckt fühlbar war.

Nachdem nun mit den betheiligten Collegen eine Besprechung vorgenommen und man allgemein in der Ansicht überein gekommen war, dass von einer fortgesetzten Wehenthätigkeit in Bezug auf die Eröffnung des Muttermundes nicht viel zu hoffen sei, dass im Gegentheil von ihr nur grössere Erschöpfung der Kreissenden gefürchtet werden. musste, die für den weiteren Verlauf nachtheilig werden konnte, so entschied sich mein Vater dafür, sofort die Operation zu beginnen. Die Kreissende war über die ihr gemachte Mittheilung mehr erfreut als erschreckt, und es wurden sofort alle Vorbereitungen getroffen. Zum Lager wurde eine Bettstelle mit eingelegten Matratzen genommen, so dass es ungefähr die Höhe eines gewöhnlichen Tisches hatte; die Lage der Kreissenden auf demselben war fast wagerecht mit unter den Nates geschobenen zusammengerollten Kissen, um das Becken noch zu erheben und den Uterus mehr gegen die Bauchdecken hinzudrängen.

Nachdem die Assistenten gehörig angestellt waren und Patientin durch Chloroform betäubt war, wurde der Schnitt nach Deleurye in der Linea alba gemacht. Der sich in die Wunde der Bauchdecken hineindrängende dunkelblaue Uterus liess an seiner Oberfläche starke Gefässe erkennen, die den hier stattfindenden Sitz der Placenta unzweifelhaft machten. Kaum war das Messer in ihn hineingedrungen, so sprang ein mehr als 2 Finger dicker Blutstrom hervor; der Schnitt wurde schnell erweitert, eine grosse Menge Fruchtwasser stürzte im Strahle hervor, und bei einer Contraction des Uterus trat von unten und links her der Kopf des Kindes heraus, an dem sofort der übrige Körper extrahirt wurde; zugleich erschien aber noch die Hand eines zweiten Kindes. Da sich in dem Augenblick der Uterus stark contrahirte, so machte die Entwickelung dieses zweiten Fötus einige Schwierigkeit, weshalb der Operateur mit der Hand in den Uterus ging, die sehr behindernde Placenta, die glücklicherweise dem ersten Kinde allein angehörte, schnell löste und entfernte und das Kind der Hebamme übergab, worauf denn auch die Entwickelung des anderen Kindes schneller von statten ging und auch die zweite Placenta entfernt wurde. Während der Operateur mit der Hand in der Höhle des Uterus war, ging er zugleich mit dem Zeigefinger derselben durch den Muttermund, um diesen vollständig frei zu machen, und reizte dessen Wandungen, während ein Assistent den Muttergrund von aussen rieb. Indess war die Blutung doch fortwährend noch sehr stark, da trotz der ziemlich starken Contraction der Uterus zu sehr ausgedehnt gewesen war, um sich so vollständig zusammenziehen zu können, dass die Lumina der durchschnittenen Sinus vollkommen geschlossen würden. Nachdem nun die Wunde vollständig gereinigt und die Compression des Uterus von aussen kräftig fortgesetzt war, wurde der Verband angelegt; beim Nähen wurde das Peritonäum mitgefasst; in den unteren Wundwinkel wurde ein Bourdonnet gelegt und dann Heftpflasterstreifen zwischen den Nähten angebracht: darüber Charpie. Compresse und ein Handtuch als Bauchbinde. Endlich wurde ein Sandkissen, das auf Eis gelegen hatte, aufgelegt, um sowohl durch Druck als durch Kälte auf weitere Contraction des Uterus zu wirken, später aber das Kissen mit einer Eisblase vertauscht

Als die Entbundene sich aus der Chloroformnarkose erholte, fing sie bald an über Brennen in der Wunde und über Nachwehen zu klagen. Ueble Erscheinungen zeigten sich unmittelbar nach der Operation nicht; um nervösen Symptomen gleich von vornherein entgegenzutreten, wurden der Wöchnerin, die früher so grosse Gaben Opium genommen hatte, sogleich 15 Tropfen Tinct. op. simpl., und später kleine Stückchen Eis zur Linderung des bald eintretenden Durstes gereicht. Die Kinder, das erstgeborene ein Mädchen mit einer kleinen einfachen Hasenscharte linkerseits, das andere ein Knabe, waren offenbar einen Monat zu früh geboren. Die Operation hatte mit Allem, was dazu gehört, eine halbe Stunde gedauert.

In der zweiten Stunde nach der Operation stellten sich leichte Vomituritionen, die indess nicht zum wirklichen Erbrechen führten, und etwas nach 2 Uhr sehr grosse Angst und Beklemmung ein, die Vomituritionen vermehrten sich, der Puls wurde flatternd und stieg allmälig bis auf circa 184 Schläge, das Gesicht verfiel, kurz es stellten sich Erscheinungen ein, die auf einen baldigen Tod rechnen liessen; der Leib war oberhalb des Verbandes stark aufgetrieben, aber teigig und ohne Schmerzen. Da gewiss anzunehmen war, dass nur ausgetretenes Blut die Ursache der Erscheinungen abgeben konnte, so wurden die Pflasterstreifen vom oberen Wundwinkel so weit zurückgeschoben, dass dieser frei wurde, und sogleich drang ein Strom dünnen Blutes hervor. Zugleich musste die Operirte eine Seitenlage, nach der sie grosses Verlangen hatte, annehmen, um dadurch den Abfluss zu erleichtern. Auch wurden wieder 15 Tropfen Tinct. op. gereicht. Während des Abflusses des Blutes besserte sich das Befinden merklich, und um 6 bis 7 Uhr Abends war der Puls auf 130 Schläge gesunken und kräftig; die Operirte sprach mit Kraft und Zuversicht. Während der Unterleib durch das Eis kalt erhalten wurde, war der ganze übrige Körper mit warmem duftigem Schweisse bedeckt. Die folgende Nacht wurde erträglich zugebracht, gegen Morgen etwas Schlaf; Angst und Beklemmung waren gering, Puls zwischen 120 und 130 Schlägen, ziemlich voll. Haut feucht, duftend, Schmerz nur auf der rechten Seite des Unterleibes unter dem Verbande; Oberbauchgegend aufgetrieben, aber weich, bei der Percussion tympanitisch; Durst mässig, Kopf frei. Im Laufe des Vormittags des 5. Septembers wurde der Verband zum Theil erneuert bei gutem Befinden der Patientin. Nachmittags trat unvermuthet eine erhebliche Verschlimmerung und wieder die frühere Angst und Beklemmung ein, die Kranke glaubte jeden Augenblick sterben zu müssen. Dabei waren auch nicht die geringsten Spuren beginnender Peritonitis vorhanden, der Leib nicht schmerzhafter oder aufgetriebener, als zuvor, zugleich weich, der Puls von 140 Schlägen, etwas spastisch; einige genossene Theelöffel schwacher Bouillon waren ausgebrochen worden, die Vomituritionen dauerten Weil der Anfall für mehr spastisch gehalten wurde, fort. so bekam Patientin wieder Opium; gegen Abend verlor er sich, der Puls wurde wieder weich und das subjective

١

Befinden durchweg besser. Der Verband wurde wieder revidirt, aus dem oberen Wundwinkel einige Klümpchen geronnenen Blutes entfernt, und um die Passage für etwaige Extravasate frei zu halten, ein Bourdonnet eingelegt. Abends um 10<sup>1</sup> Uhr ruhiger Zustand. Im Laufe des verflossenen Tages war bereits der Versuch gemacht worden, die Kinder anzulegen, was aber noch keinen Erfolg hatte. Dagegen haben sie beide an der Brust einer vor 3 Wochen entbundenen und sehr gesunden Amme gesogen und befinden sich wohl. - Der erste Theil der Nacht wurde unruhig verbracht, so dass noch 2 Dosen Opium gereicht werden mussten, worauf Patientin ruhiger wurde und gegen Morgen zuweilen einschlummerte. Die Untersuchung der von der Hebamme sehr vorsichtig gewechselten Unterlage zeigte die 5-6 fach zusammengelegte Leinwand in Flecken von 12 Fuss Durchmesser durchnässt. In der Mitte befand sich ein blutiger Fleck von der Grösse eines Tellers. Da durch die Wundwinkel, wie sich später erwies, nichts abgeflossen war, so konnten diese Flecken nur von der durch die Scheide abgegangenen Wochenreinigung herrühren, der erste sichere Beweis dieses Abflusses. Um 93 Uhr früh des 6ten Septembers wurde der Verband untersucht, die beiden Bourdonnets in den Wundwinkeln zeigten sich stark inprägnirt, feucht; doch war ein eigentlicher Ausfluss von Wundsecret nicht bemerkbar; die Charpie war festgetrocknet, der Leib war nirgend, selbst beim Druck, schmerzhaft, die Oberbauchgegend gab bei der Percussion einen hellen Luftton; der Tag verging ziemlich ruhig. Nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr zeigte sich ein leichter Frostschauer. der indess weder lange anhielt, noch auch sehr intensiv war und bald wieder einer gleichmässigen Wärme des ganzen Körpers wich; doch war und blieb der Puls nach dem Anfalle etwas flatternder, auch kehrten die Angstgefühle in der Brust, Herzgrube und Oberbauchgegend wieder und beunruhigten sehr, Ructus stellten sich wieder ein, und die Patientin war im Gemüthe sehr verzagt und glaubte an ihren Tod. Urin ist freiwillig gelassen worden; die Bourdonnets in den Wundwinkeln waren stark angefeuchtet. Es fragt sich, wie der Frostschauer zu deuten sei, ob blos

auf Milchfieber oder auf beginnende Peritenitis, worüber augenblicklich die Entscheidung schwer war; jedenfalls war der Zeitpunkt da, wo beide Bventualitäten möglich sind, und es wurde daher beschlossen, stündlich 1 gr. Calomel zu geben, und bei der geringsten Vermehrung des Schmerzes im Leibe die Eisumschläge, die seit voriger Nacht fortgelassen waren, zu erneuern. Während der Nachtwurde sehr viel Urin gelassen, wobei sich das Oedem der Füsse merklich verminderte. Die Untersuchung am nächsten Morgen zeigte eine ziemliche Menge Blut in der Wäsche, und auch die Bedeckungen des Unterleibes stark blutig, so dass anzunehmen war, dass die Wunde selbst Ergüsse in vermehrtem Maasse vermittelt hatte, die Heilung per primam intentionem also vereitelt war. Das Calomel ist stündlich gereicht worden und hat wohlgethan, insofern nach jedem Pulver Erleichterung eintrat. Dagegen liegt das Allgemeinbefinden sehr darnieder, Ructus mit Brechneigung treten von Zeit zu Zeit ein, doch ist ein wirkliches Erbrechen nicht zu Stande gekommen. Gegen die Ructus wurden wieder 15 Tropfen Tinct. op. gereicht. Um 9§ Uhr Vormittags (am 7. Septbr.) war der Zustand nicht wesentlich verändert; die Absonderungen aus der Wunde erfolgten dauernd in reichlichem Maasse, doch ist auch die Scheide feucht; der Puls ist sehr variabel. Bei Erneuerung des Verbandes zeigte sich die Mitte der Wunde unvereinigt, etwas klaffend; wahrscheinlich war hier und im unteren Wundwinkel die Quelle des reichlichen Ausflusses. Die Charpie auf der Wunde wurde erneuert und auch das Hemde durch Abschneiden entfernt, ohne durch ein neues ersetzt zu werden. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich der sehr aufgetriebene Leib zwar empfindlich, aber nicht sehr schmerzhaft; Patientin ertrug nicht nur einen ziemlich starken Druck mit den Händen, sondern auch die vollständigste Bedeckung durch Bett, Flanell, Tücher etc.; auch konnte sie ohne Schmerz tief einathmen. Dagegen verursachten die Ructus und Vomituritionen lebhaften Schmerz in der Wunde. Die Blase ist ziemlich angefüllt und wird mittels des Katheters entleert; der Harn sieht fast ganz normal aus. Doch klagte die Kranke auch über Schmerz in der Blasengegend, der

bei äusserem Druck beträchtlich zunahm. Da derselbe, wenn auch nicht an eine allgemeine, so doch an die Entstehung einer partiellen, die Blasengegend einnehmenden Peritonitis denken liese, so wurden 10 Blutegel an diese Gegend applicit und zugleich alle 2 Stunden 2 gr. Calomel, um mehr auf den Darm zu wirken, und in den Zwischenstunden 1 gr. Castoreum gereicht; auch wurde ein Schwamm mit Kamillenthee in die Scheide eingeführt und liegen gelassen. Von einer kräftigen Milchsecretion zeigte sich übrigens Nichts, jedoch waren die Brüste auch keineswegs collabirt, -- Mittags 2 Uhr: Der Schmerz in der Blasengegend hat sich nach den Blutegeln etwas vermindert; die Castoreumpulver, sind der Patientin sehr zuwider, da sie ihr mehr Uebelkeit machen. Es wird daher bei der Fortdauer der nervösen: Symptome, Angst, Ructus etc. wieder zum Opium gegriffen. Der Nachmittag wird erträglich mit zeitweisem Schlaf, hingebracht; die Absonderungen erfolgen in ziemlich reichlichem Maasse. Um Stuhlgang zu erzielen, sollen einzeln und in halbstündigen Zwischenräumen einige Theelöffel frisch ausgepresstes Ricinusöl in schwacher Bouillon gereicht werden. - Um 11 Uhr Abends erfolgte ein fürchterliches Erbrechen, wonach der Patientin merklich leichter wurde. Die Nacht verging sehr ruhig mit zeitweiligem Schlaf; während derselben trat einmal Stuhlgang mit Abgang ziemlich vielen Urins ein, wonach grosse Erleichterung. Beim Besuche am nächsten Morgen behauptete Patientin ganz frei von Schmerzen im Leibe zu sein, auch selbst in der Blasengegend gar keinen Schmerz mehr zu empfinden; sie sprach kräftig, in ihrer Stimme war kein tiefes Leiden wahrzunehmen; auch ist während der verflossenen Nacht kein Frost oder ein anderes übles Zeichen wahrgenommen worden. Als solche standen nur der merklich collabirte Puls und die etwas kühle Haut an den Extremitäten da. Im Laufe des Vormittags erfolgte reichlicher Abfluss aus dem unteren Wundwinkel, genügende Urinsecretion und 4 ziemlich flüssige Stuhlgänge; die Hände und Füsse aber zeigten grosse Neigung zum Kaltwerden; es würde dieser Umstand die entschieden schlechteste Prognose bedingen, wenn nicht die Sprache fortwährend ziemlich kräftig wäre und selbst die Bewegungen der Extremitäten mit einer gewissen Energie ausgeführt wurden. Dennoch konnte man sich nicht verhehlen, dass die Aussicht auf einen günstigen Ausgang bedeutend schwinde, und der üble entschieden an Wahrscheinlichkeit gewinne. Gegen Mittag trat ein ziemlich reichliches Erbrechen ein, wonach Patientin sich wohler zu fühlen behauptete. Die Kälte der Extremitäten dauerte fort und war eher gestiegen als gesunken, dabei waren sie mit klebrigem Schweisse bedeckt. Die Frequenz des Pulses nahm zu, ebenso auch der Kollepsus. Um 6 Uhr Abends immer noch reichliche Absonderungen, aber Fortdauer der Kälte und Feuchtigkeit der Gliedmassen bei frequentem Pulse. Abends 10 Uhr bot Patientin einen gänzlich hoffnungslosen Zustand dar, da alle bösen Symptome gestiegen waren. Versuchsweise wurde noch 1 Gran Moschus mit Zucker stündlich verordnet, doch wieder ausgebrochen. Während der Nacht flüssige Stühle, stärkere Kälte der Extremitäten, entsetzliche Angst, bei tiefseufzender Respiration und fadenförmigem Pulse; offenbar beginnende Paralyse der Lungen und des Herzens. Am 9. September um 94 Uhr, gerade 120 Stunden nach der Operation, erfolgte der Tod.

Die Section wurde am 10. Nachmittags 4 Uhr gemacht. Der Unterleib war ungeheuer aufgetrieben, die Wunde theilweise fest verklebt. Nach Eröffnung\*des Abdomens erschien ein starkes dunkles, geronnenes Blutextravasat, das plattenförmig ausgebreitet, die Eingeweide unterhalb des Nabels wie eine Schürze bedeckte. Am Bauchfell konnte eine Entzündung oder die Spuren einer Inflammatio exsudativa nirgends aufgefunden werden, nur zeigten sich hier und da sowohl am Bauchdeckenüberzuge wie auch auf den Gedärmen kleine arborescirende Gefässinjectionen. Der Darmkanal war immens aufgetrieben und bedeckte nach vorne und unten Dieser selbst lag fast ganz in der rechten den Uteras. Seite, das Orificium reichte kaum in den Beckeneingang hinab und war schlaff; sein Peritonäalüberzug war ebenfalls nirgends entzündet. Die Schnitfwunde war noch 24 Zoll lang und klaffte weit. Das in der Bauchhöhle gefundene Blutcoagulum setzte sich durch die Wunde bis in die Höhle des Uterus fort. Auf der inneren, noch mit den Ueberresten der Decidua bedeckten Fläche des Uterus waren ebenfalls keine Spuren einer Enzündung zu bemerken. Somit ist der Tod, wie auch die Erscheinungen während des Lebens darthaten, allein durch den heftigen Eingriff hervorgebracht, den die Operation und in deren Folge die Blutergüsse in die Bauchhöhle auf das Nervensystem hervorgebracht haben.

Um nun die Beckengeschwulst genauer untersuchen zu können, wurde das Becken aus seinen Verbindungen gelöst, von den Weichtheilen befreit und zum Trocknen aufbewahrt. Das getrocknete Becken bietet nun Folgendes dar: Es ist ursprünglich wohl gebildet, etwas dünnknochig, seine Durchmesser sind fast ganz normal. Der Beckenraum wird durch eine Knochenmasse ausgefüllt, die vom Promontorium herab das ganze Kreuzbein umhüllt, so dass von diesem nichts zu sehen ist. Sie ragt noch über den Bekkeneingang nach oben hinaus, hängt aber nicht mit der Linea arcuata int. der Darmbeine zusammen; vielmehr beträgt der Raum zwischen ihr und der Geschwulst linkerseits  $\frac{1}{2} - \frac{1}{2}$  Zoll, rechterseits 9-10 Linien; zwischen der linken Pfannengegend und dem Tumor ist nur 1 Linie, zwischen diesem und der Symphyse 11 Zoll, und zwischen der rechten Pfannnegegend und dem Auswuchs 7-8 Linien Die linke Pfanne ist selbst schon durch-Zwischenraum. brochen. Die Masse ist also linkerseits bedeutender, als rechts. Durch die Incisurae ischiadicae majores et minores und über die Synchondroses sacro-iliacae hinweg geht der Tumor nach aussen und hinten; die linke Incisur. ischiad. maj. wird so von ihm erfüllt, dass ihr Begrenzungsrand zum Theil ganz in ihm vergraben ist, zum Theil aber nur höchstens um eine Linie von ihm entfernt ist; rechterseits ist zwischen dem Begrenzungsrand der Incisur und der Geschwulst mehr Zwischenraum, 4-6". Hinten bedeckt letztere das Os sacrum auch so ganz, dass nur die Spitzen der Dornfortsätze der oberen falschen Wirbel etwas hervorragen. Ganz besonders enorm ist die Masse hinten und links, so dass sie hier fast die Grösse von 2 Fäusten erreicht. Die beiden Synchondroses sacro-iliacae sind durch die Geschwulst auseinandergedrängt worden, die linke aber bedeutender als die rechte, so dass das Becken dadurch

## 30 II. Dr. Behm, Ein Fall von Beckenexostose,

schief geworden ist. Die Substanz des hinteren Theiles des linken Hüftbeines geht unmittelbar in die abnorme Knochenmasse über; letztere erfüllt auch den Canalis sacralis des Kreuzbeins fast ganz, so dass nur ein sehr geringer Raum für das letzte Ende des Rückenmarkes übrig geblieben ist. Auf der hinteren Fläche des Tumors ragt die Spitze des Kreuzbeines, etwas nach der rechten Seite verschoben, hervor. Die Oberfläche der Geschwulst ist unregelmässig hökkrig, rauh, knollig, bietet hier und da, besonders auf der hinteren Seite, grössere Löcher dar, die zu ziemlich grossen, im Inneren gelegenen, Cavernen führen. Die Structur ist schwammig, porös, locker; in den Höhlen war eine gelbliche wässrige Flüssigkeit enthalten, die leider nicht mikroskopisch untersucht ist Die grösste Breite hat die Exostose auf der hinteren Seite des Kreuzbeins, sie beträgt 6¿ Zoll; der grösste Durchmesser von vorn nach hinten ist heinahe 6 Zoll.

Dieser Fall hat offenbar viel Aehnlichkeit mit den von Kibbin und Leydig erzählten, so dass sich über alle drei vieles Gleiche sagen lässt, das, so lange keine neuabweichenden Beobachtungen über Exostosen vorliegen, als Norm oder Regel anzusehen ist. Damit das Resultat, das ich schliesslich über diese Art Beckenknochenauswüchse ziehen will, klar vor Aller Augen liege, will ich die Fälle von Kibbin und Leydig, die sich übrigens in den Heidelberger klinischen Annalen Bd. VI. Heft 3. und Bd. VIII. Heft 2. erzählt finden, kurz wiederholen und die einzelnen wenigen anderen Beobachtungen von dergleichen Knochengeschwülsten des Beckens hinzufügen.

Die Kranke des Dr. *Kibbin*, Anna M., 26 Jahr alt, war in ihrer Jugend stets gesund und wohlgebildet gewesen. Bei der in Bezug auf die bevorstehende Geburt angestellten Exploration fand K. den grössten Theil der linken Seite des Beckens von einer Geschwulst eingenommen, welche die Höhle des Kreuzbeines ausfüllte und sich nach vorne bis ungefähr  $\frac{1}{2}$  Zoll von dem linken Schambeinaste hin ausdehnte. Der grösste Raum war an der rechten Seite des Beckens, d. h. zwischen der Geschwulst und dem rechten Beckenrande; er betrug  $1\frac{1}{2}-1\frac{1}{2}$  Zoll. Die Zerstückelung

der Frucht wurde für unausführbar gehalten, und daher als einziges Entbindungsmittel der Kaiserschnitt beschlossen. Der Uterus zog sich sogleich nach der Operation auf die gewöhnliche Grösse nach der Enthindung zusammen, die Blutung war unbedeutend. Gleich nach der Operation stellte sich Uebelkeit und Erbrechen ein, der Puls stieg auf 120 Schläge und war unregelmässig. Es wurden 8 gr. Opium und von Zeit zu Zeit eine Potio Riverii gereicht, Am nächsten Tage früh fand ein unbedeutender Blutabgang durch die Scheide statt, durch den Katheter wurden 10 Unzen dunklen Urins abgelassen. Im Laufe des Vormittags fanden sich stille Delirien ein, der Puls schlug 120 Mal, klein und sehr schwach, die Gesichtszüge waren ziemlich verfallen, der Unterleib weich, bisweilen erfolgte Erbrechen: keine Beaction oder Hitze der Haut. Gegen Mittag Schlaf mit theilweise geöffneten Augen, die Zähne waren ziemlich fest geschlossen. Nicht ohne Schwierigkeit wurde der Kranken etwas Flüssigkeit eingeflösst, die sie jedoch gar nicht herabzuschlucken versuchte; sie rasselte damit kurze Zeit in ihrer Kehle, worauf sich eine convulsivische Bewegung der Gesichts- und dann der Halsmuskeln einstellte; dann erfolgten ziemlich heftige Zuckungen der Extremitäten, die etwa zwei Minuten anhielten. Die Kranke kam sehr herunter; der Puls war sehr unregelmässig und schwach, die Zuckungen wiederholten sich, die Schlafsucht nahm zu und die Kranke verschied um 4 Uhr Nachmittags, 17 Stunden nach der Operation. Die Section geschah 10 Stunden nach dem Tode. Die Gedärme waren von Gas sehr ausgedehnt; eine Nachblutung hatte nicht stattgefunden, der Uterus war auf etwas mehr als die Grösse einer Faust zusammengezogen, seine Schnittfläche war mit einer dünnen Schicht geronnenen Blutes bedeckt. Nach aussen standen die Wundränder des Uterus (durch die Zusammenziehung der Kreisfasern) bedeutend auseinander, so dass die Wunde sehr klaffte; nach innen standen die Schnittflächen in Berührung. Dadurch war eine Wundfläche von 21-3 Zoll im Durchmesser entstanden, die während des Heilungsprocesses ihr Secret cher in den Unterleib, als in den Uterus entleerte. An der Oberfläche der Gedärme war hier und da und am Peritonäalüberzug des Uterus etwa & Zoll zu beiden Seiten des Schnittes eine leichte Röthe bemerkbar. Im Uebrigen konnte Nichts Abnormes gefunden werden. Das herausgenommene und von seinen Weichtheilen entblösste Becken war ursprünglich wohlgebildet, seine Durchmesser sind normal. Seine ganze Sacralportion mit Ausnahme des ersten und eines Theils des zweiten falschen Wirbels war gleichsam eingehüllt in eine grosse kegelförmige Exostose, die sich nach vorne in das Becken ausdehnte, und seine Höhle bedeutend verkleinerte, nach hinten einen Zoll oder mehr die Dornfortsätze überragte. Das Steissbein stand aus dem unteren Theile der Geschwulst hervor; nur der Theil der letzteren, der sich in das Becken hineinerstreckte, war an einigen Stellen glatt, an anderen rauh und durch zwei oder drei oberflächliche Spalten zertheilt; der Theil, der die hintere Partie des Os sacrum überzog, bot eine unregelmässige und höckrige Oberfläche dar. Von der Spitze der Geschwulst bis zum untern Theil der Schoossfuge betrug die Entfernung 14", vom linken Beckenrand bis zur Oberfläche der Geschwulst an dieser Seite an der weitesten Stelle eben so viel. Die Frucht war dick, stark, weiblich, aber offenbar schon einige Zeit vor der Geburt abgestorben; sie wog 5<sup>t</sup> Pfund Civilgewicht. Während des früheren Lebens und gegen Ende der Schwangerschaft hatte die Person wenig oder gar keine Beschwerden von dem krankhaften Gewächs gehabt; nur bisweilen musste sie über leichte Kolikschmerzen klagen. Ueber die wahrscheinliche Ursache des Tumors befragt; gab die Mutter an, dass die Tochter im 6ten oder Sten Jahre einmal auf den Rücken gefallen sei, was ihr für kurze Zeit Schmerzen im Kreuze verursacht habe; sonst sei sie immer gesund und kräftig gewesen.

Auch über die Kranke des Dr. Leydig ergiebt sich aus der Anamnese, dass sie von Jugend auf gesund war und es auch bis zum 15. Jahre stets blieb. Im Winter dieses Jahres trug sie eine Last auf dem Kopfe nach Mainz, glitt dabei auf dem Eise aus und fiel so hart mit den Nates auf Steine, dass sie sogleich grosse Schmerzen im After verspürte; dessen ungeachtet setzte sie ihren Weg nach Mainz fort und kehrte gleich darauf auch wieder zurück, schonte ź

Þ

ie

ŀ

sich überhaupt gar nicht. Allmälig verschwanden die Ìs Schmerzen und die Person hielt sich für geheilt; jedoch tte hatte sie seit dieser Zeit Beschwerden beim Stuhlgang und 22 Harnen, nicht aber bei der Periode. Im 24. Jahre verhei-N. rathete sie sich. Als Dr. L. am Ende ihrer Schwangerschaft al hinzugerufen wurde, fand er sie auf der Erde knieend und ĸ auf den Ellenbogen gestützt, welche Lage ihr die meiste Ruhe gestattete; sie erzählte, dass sie vom Anfang ihrer Schwangerschaft bis gegen die 27. Woche sich ganz wohl befunden habe; seit der Zeit habe sie sich mehrmals erbrechen müssen und grosse Beschwerden beim Stuhlgang und beim Harnen gehabt; am 29. April habe sie schon Schmerzen im Unterleibe verspürt, trotzdem sei sie aber noch am 30. ins Feld gegangen, um Gras zu holen. Bei Aufhebung ihrer Bürde habe sie ein Krachen im Leibe gefühlt und das Wasser sei abgeflossen, wonach sich das Kind nicht mehr bewegt habe. Zu Hause angekommen, habe sie sogleich die Hebamme rufen lassen. L. fand die Kranke sehr blass und schmutzig-fahl aussehend; die Backen waren sehr eingefallen, die Nase spitz, der Blick grell, die Zunge feucht, das Athmen beschleunigt, der Puls sehr frequent, nicht unkräftig. Frost und Hitze wechselten mehrmals ab; oft erbrach Patientin das Getränk mit Leichtigkeit; dabei war sie sehr couragirt, ging im Zimmer auf und ab, legte und hob sich allein in und aus dem Bett. Zeitweise traten starke Wehen ein; aus der Scheide floss zuweilen etwas stinkende, mit weissen Brocken vermischte Feuchtigkeit hervor, auch zuweilen etwas Blut. Die Geschwulst fühlte sich nicht ganz eben an, sondern bot schwache Erhabenheiten dar; sie entsprang von der hinteren Beckenwand und nahm den ganzen Bingang und die Höhle des Beckens in dem Maasse ein, dass man nur mit Mühe zwischen der Geschwulst und der Schambeinverbindung einen Finger aufwärts führen konnte; den Muttermund konnte man durchaus nicht erreichen, das Rectum war nach der linken Seite hingedrängt und sehr eng. Der Katheter konnte auf keine Weise in die Blase gebracht werden, so dass zur Entleerung des Urins die Punctio vesicae das einzige Mittel war. Eine andere Entbindungsert, als der Kaiserschnitt, war na-Monateschr. f. Geburtsk. 1854, Bd. IV. Hft. 1. 3

türlich nicht möglich; der Schnitt wurde in der rechten Bauchhälfte, 2 Zoll von der Linea alba gemacht. Der Uterus zog sich gleich nach der Operation ziemlich fest zusammen; die Kranke erbrach ohne grosse Anstrengung mehrmals nach einander das ihr gereichte Getränk aus Wasser und Wein. Einige Stunden später entstellte sich plötzlich das Gesicht, die Wangen verfielen, die Nase war spitz und kalt, der Blick grell, die Lippen zurückgezogen, die Zunge feucht, der Körper warm, mit allgemeinem Schweiss bedeckt, die Respiration schnell, der Puls frequent und schwach, der Unterleib nicht schmerzhaft, aber oberhalb des Verbandes aufgetrieben. Aus der Scheide floss nichts ab. Danach stellte sich ein starker, wohl eine Stunde anhaltender Frost ein, dem grosse Hitze folgte. Während der nächsten Nacht mehrmaliges schreckhaftes Auffahren aus dem Schlummer, dreimal Erbrechen, aber niemals Klagen über Schmerzen. Um 9 Uhr am nächsten Morgen floss zum ersten Male Harn auf natürlichem Wege ab, wonach sich Patientin bis gegen Mittag wohl befand; dann trat heftige Brustbeengung ein. In der folgenden Nacht öfters Erbrechen, das im Laufe des nächsten Tages sich wohl 10 Mal wiederholte und auch nicht nach dem Gebrauch der Tinct. Opii und der Potio Riverii aufhörte. Am nächsten Morgen war die Kranke heiter und munter, doch fing sie an, über Schmerzen im Unterleibe und über einen lästigen Husten zu klagen; gegen Abend trat Hitze und grosse Unruhe ein, zur Nacht wurde Patientin zwar wieder ruhiger, aber auffallend schwächer, der Puls war sehr klein, unregelmässig und zuweilen intermittirend. Am nächsten Tage nahm die Schwäche zu. die Wärme der Extremitäten verlor sich, der Puls wurde noch kleiner und zitternd, und um Mitternacht, 5 Tage nach der Operation, erfolgte der Tod.

Sectionsbefund. Die Wunde war nicht geschlossen, die Wundränder etwa eine Linie von einander entfernt, von unreinem Aussehen und mit einer dünnen, stinkenden Jauche bedeckt. Bei Eröffnung des Unterleibes floss etwas dünne eiterähnliche Flüssigkeit aus; in grösserer Menge und consistenter fand man sie in beiden Seiten der Bauchhöhle. Die Intestina waren gesund mit Ausnahme des Dickdarms, der durch ergossene coagulable Lymphe theils unter sich, theils mit den anstossenden Theilen ungewöhnlich, aber locker verbunden war. Die ganze Oberfläche des Uterus war mit einer dünnen Schicht Lymphe überzogen. Das Peritonaeum fand man gegen den rechten Rand des Uterus bin gefässreicher; noch röther, angeschwollener und häufiger waren die Gefässe des rechten Mutterhornes, des Eierstockes und besonders des breiten Mutterbandes. Das Becken war ursprünglich wohlgebildet. Die Exostose entsprang vorzüglich aus dem Körper des 2., zum Theil auch aus dem des 1. und 3. Kreuzbeinwirbels. Zu beiden Seiten beträgt der Raum zwischen der Geschwulst und dem Beckenrande hie und da nur 2-3 Linien, höchstens aber 31 Linie; zwischen Geschwulst und Schoossbein 9-10 Linien. Die Höhe der Exostose beträgt 6 Zoll 11 Linien, ihre grösste Breite 6 Zoll 1 Linie. Der Bau im Innern ist schwammig, zellig, alle Höhlen sind mit einer dünnen Membran ausgekleidet und enthalten eine geringe Menge wässriger, gelblicher Flüssigkeit.

Ausser diesen beiden Fällen erwähnt Kilian in seinem Handbuch der Geburtslehre kurz eines nichtmitgetheilten vom Dr. Velten in Bonn beobachten Falles, wo das stark rhachitische Becken mitten auf der Linea arcuata sinistra eine sehr scharfe und spitzige Exostose von 3 Linien Höhe und 9-10 Linien Breite hatte, woran der Uterus eine tödtlich gewordene Verletzung erlitt. Denselben Fall, sowie noch vier ähnliche, beschreibt Kilian in seiner neuesten Schrift (Schilderungen neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben. Mannheim 1854. S. 80 ff.) ganz ausführlich und giebt zu denselben sehr anschauliche Abbildungen. - Ferner findet sich in der Oesterreichischen medicinischen Wochenschrift von 1841 und 1844 eine Mittheilung des Chirurgen Mestenhauser, der wegen eines sehr grossen, den Bekkenkanal fast ganz ausfüllenden, harten und mit dem Knochen zusammenhängenden Tumors behufs der Entbindung zwei Mal den Kaiserschnitt an derselben Person machte. Patientin war bis zum 17. Jahre stets gesund gewesen, zog sich dann aber eine Entzündung des Kreuzbeins, wodurch ist nicht angegeben, zu, die sie zwang, 2 Jahre hindurch

3\*

auf Krücken zu geben. Nachher besserte sich ihr Zustand wieder, sie verheirathete sich und wurde im 28sten Jahre zum ersten Male schwanger. Da die Sectio caesarea auch das zweite Mal von einem glücklichen Ausgange gekrönt wurde, so bleibt es freilich zweifelhaft, ob die Geschwulst eine solche Exostose war. Endlich befindet in Stein's d. J. Sammlung ein Becken mit einer grossen Exostose, die am hinteren Theile der rechten Linea arcuata sitzt. Es existirt jedoch keine Krankengeschichte von diesem Becken.

Dies sind sämmtliche bisher bekannt gewordene Fälle dieser Art Exostose: sie bieten vielfache Verschiedenheiten von den bisher so genannten Geschwülsten dar, so dass man zweierlei Arten von Exostose unterscheiden muss, nämlich compacte und schwammige. Zu jenen gehören die von Pinaeus, Thierry, Wigand, John Burns und Gardien erzählten,\*) zu diesen die von Leydig und den Anderen beschriebenen Fälle. Die letzteren bestehen zum allergrössten Theile aus normalem Knochengewebe, das in seinen Zwischenräumen eine geringe Menge einer gelblichen Flüssigkeit enthält. Die allgemeine Ursache der Beckenexostose ist, wie die aller Neubildungen überhaupt, ein Entzündungszustand des Periostes oder der Knochensubstanz selbst, welche durch den grösseren Säftezufluss anschwellen und eine plastische Masse absondern, die nach den Gesetzen der natürlichen Knochenbildung in Knochensubstanz umgewandelt wird. Wovon es aber abhängt, dass in dem einen Falle eine compacte, im anderen eine schwammige Exostose entstehe, ist nach den wenigen Beobachtungen darüber bis jetzt nicht mit Gewissheit anzugeben; vielleicht aber davon, ob die Entzündung zur Behandlung kommt oder nicht, und ob sie einen akuten oder chronischen Verlauf an sich trägt. Entstand sie akut und kam

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>) Ausser diesen sind noch von Ruleau, Plenk, von Doeveren, Henckel, Nagel, Herbiniaux, Plessmann, Aulenrielh, Danyau, Damourette, Barbaut, Spitzbarth, Mme. Boivin und Ramsbolham Mittheilungen von solchen Exostosen gemacht, die aber theils der unzureichenden Schilderung, theils der nachträglich erkannten Fehler in der Diagnose wegen gänzlich gestrichen werden müssen.

sie früh in gute Behandlung, so wird meist gar keine Spur ihrer einstigen Existenz zurückbleiben; wurde sie erst nach einiger Dauer in passende Kur genommen, so wird sie danach zwar aufhören, doch kann sie vorher schon ein plastisches Exsudat gesetzt haben, das sich in Knochenmasse umwandelt und gewiss zu einer compacten Exostose wird, indem die resorbirbaren Bestandtheile gemäss der Behandlung wirklich resorbirt werden. Entstand die Entzündung akut und kam sie gar nicht zur Behandlung, so wird sie nach Ablauf ihres akuten Stadiums als eine chronische fortdauernd, fortwährend Exsudat absetzen, dessen plastischer Theil sich in Knochenmasse umwandelt, während der zu resorbirende nicht aufgesogen und nicht fest wird, sondern als gelbliche Flüssigkeit von der Knochenmasse in kleinen Zellen eingeschlossen wird. Auf letztere Weise entstehen wahrscheinlich die schwammigen Exostosen. Die Ursachen der Entzündung sind meist äussere Gewaltthätigkeiten, Fall, Stoss auf das Becken oder das Kreuzbein, zuweilen wohl rheumatische Diathese oder Erkältung der Kreuzbeingegend. Dyskrasien, wie Syphilis, Scropheln etc., die gewöhnlich als die häufigste Ursache der Beckenexostosen angegeben werden, sind in der That nur höchst selten Veranlassung zu solchen Tumoren.

a) Die compacten Beckenexostosen. Sie sind bestimmt umgrenzte Geschwülste, welche durch die mehr oder minder beträchtliche entzündliche Vergrösserung eines grösseren oder geringeren Knochentheiles gebildet werden. Sie können überall an den Beckenknochen sitzen, sind jedoch bis jetzt vorzugsweise an den Seitenwänden des Beckens und an der inneren Fläche der horizontalen Schambeinäste. seltener in der Aushöhlung des Kreuzbeins beobachtet worden. Ihr Gefüge ist sehr hart und übertrifft manchmal an Festigkeit sogar die härtesten Knochen, so dass es dem Elfenbein gleicht. Ihre Grösse variirt zwischen der einer Haselnuss und der eines Hühnereies; über letztere hinaus ist noch keine compacte Exostose beobachtet worden. Die Oberfläche ist glatt, die Farbe gelblich-weiss und glänzend. Ueber ihre Symptome ist wenig zu sagen: wo sie durch äussere Gewaltthätigkeiten entstanden, da sind an der von

ihr getroffenen Stelle Schmerzen vorhanden, die sich aber gewöhnlich bald verlieren, wonach sich die Geschwulst ohne alle Symptome so langsam entwickelt, dass man sie entweder erst beim Tode des Individuums oder erst dann bemerkt, wenn sie einen solchen Umfang erreicht hat, dass sie andere Organe in ihren Functionen stört und Veranlassung zu einer Untersuchung des Beckens giebt. Da sie solch Volumen bisher noch nicht erreicht, und daher in männlichen Subjecten keine Untersuchung des Beckens veranlasst haben, so sind sie nur im weiblichen Geschlecht durch geburtshülfliche Explorationen oder durch ihren Einfluss auf eine Geburt als Hinderniss derselben aufgefunden worden. Der Verlauf und das Wachsthum ist sehr langsam und schmerzlos, oft mit gar keiner Störung in der thierischen Oekonomie verbunden; manchmal scheint die Geschwulst auf einer bestimmten Grösse stehen zu bleiben. und sich das ganze Leben hindurch nicht zu verändern. Die Diagnose ist nicht leicht; man muss sich hüten, das stark hervorragende Promontorium oder das mit verhärteten Kothmassen gefüllte Rectum, Blasensteine oder Tumoren anderer Organe für Exostosen zu halten. Hat man sich von dem Nichtvorhandensein aller dieser möglichen Fälle überzeugt, ist die Geschwulst hart, hängt sie mit dem Knochen zusammen und sitzt sie an derselben Stelle, die einst von der wahrscheinlichen Veranlassung getroffen war, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf eine Exostose diagnosticiren.

Prognose: Das Leben wird durch sie nicht gefährdet, und die Krankheit kann ohne Nachtheil das Leben hindurch bestehen. Was ihren Einfluss auf etwaige Geburten betrifft, so ist er nach Grösse und Sitz der Exostose sehr verschieden. So ist zum Beispiel eine wenn auch kleine Exostose an der inneren Fläche der Symphyse oder des horizontalen Schambeinastes ein viel grösseres Geburtshinderniss und zugleich wegen des Druckes auf die Harnblase viel schmerzhafter und gefährlicher, als eine grössere, die in der Aushöhlung des Kreuzbeins ihren Sitz hat. Letztere Stelle ist überhaupt die günstigste; sitzen sie an der seitlichen Beckenwand, so können sie bei einiger Grösse den Uterus seitlich comprimiren, ihn an der Stelle in Entzündung setzen und dem Kinde eine Schädelimpression verursachen. Im Allgemeinen aber schaden sie wegen der meist geringen Grösse und der glatten Oberfläche bei weitem weniger, als die schwammigen. Zuweilen ist bei ihrem Vorhandensein die Wendung erforderlich, doch hat eine compacte Exostose bis jetzt noch nie den Kaiserschnitt bedingt, obgleich freilich nicht zu leugnen ist, dass sie bei an sich schon engem Becken und grossem Kinde wohl die Sectio caesarea fordern kann.

In Bezug auf das Wochenbett ist die Prognose bei den compacten Exostosen auch bedeutend besser, als bei den porösen, indem dem Uterus hinlänglich viel Raum bleibt, in das kleine Becken hinabzusteigen, und die Lochien durch den natürlichen Weg abfliessen können. Von einer Behandlung kann kaum die Rede sein, da die Geschwülste in einem für die äussere Wahrnehmung gänzlich verschlossenen und für chirurgische Manipulationen ganz unzugänglichen Körpertheil entstehen und auch meist erst entdeckt werden, wenn sie schon eine ziemliche Grösse erreicht haben. Hat irgend eine Gewaltthätigkeit oder eine Erkältung auf das Becken oder das Kreuzbein eingewirkt, und ist eine Entzündung danach aufgetreten, so behandle man diese gehörig. Findet man die Geschwulst und ist man aus der wahrscheinlichen kurzen Dauer derselben und aus den fortbestehenden Schmerzen berechtigt, anzunehmen, dass sie noch nicht abgeschlossen, sondern noch in der Entwicklung begriffen ist, so mache man örtliche Blutentziehungen, und versuche danach zertheilende und die Resorption befördernde Mittel, Jod innerlich und örtlich, vielleicht eine Leberthrankur etc. Doch glaube ich, dass die Mühe des Arztes nur selten durch Erfolg belohnt werden wird. Ist die Geschwulst schmerzlos, stört sie nicht andere Functionen, so thut man am besten, sie unberührt zu lassen. Viel gefährlicher sind:

b) die schwammigen Exostosen. Sie bilden grosse, mit dem inneren Knochengewebe selbst zusammenhängende Geschwülste von poröser, schwammiger und lockerer Beschaffenheit. Inwendig finden sich zellige Räume und grössere Kavernen, in denen etwas gallertartige Flüssigkeit enthalten zu sein scheint. Die Oberfläche ist raub, knollig, höckrig und siebartig, hier und da mit grösseren Löchern und Oeffnungen, die mit den inneren Höhlen communiciren. Sie sitzen meist am Kreuzbein, wahrscheinlich deshalb, weil dasselbe den veranlassenden Ursachen. d. h. äusseren Gewaltthätigkeiten, am meisten ausgesetzt ist, nehmen dessen ganze Fläche ein und wuchern nach allen Seiten fort. Sie wachsen rasch und erreichen bald einen beträchtlichen Umfang; denn gewiss muss man das ein schnelles Wachsthum nennen, wenn sie sich in 13-14 Monaten von einem Minimum bis zur Hühnereigrösse entwickeln können, wie es in dem von mir beschriebenen Falle geschah, vielleicht ist hier freilich das Wachsthum durch die Schwangerschaft und den bei ihr physiologisch vermehrten Säftezufluss befördert worden. Niemals bleiben sie auf einer einmal erlangten Grösse stehen. Ihre nächste Entstehungsursache liegt auch in dem durch Entzündung veränderten Ernährungsprocess des Knochens.

Symptome: Nach stattgehabter Ursache sind Schmerzen an der betroffenen Stelle vorhanden, die nach der verschiedenen Heftigkeit des Anlasses auch verschieden lange andauern, sich jedoch mit der Zeit verlieren. Dann scheinen Patientinnen ganz gesund zu sein, und es zeigen sich keine Symptome von der Existenz eines abnormen Gewächses. bis dies erst eine gewisse Grösse erreicht hat und auf benachbarte Organe einzuwirken anfängt. Dann erscheinen die Schmerzen wieder und wird das Liegen auf dem Rükken sehr lästig und wohl gar unerträglich. Indem die Exostosen immer mehr wachsen, influiren sie allmälig auf die an der hinteren Beckenwand gelegenen Nervenstämme und Geflechte, bewirken theils durch Reizung derselben, theils durch Druck auf sie Schmerzen und Lähmungen der Unterextremitäten, später auch der Harnblase und des Rectums, und machen das Dasein der von ihnen Befallenen zu einem höchst elenden. Bei zunehmender Grösse erfüllen sie oft fast das ganze kleine Becken und occupiren so den Raum, der eigentlich für einen Theil der Gedärme bestimmt ist. für sich. Dadurch werden diese sämmtlich in das grosse

Becken und gegen das Diaphragma gedrängt, können dieses in seinen Athmungsbewegungen behindern und so störend auf die Respiration einwirken. Dadurch, durch das lange Krankenlager und durch die heftigen, bei Tag und bei Nacht fortdauernden Schmerzen kann sich eine allgemeine Kachexie ausbilden, welche die Kranke bald dem Tode entgegenführt.

Was die Aetiologie betrifft, so entstehen diese Arten Exostosen nie aus Dyskrasien, wie aus Syphilis, Scropheln etc. Ihre Ursache ist meist eine traumatische, Fall oder Stoss auf die Kreuzbeingegend, oder Erschütterung des Beckens überhaupt; auch scheint es, als könnte eine rheumatische Periostitis oder Ostitis die Veranlassung sein; in dem Fall der Frau Prediger H. wenigstens liess sich durchaus kein anderes veranlassendes Moment auffinden. Der Verlauf ist ein ziemlich rascher, die Tumoren erreichen in verhältnissmässig kurzer Zeit eine bedeutende Grösse. Sie sind bis jetzt nur im weiblichen Geschlechte beobachtet worden.

Die Diagnose ist, wenn die Geschwulst noch klein ist, schwer; sie kann natürlich nicht nach einer einmaligen Untersuchung gestellt werden, sondern bedarf einer wochenund wohl monatelangen Beobachtung. Hat man sich in dieser Zeit von der Gesundheit der anderen Beckenorgane überzeugt, wächst die Geschwulst inzwischen immer fort, ist sie hart und bei Druck nicht vermehrt schmerzhaft, scheint sie mit einem Knochen zusammenzuhängen, so kann man mit Gewissheit die Diagnose auf Exostose stellen.

Die Prognose ist, wie sich aus den Symptomen ergiebt, ziemlich ungünstig. Wenn das Leben auch nicht direct gefährdet wird und noch eine lange Zeit trotz der Geschwulst fortbestehen kann, so wird es doch nach Verlauf von einigen oder mehreren Jahren den fortwährenden Schmerzen und anderen Leiden endlich erliegen. Der Einfluss der Exostosen auf eine etwaige Geburt und das folgende Wochenbett ist zwar nach ihrer Grösse verschieden, aber doch immer sehr gefährlich. Setzt ihre Grösse kein Hinderniss für die Entbindung auf natürlichem Wege, so bringt doch ihre rauhe, höckrige Oberfläche viele Gefahr mit sich, indem sie dem Uterus Wunden zufügen und selbst eine Ruptur

### 42 II. Dr. Behm, Ein Fall von Beckenexostose, die etc.

desselben bewirken hann, wie dies in dem Falle des Dr. Velten geschah. Haben sie zur Zeit einer Entbindung schon eine bedeutendere Grösse, so erfordern sie ärztliche Kunsthülfe, die Wendung, oder in schlimmeren Fällen und bei todtem Kinde die Perforation oder die Zerstückelung des Fötus: endlich beengen sie den Beckenraum so sehr, dass jede andere Entbindungsart, als die mittels des Kaiserschnittes, unmöglich ist. Dieser selbst bietet insofern eine etwas günstigere Prognose als gewöhnlich dar, als die behandelnden Aerzte und die Patientin darauf vorbereitet sind und also den besten Zeitpunkt zur Ausführung wählen können; andrerseits aber ist der durch die vorhergegangenen langen Leiden meist sehr geschwächte Kräftezustand der zu Operirenden ein ungünstiges Moment. In Bezug auf das Wochenbett ist die Prognose bei kleinen Exostosen, die den Scheidenkanal frei und wegsam lassen, ziemlich gut, bei so enormer Grösse aber, wie in dem Leydig'schen. Kibbin'schen und meinem Falle, höchst ungünstig, weil der Uterus keinen Raum hat in das kleine Becken hinabzusteigen und die Lochien wegen der Enge der Scheide entweder ganz am Abfluss verhindert werden oder nur zum geringen Theile abgehen können. Sie sammeln sich daher im Uterus allmälig an, spannen eines Theils seine Wände und verhindern dadurch die Heilung der Schnittwunde, anderntheils ergiessen sie sich nach Anfüllung der Uterushöhle und in Ermangelung eines anderen Ausweges durch die Wunde in die Bauchhöhle. Die Zufälle, die der Austritt irgend eines Fluidums in das Abdomen bewirkt, sind bekanntlich von der gefährlichsten Art: der Puls wird ausserordentlich frequent und flatternd, das Gesicht bleich, die Züge verfallen, die Temperatur sinkt, Ohnmachten, Vomituritionen und Ructus stellen sich ein. Nicht selten unterliegt das Leben der Kranken schon dem ersten Paroxysmus dieser Zufälle; werden jedoch auch die ersten Impetus überstanden, so dauert doch die Veranlassung zu neuen Austritten von Lochialsecret in die Bauchhöhle immer fort; denn, wenn sich die Uterinhöhle entleert hat, so beginnen die Lochien sich von neuem in ihr anzusammeln, bis sie wieder erfüllt ist und ihr Contentum durch die Wunde in das Abdomen ergiesst.

### III. Dr. Spöndli, Geburtshülfliche Mittheilungen. 43

Gewiss nur sehr selten werden die Kranken die wiederholten heftigen Zufälle überstehen. Sollte der Tod indess nicht durch sie und ihre Einwirkung auf das Nervensystem erfolgen, so richten die sich allmälig ausbildende und durch das Offenbleiben und den steten Reiz der Wunde nothwendige Entzündung und Putrescenz der Gebärmutter die Kranken zu Grunde. -- Von einer Therapie ist leider nicht viel zu hoffen. Da die Geschwülste immer erst entdeckt werden, wenn sie schon eine ziemliche Grösse erreicht haben. so möchten sie wohl schwerlich zur vollständigen Rückbildung durch innere Mittel gebracht werden können. Vielleicht ist eine Leberthrankur im Stande, sie in ihrer Entwickelung etwas aufzuhalten. Vorzüglich suche man die lästigen Symptome durch eine passende Behandlung zu beseitigen und so das Leben der Patientinnen wenigstens einigermassen erträglich zu machen.

## Ш.

## Geburtshülfliche Mittheilungen.

### Von

### Dr. Heinrich Spöndli,

Privatdocenten in Zürich.

### 1. Ein Fall von centralem Aufsitzen der Placenta und Zwillingen.

Die Placenta praevia verdient in mehrfacher Beziehung die ganz besondere Aufmerksamkeit des Geburtshelfers. Für's Erste ist diese Erscheinung an sich so selten, dass es sich wohl der Mühe verlohnt, die einzelnen Fälle einem weitern Kreise bekannt zu machen. Zweitens liegt für unsre moderne, in vielen Dingen bestimmt redende Wissenschaft eine Art von Beschämung darin, dass es heutzutage noch Geburten geben kann, deren Einzelnheiten Wochen, ja Monate voraus sich diagnosticiren lassen und wo es doch nicht gelingt, ein Verfahren festzustellen, welches die meisten Changen des Erfolges, zum Mindesten für die Mutter, darbietet. Endlich aber wird eine getreue Berichterstattung in allen Fällen dazu dienen, die Fehler aufzudecken, welche vielleicht begangen worden sind; an ihnen mögen sich nachfolgende belehren. Denn sind Fehler im Allgemeinen lehrreich, so gilt dieser Satz für die Geburtshulfe im Besonderen, wo das feststehende Kapital der Erfahrung aus allerlei verzweifelten Fällen sich aufbaut.

Der nächste Anlass, den zu erzählenden Fall zu veröffentlichen, ward mir durch die Aprilnummer dieser Zeitschrift geboten, wo Herr Hofrath Dr. Spengler über eine unglücklich abgelaufene Placenta praevia centralis berichtet. Dass in meinem Falle die Prognose kaum günstiger gestellt werden konnte, erhellt zum Theile schon aus dem Titel dieses Berichtes.

Es war an einem heissen Junimorgen des vergangenen Jahres, als die Einladung an mich erging, einer Frau beizustehen, welche am Ende ihrer zweiten Schwangerschaft schon mehrmals von heftigen Metrorrhagieen heimgesucht worden war. Die erste hatte vor ungefähr 4 Tagen, die letzte kurze Zeit, bevor ich gerufen ward, stattgefunden. Es ist immer etwas Unangenehmes, in solchen Fällen operiren zu müssen, am meisten aber dann, wenn man die Betreffenden vorher weder gesehen noch gekannt hat; da ich indessen vernahm, dass die Geburt bereits im Gange sei und der Hausarzt sich gegen deren Uebernahme erklärte, so säumte ich nicht, mich hinzubegeben.

Es mochte bald 9 Uhr Vormittags sein, als ich mich in dem bezeichneten Hause einfand. Die kräftig gebaute, 28 Jahre alte Frau, welche ihre erste Niederkunft leicht und glücklich überstanden, lag auf ihr Bett hingestreckt mit äusserst blassem Antlitze und frierend, obgleich der Ofen, der draussen herrschenden Wärme ungeachtet, bereits geheizt worden war. Die Lippen sahen gedunsen und blutleer aus. Es liegt hierin ein auffallender Widerspruch zu dem Falle von Hofrath Dr. Spengler, wo der Januarkälte ungeachtet eine peinigende innere Hitze sich geltend machte.

### III. Dr. Spöndli, Geburtshülfliche Mittheilungen. 4

Die äusserliche Untersuchung ergab ein sehr ausgedehntes, doch nicht schmerzhaftes Abdomen und der Kopf liess sich deutlich über den Schoossbeinen fühlen. Innerlich zeigte sich der Muttermund bis fast auf 2 Zoll Durchmesser eröffnet und die vorliegende Placenta rund umgebend, welche bis in die Vagina hinuntergetrieben wurde. Die Wehen folgten ziemlich rasch auf einander, ohne besondern Blutverlust mit sich zu ziehen (vermuthlich weil nicht mehr viel da war); von Tamponiren und ähnlichen Präparativen konnte demnach keine Rede sein, und eine Viertelstunde nach meiner Ankunft entschloss ich mich, das noch einzig Mögliche zu versuchen, was die Gebärende retten konnte. Die künstliche Entbindung war in diesem Falle um so eher angezeigt, weil sie sich, begünstigt durch die hinreichende Eröffnung des Muttermundes, voraussichtlich ohne besondere Gewalt bewerkstelligen liess. Nachdem in der Eile das Querlager bereitet und die Kreissende auf dasselbe gelegt worden war, führte ich vorsichtig die rechte Hand ein, überwand die sich erhebenden Contractionen des Orificium mit leichter Mühe und entdeckte nach links und vom eine Stelle, wo die Placenta mit der Uterinwand in etwas lokkerm Zusammenhang stand: dort begab ich mich in die Uterinhöhle mit der Hoffnung, bald auf einen passenden Ort zu kommen, wo sich die Eihäute sprengen und die weitern Vorkehrungen treffen liessen. Ich ging aber lange hinter der Placenta in die Höhe, ehe ich dies Glück erreichte; denn es schien auffallender Weise die ganze vordere Uterinwand mit Nachgeburtsgewebe bedeckt zu sein; nur an einer Stelle, in der Mitte der vorderen Wand präsentirten sich die Eihäute frei und hier säumte ich nicht das Fruchtwasser abfliessen zu lassen und nach den Füssen der mit dem Kopfe vorliegenden, aber noch hoch ballotirenden Frucht zu suchen. Bald gelang es mir in der That, den rechten Fuss aufzufinden, welcher der Rissstelle fast gegenüber sich befand; diesen extrahirte ich, ohne mich um den linken zu bekümmern, der weiter zurücklag und von selbst nachfolgte, drehte den unrichtig gestellten Rücken nach vorn, löste die Arme ohne irgend eine Schwierigkeit und förderte den Kopf mit gewohntem Handgriffe leicht zu

45

### 46 Ill. Dr. Spöndli, Geburtshülfliche Mittheilungen.

Tage. Die Frucht war, wie zu erwarten stand, leblos und anämisch; sie war männlichen Geschlechts und ausgetragen, obschon etwas unter mittlerer Grösse.

Ich hatte die Wendung und Extraction glücklich zu Ende gebracht und wollte nun an die Lösung der Placenta gehen, die sich während der Operation ganz passiv verhalten hatte. Ich war nicht wenig gespannt, deren Dimensionen näher kennen zu lernen, als mir die eingehende Hand auf einmal zur Entdeckung verhalf, warum die vordere Uterinwand so wenig freien Raum geboten hatte; denn es stellte sich zu meinem Erstaunen von Neuem eine Blase, und es zeigte sich hinter derselben ein Zwillingskind, dessen Kopf nach rechts, dessen Füsse nach links gerichtet waren. Man kann nun die Frage aufwerfen, ob es nicht von Vortheil gewesen wäre, die so eben Entbundene eine Zeit lang ruhen zu lassen und dann von Neuem ans Werk zu gehen? Während der vorausgehenden Wendung war nur wenig Blut zum Vorschein gekommen; vielleicht konnte die Frau so weit sich erholen, um die zweite Operation mit Glück zu bestehen? Ich will durchaus nicht verkennen. dass ein Anderer mit anscheinendem Rechte so hätte handeln können und dass wenigstens in der Studierstube sich über diese Frage ausgezeichnet discutiren liesse. Wenn man aber bedenkt, welche Prognose schon zu Anfang gestellt wurde, welchen Grad die Anämie erreicht hatte, welche Unruhe die Voraussicht einer nochmaligen Operation nothwendig erwecken musste, die, jetzt unternommen, nicht schwer zu verrichten sein konnte, und welch hoher Grad von Möglichkeit bestand, dass die Mutter unentbunden sterben möchte, so wird man begreiflich finden, dass ich gleich jetzt an's Werk schritt, obschon die Aussicht auf Rettung des Kindes nicht grösser war, als bei dem erstgebornen. Ich liess deshalb die vorliegende Placenta ruhig liegen, ging auf dem früher betretenen Wege nochmals mit der rechten Hand ein, sprengte die Blase, erwischte den linken Fuss und extrahirte an demselben mit Leichtigkeit die Frucht, welche in allen Beziehungen der vorangegangenen glich. Dieselbe war ebenfalls männlichen Geschlechts. etwas unter Mittelgrösse und durch Anämie vom Leben

### III. Dr. Spöndli, Geburtshülfliche Mittheilungen. 47

gekommen. Bei diesem zweiten Operationsakte hatte ich nun Gelegenheit zu erfahren, dass der obere Theil der vordern Gebärmutterwand von einer zweiten Placenta eingenommen ward, die ungefähr da anfing, wo die untere vorliegende aufhörte. Daher die Schwierigkeit beim ersten Aufsuchen der Eihäute.

Auch dieses Mal hatte nur geringer Blutabgang sich eingestellt, und ich begann nun die Placenta, welche den Muttermund bedeckte, zu lösen; die andere höher gelegene liess ich einstweilen zurück, um die Gebärmutter nicht ganz zu entleeren und weil ich hoffte, dass im günstigsten Falle ihre Losstossung auf dem Naturwege erfolgen würde. Leider war ich nicht so glücklich, diesen Ausgang eintreten zu sehen; denn nach ungefähr einer Viertelstunde begannen die Kräfte zusehends zu schwinden, das Antlitz ward erdfahl, die Augen bekamen einen stieren Ausdruck, eine anhaltende Ohnmacht stellte sich ein, und unter krampfhaften Contractionen des Zwerchfells starb die Unglückliche, welche man wieder in ihr Bett gebracht hatte, eine halbe Stunde nach der Entbindung, trotz aller angewandten Mittel, mit deren Detail ich die Leser verschonen will.

Es giebt eben ein bestimmtes, jedem Menschen eigenthümliches Niveau der Blutmenge, unter welches dieselbe nicht sinken darf, wenn der Gesammtorganismus nicht zu Grunde gehen soll. Die Verstorbene war weder die Erste noch die Letzte, welche durch Placenta praevia den Tod gefunden; aber gewiss gehören Fälle der beschriebenen Art zu den seltenen und ich will mich deshalb auf diese einfache Darstellung beschränken, ohne zu erörtern, was Alles hätte gethan und nicht gethan werden können. Ich schliesse mit dem Wunsche, dass kein College einem solchen Fall begegnen, und sollte dies dennoch geschehen, dass er seine Bemühungen mit grösserm Erfolge gekrönt sehen möge. —

### 2. Selbstwendung auf den Steiss.

Bei einer frühern Gelegenheit, da ich das Gebiet der Selbstwendungen theoretisch zu beleuchten trachtete, brachte ich mehrere Fälle bei, um eine praktische Unterlage zu

### 48 111. Dr. Spöndli, Geburtsbülfliche Mittheilungen.

geben; doch waren es sämmtlich Wendungen auf den Kopf. Unlängst aber machte ich die umgekehrte Erfahrung, dass eine ursprüngliche Querlage unter der Geburt sich in eine Steisslage umwandelte; man kann deshalb diesen Fall als eine Vervollständigung der früheren betrachten.

Eine Frau von etlichen zwanzig Jahren und graziler Constitution zählte noch ungefähr 4 Wochen bis zum Ende ihrer zweiten Schwangerschaft, als sie plötzlich eines Morgens um 8 Uhr vom Abflusse des Fruchtwassers überrascht wurde. Die sogleich herbeigerufene Hebamme fand bei wiederholter Untersuchung, dass die Geburt nicht vorwärts schreite, dass der Muttermund nur wenig geöffnet sei und hoch nach hinten zu liege, und dass endlich ein kleiner Kindestheil vorliege, den sie nicht genau zu bestimmen wagte. Da dieser Zustand den ganzen Morgen hindurch derselbe blieb, mit dem einzigen Unterschiede, dass je länger je mehr krampfhafte Wehen sich einstellten, so machte sie gegen 11 Uhr den Vorschlag, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Als ich gegen 12 Uhr bei der Gebärenden eintraf, fand ich dieselbe in grosser Angst und es kostete nicht geringe Mühe, sie zu beruhigen. Wie sich aus der äusseren Untersuchung ergab, so neigte der Muttergrund stark auf die rechte Seite hinüber, der Uterus war überhaupt, dem Stadium der Schwangerschaft entsprechend, nicht besonders ausgedehnt; über der rechten Weiche deutete eine hartumschriebene resistente Stelle den Kopf an, während unterhalb des Nabels ein kleiner Kindestheil sich durchfühlen liess, den ich unmassgeblich für einen Fuss hielt. Innerlich war es mir nicht möglich, mit einem Finger den Muttermund zu erreichen; ich fand ihn genau so, wie ihn die Hebamme beschrieben; durch das verdünnte Scheidengewölbe aber entdeckte ich einen vorliegenden kleinen Theil, der nichts Anderes, als der linke Ellenbogen sein konnte. Ich hatte es sonach mit zweiter Schulterlage zu thun, und es liess sich mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Wendung voraussehen, welche indessen jetzt schon vorzunehmen mit Rücksicht auf das Orificium ein unverantwortliches Wagestück gewesen wäre. Um deshalb die Verhältnisse günstiger zu gestalten und ohne weitere Absicht, als

die nöthige Ruhe zu erzielen, bis der Uterus sich mehr vorbereitet hätte, wies ich der Gebärenden, welche bis dahin auf dem Rücken gelegen hatte, die linke Seitenlage an, und versprach, wenn nichts Ausserordentliches sich ereigne, um 3 Uhr Nachmittags wiederzukommen, um zu schauen, was zu thun sei. Ich verliess die Gebärende ziemlich beruhigt und sass behaglich hinter der Mahlzeit (man speist in Zürich noch um 12 Uhr), als plötzlich der Ehemann erschien, meine Hülfe zu begehren. Entweder, dachte ich, ist die Nabelschnur vorgefallen, oder es hat sich sonst etwas Unangenehmes ereignet, und verfügte mich rasch an Ort und Stelle. Nichts von alle dem! Der Steiss hatte sich vielmehr unerwarteter Weise auf den Beckeneingang gesenkt, und als ich eintraf, war derselbe mit nach links und vorn gewandter Kreuzfläche bereits entwickelt. Wie man mir erzählte, wollte um 12 Uhr die Hebamme, welche blos für eine Collegin vikarirte, derselben Platz machen, als kräftige Wehen eintraten und das besprochene Resultat zur Folge hatten. Beide blieben nun da, und ich konnte ihre Assistenz gut gebrauchen. Bald hatte auch der Rumpf durchgeschnitten, aber nun kam das Schwerste, wobei ich unmöglich den passiven Zuschauer spielen konnte. Ich liess das Kreuz, da kein Ouerlager mehr errichtet werden konnte, durch ein Kissen erhöhen, und löste den einen Arm, indess der andere spontan zum Vorschein kam. Leider setzten die Wehen nun aus, der Kopf stand noch ziemlich hoch, und ich fürchtete Alles für das Leben der Frucht, wenn die Extraction nicht schnell gelänge. Letztere aber in der gewöhnlichen Rückenlage zu bewerkstelligen, war eine reine Unmöglichkeit, da wegen der mangelhaften Unterstützung des Kreuzes sich wohl nach aufwärts, aber durchaus nicht abwärts agiren liess. Und doch war ein vorbereitender Zug in letzterm Sinne vorzüglich von Nöthen. Nun hatte ich Ursache, über die doppelte Assistenz mich zu freuen; denn indem ich die eine Hebamme dazu verwandte. die Gebärende auf der rechten Seite anhaltend in die Höhe zu heben, gelang es mir, mit den an das Hinterhaupt und an die Oberkiefer gelegten Fingern zuerst durch einen kräftigen Zug nach abwärts und dann durch kräftige Rotation über Monateschr, f. Geburtsk. 1854, Bd. IV, HA. 1. Æ

### 50 III. Dr. Spöndli, Geburtshülfliche Mittheilungen.

den Damm den Kopf von hinten zu entwickeln. Die Frucht, weiblichen Geschlechts und allerdings um, einige Wochen zu früh geboren, war scheintodt, mit etwas blauem Gesichte, erholte sich aber durch Aufspritzen kalten Wassers und im warmen Bade nach kurzer Zeit zu der Eltern Freude. Vermuthlich hätten wir diese Angst gar nicht zu bestehen gehabt, wenn nicht die Genitalien auffallend enge gewesen wären. Eine Viertelstunde später musste ich noch die Placenta mit der ganzen Hand entfernen, weil, veranlasst durch eine Adhäsion des Chorions, mehrmaliger starker Blutfluss sich einstellte, und eine Dosis von 15 Gr. Secale nicht zur freiwilligen Lösung führte. Das nachherige Befinden von Mutter und Kind konnte nicht besser gewünscht werden.

Wie man aus dem Berichte sieht, war in diesem Falle von Selbstwendung auf meiner Seite keine Prämeditation, obschon es mir leicht fiele, mir diesen Anschein zu geben. Die einzige Bedingung, unter welcher hier die Selbstwendung mehrere Stunden nach dem Wasserabflusse gelingen konnte, war die Kleinheit der Frucht. Das Mittel aber, durch welches jene zu Stande kam, war die linke Seitenlagerung, durch welche der Längendurchmesser des Uterus. wie der Frucht, der Verticallage des Beckens parallelisirt wurde. Ich halte auch diesen Fall für einen von denen. wo Lage und Form des Uterus die Lage der Frucht bei ihrem spätern Wachsthum zu bestimmen im Stande sind: was aber den Ausgang der Geburt betrifft, so war sie gewiss in jeder Weise durch das Glück begünstigt, und ich möchte weder mich selbst bereden, dass man dieselbe zur Norm erheben dürfe, noch möchte ich Andere verleiten, in ähnlichen Fällen ganz meine Handlungsweise zu befolgen, es sei denn die Frucht so klein. Meine Absicht war hauptsächlich, an einem neuen Beispiele zu zeigen, wie unendlich die Wege der Natur sind, um unter den ungünstigsten Auspicien das günstigste Resultat zu erzielen. Wer aber von der Natur sich leiten lässt und derselben nur da, wo es nöthig ist, zu Hülfe eilt, wird am ehesten in den Fall kommen, solche Erfahrungen zu machen.

## IV.

# Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

Dritter Bericht,

den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend.

von

Dr. Busch.

(Fortsetzung.)

4) Krampf der Gebärmutter wurde in 12 Fällen Veranlassung zu Gebärmutterblutungen in der 5. Geburtsperiode. Bei grosser Reizbarkeit des Uterus bildete sich unterhalb der ganz oder in der Regel zum Theil gelösten Placenta eine krampfige Einschnürung desselben, wodurch der Austritt der Nachgeburt verhindert, aus den offenstehenden Gefässmündungen in der übrigens schlaffen Gebärmutter Bluterguss begünstigt wurde. Nur in einem Falle äusserte der Krampf sich am Muttermunde selbst. Durch Anwendung der Ipecacuanha und des Opiums gelang es, den Krampf und die Reizbarkeit des Uterus so weit zu mässigen, dass ohne Gefahr der Zerreissung des Gewebes des letzteren die Hand durch die eingeschnürte Stelle geführt und die Placenta entfernt werden konnte. Nie wurde vor der Anwendung der krampfstillenden Mittel operativ eingegriffen, und die Operation mit grösster Schonung ausgeführt, indem mehrere Binger und die ganze Hand unter sanftem Drucke durch die Einschnürung vorgeschoben wurde. Mit der Entfernung der Placenta war stets dem Krampfe ein Ziel gesetzt. Nur ein Fall, welcher im Jehre 1845 in der Poklinik vorkam, endete unglücklich. Es trat hier bei

51

### 52 IV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

einer zum 12. Male Gebärenden in der 5. Geburtsperiode Krampf des Muttermundes ein, wodurch derselbe fast ganz geschlossen wurde, und zugleich abwechselnd stärkerer und schwächerer Blutfluss aus dem Uterus. Ein Infus. secalis cornuti mit Acid. phosphoricum, Tinct. thebaica und Syr. Cinnamomi, neben der Anwendung von kalten Umschlägen auf den Bauch stillten den Blutfluss nur momentan; derselbe kehrte immer wieder, ohne dass die krampfhafte Verschliessung des Muttermundes nachliess. Es stellten sich die Erscheinungen der Anämie allmälig ein, heftige anhaltende Ohnmachten kehrten in kurzen Pausen wieder, und die Frau starb 12 Stunden nach der Geburt des Kindes, ohne dass die Nachgeburt hatte entfernt werden können.

## 9. Varikositäten der Scheide und äusseren Geschlechtstheile.

Varikositäten an der unteren Körperhälfte kamen in grösserer Zahl bei Mehrgebärenden vor. ohne einen wesentlichen Nachtheil für die Geburt zu bedingen, einige Verzögerung der 3. und 4. Geburtsperiode abgerechnet, welche man ihrem Sitze in der Scheide oder an den grossen Schaamlippen zuschreiben könnte. Nur in 8 Fällen gab die Ruptur eines in der Scheide sitzenden Varix Veranlassung zur Blutung in der 5. Geburtsperiode und erforderte eine besondere Behandlung. Im Jahre 1844 kamen 2 dieser Fälle vor. 1) Eine Mehrgebärende von 32 Jahren gebar, nachdem die ersten Perioden durch Krampf der Gebärmutter, die dritte durch Wehenschwäche gestört gewesen waren, einen frühreifen Knaben in der 2. Kopflage. Mit dem Ausschluss des Kindes trat ein Blutfluss aus der Scheide ein, dessen Ursprung sich in einem geborstenen Varix ergab. Durch Tamponiren der Wunde wurde die Blutung gestillt. 2) Gauz ebenso verhielt es sich bei einer Frau von 44 Jahren, welche zum 8. Male gebar. Das Kind wurde in der Steisslage geboren; die Blutung durch Tamponade der Scheide gestillt. 1847. 3) Bei einer Mehrgebärenden von 31 Jahren berstete während der Geburt des Kindes in einer Steisslage ein Varix der Scheide. Durch kräftiges Anspritzen von eiskaltem Wasser an die Wunde wurde die Blutung sistirt.

# 10. Geburtshinderniss durch Beschränkung des Beckens.

Beschränkungen in der Räumlichkeit des Beckens kommen in der Volksklasse, welche vorzugsweise die Hülfe des geburtshülflich klinischen Institutes in Anspruch nimmt, in grosser Zahl vor, und bildeten auch in dem hier bezüglichen Zeitraume in 99 Fällen den Grund zu Hindernissen für die Geburt. Die nicht selten dastehende Erfahrung. dass Geburten selbst bei bedeutenderen Beschränkungen des Beckens ohne Nachtheil für Mutter und Kind durch die Natur beendet werden und die daraus entnommene Regel, die Natur walten zu lassen, sie in ihrer vollen Entwicklung zu unterstützen und erst dann die Kunsthülfe eintreten zu lassen, wenn sich die einzigen Anzeigen dazu, Gefahr für die Gesundheit und das Leben von Mutter und Kind bei längerer Dauer der Geburt kund geben, bildeten den Grundsatz für die Behandlung dieser Geburten. Schon die ersten Geburtsperioden erforderten hier die besondere Aufmerksamkeit auf ein möglichst ruhiges Verhalten, sowohl um die Kröfte der Kreissenden für eine vielleicht lange Geburtsarbeit zu schonen, als auch durch Brhaltung der Fruchtblase die weichen Geburtswege genügend vorzubereiten und den Kindeskopf eine möglichst günstige Stellung im Beckeneingange gewinnen zu lassen, welch letzterer Vorgang häufig durch Lagerung der Kreissenden auf der einen oder an- dern Seite zweckmässig unterstützt wurde. Erst wenn der Kindeskopf diese günstige Stellung gewonnen hatte, trat der Zeitpunkt für die Mitwirkung der Kreissenden durch Verarbeiten der Wehen ein, welche letzteren in vielen Fällen zweckmässig durch innere Mittel, namentlich das Mutterkorn, gekräftigt wurden. So gelang es in 11 Fällen, die Geburt allein durch die Natur beendigen zu lassen, bei denen 9 Mal die Beschränkung im kleinsten Durchmesser einen halben Zoll nicht überstieg, 2 Mal aber darüber hinausging. Diese letzteren interessanteren Fälle waren folgende:

1842. 1) Eine Zweitgebärende von 27 Jahren, welche bei ihrer ersten Entbindung 6 Tage gekreisst hatte und dann mit der Zange von einem todten Kinde entbunden worden war, hatte ein rhachitisch verbildetes Becken, des-Die Wehen waren bei dieser sen Conjugata 3 Zoll mass. zweiten Entbindung von Anfang an kräftig, erweichten die Muttermundsränder und bewirkten den Blasensprung schon nach wenigen Stunden, und trieben den Kindeskopf mit der Pfeilnaht im Ouerdurchmesser in den Beckeneingang. In den nächsten 10 Stunden rückte der Kopf bei andauernd kräftigen Wehen wenig tiefer in die obere Beckenapertur: die Kreissende wurde aber durch die schwere Geburtsarbeit sehr aufgeregt, weshalb ein Aderlass vorgenommen und eine Emulsion mit Lig. Kali acetici gereicht wurde. Es trat hierauf grosse Beruhigung ein, und die Kreissende ertrug die nach einer Pause mit erneueter Kraft auftretenden Wehen gut. Im Verlaufe der nächsten 10 Stunden wurde nun der Kopf, der sich ganz zugespitzt hatte, tiefer in das Becken getrieben, so dass er mit seiner Geschwulst bis in die dritte Apertur ragte, und es schien der Zeitpunkt für die Anwendung der Zange gekommen zu sein. Da trat plötzlich unter einer kräftigen Wehe und starkem Mitpressen der Kreissenden der Kopf über das Promontorium fort und wurde bald darauf geboren; der Rumpf des Kindes folgte schnell. Obgleich der Kopf stark zusammengepresst war und auf dem Scheitel einen tiefen Eindruck vom Promontorium hatte, lebte und gedieh das kräftige Kind.

1845. 2) Eine Mehrgebärende von 24 Jahren, welche bereits bei ihren beiden früheren rechtzeitig eintretenden Entbindungen, denen ein Abortus folgte, wegen rhachitischer Beckenbildung und Verkürzung der Conjugata auf fast 3 Zoll durch die Zange entbunden worden war, litt in den beiden ersten Geburtsperioden an krampfhafter Affection der Gebärmutter, welche zwar durch Ipecacuanha und ein Dampfbad gehoben wurde, aber Wehenschwäche zurückliess. Der künstliche Blasensprung und 3 Dosen Mutterkorn hatten kräftige Wehen zur Folge, indess wollte der Kindeskopf, an dem sich eine starke Geschwulst bildete, den Bekkeneingang nicht passiren. Nach der wiederholten Anwendung von 3 Dosen Mutterkorn jedoch trat er, während er mit zwei in die Scheide geführten Fingern vorsichtig unter den Wehen von dem einen Beckenrande abgedrängt wurde, plötzlich in das kleine Becken, und es erfolgte dann rasch die Geburt eines kräftigen Knaben, der zwar asphyktisch war, aber bald belebt wurde.

In 88 Fällen von Beckenbeschränkung musste die Geburt aber durch Kunsthülfe beendigt werden, und zwar kam 67 Mal die Zange allein zur Anwendung; 1 Mal wurde die Perforation des Schädels gemacht und dann die Zange applicirt, 10 Mal wurde die Kephalotripsie nach vorhergegangener Zangenoperation, 8 Mal die künstliche Frühgeburt und 2 Mal die Extraktion an den Füssen ausgeführt. Nach den besondern Formationen der Becken, deren Beschränkung in der grösseren Zahl dieser Fälle einen höheren Grad erreichte, fanden sich: 3 Mal ein allgemein zu kleines Bekken; 16 Mal ein trichterförmiges Becken zweiten Grades, mit beschränkter 3. und 4. Apertur; 47 Mal ein rhachitisches Beeken; 2 Mal Becken, an denen die Sitzbeine einwärts gekrümmt waren und 2 Mal Anobylose des Steissbeines.

a) Allgemein zu kleines Becken.

Es wurde in 3 Fällen beobachtet, von denen 2 dem Jahre 1843 und einer dem Jahre 1844 angehören.

1) Bei einer Mehrgebärenden von 24 Jahren (Poliklinik 1943) vorlief die Geburt unter kräftigen Wehen bis zur 3. Periode gut und schnell; hier aber stellte sich der Kindeskopf in der 4. Lage in den Beckeneingang und keilte sich, durch die Beschränkung des Raumes in dem allgemein zu kleinen Becken an der Drehung in die günstigere 1. Lage verhindert, ein. Eine bedeutende Kopfgeschwulst und die Gefahr für das Leben des Kindes indicirten fast 16 Stunden nach Beginn der Geburt die Anwendung der Zange, durch welche das Kind lebend entwickelt wurde.

2) Ganz ähnlich war der Geburtsverlauf bei einer Erstgebärenden von 23 Jahren (Pol. Kl. 1843), bei der die kräftigen Wehen einen schnellen und glücklichen Geburtsverlauf versprachen. Der Kindeskopf keilte sich jedoch in der 2. Lage, welche aus der ursprünglich 3. hervorgegangen war, im obern Theile des kleinen Beckens ein, und rückte trotz der kräftigen, durch 3 Dosen Secale unterstützten Wehen nicht von der Stelle. Die bedeutende Kopfgeschwulst machte auch hier nach 24stündiger Dauer der Geburt die

55

Anwendung der Zange nöthig, und waren 12 kräßige Träktionen zur Entwicklung des Kopfes, bei dessen Durchtritt auch eine theilweise Zerreissung des Dammes erfolgte, erforderlich. Das Kind kam apoplektisch-asphyktisch zur Welt, wurde aber nach längeren Bemühungen zu sich gebracht.

3) Bei einer Erstgebärenden von 25 Jahren waren die Wehen von Anfang an unregelmässig und unwirksam, weshalb in der 2. Geburtsperiode 3 Dosen Ipecacuanha und ein Dampfbad gegen die Geschlechtstheile angeordnet wurden. Der hierauf eintretenden regelmässigen Geburtsthätigkeit folgte in der 3. Periode Wehenschwäche, welche wiederum durch 3 Dosen Secale beseitigt wurde. Der Kindeskopf hatte sich aus der 4. Lage in die 1. Lage gedreht, und wurde nun durch die kräftigeren Wehen in das Becken eingekeilt. Die Anwendung der Zange beendigte auch diese Geburt mit Erhaltung des Kindes und der Mutter.

Die günstigen Resultate, welche bei diesen 3 Geburten gewonnen sind, sprechen hinlänglich dafür, dass die Beschränkung der Beckenräumlichkeit nur den geringeren Graden angehören könne. Denn die Erfahrung lehrt, dass die allgemein zu kleinen Becken der Geburt Hindernisse in den Weg zu legen pflegen, welche nur mit grossem Kraftaufwande, und oft nicht ohne blutige Operation ihre Beendigung ermöglichen lassen. In dieser Beziehung steht schon eine gleichmässige Verkurzung der sämmtlichen Beckendurchmesser um drei Linien den höheren Graden der Bekkenbeschränkung, wie sie durch rhachitische Verbildung gegeben wird, gleich, und bietet noch immer den grössern Nachtheil, duss das Hinderniss nicht auf einen Theil des Beckenkanals beschränkt ist, sondern ein durch alle Aperturen desselben fortlaufendes ist. Eine weitere Besprechung dieses Verhältnisses, sowie 3 wichtige Geburtsfälle, finden sich in dem Berichte über die geburtshülfliche Klinik in Zeitraume vom Jahre 1829 bis 1835.

b) Trichterförmiges Becken.

Es wurden auch in diesem Zeitraume nur Trichterbekken 2. Grades beobachtet, welche bei geräumigen oberen Aperturen in der 3. und 4. Apertur beschränkt waren, und zwar kamen 16 derartige Fälle vor. Es gehörten davon 2 in das Jahr 1842; 8 in das J. 1843; 8 in das J. 1844; 5 in das J. 1845; 1 in das J. 1846 und 2 in das J. 1847. Die Kinder hatten in allen diesen Fällen eine günstige Lage mit dem Kopfe voraus, und es waren auch in 15 Fällen nur wenige vorsichtige Traktionen nöthig, um den Kopf durch den engen Beckenausgang zu führen. Nur in einem Falle des Jahres 1846 war die Beschränkung grösser und es gebörten 12 kräftige Tractionen mit der Zange zur Entwicklung des Kopfes. Das Resultat der Geburten war ein durchaus günstiges, indem alle Kinder lebend zur Welt kamenund die Mütter keinen Nachtheil von der Operation erfuhren.

c) Rhachitisches Becken.

Bei Beckenbeschränkung durch Rhachitis bedingt musste 64 Mal ein operatives Verfahren stattfinden, und zwar kamen vor:

1842:	2	Fälle	in	der	Kli	nik	und	11	Fälle	in	der	Polikl	inik;
1843:	3		dit	0		dit	0	3	d	ito		dito	
1844:	4		dif	0		dit	0	8	d	lito		dito	
1845:	4		dit	0.		dite	0	13	d	ito		dito	
1846:	2		dit	0		dite	0	7	d	ito		dito	
1847:	2		dit	0		dite	D	5	d	lito		dito	

Die wichtigeren von diesen Fällen mögen hier eine kurze Beschreibung finden.

1) Eine zum 6. Male Gebärende, welche eine langsam verlaufende schwere Entbindung und 4 Abortus überstanden hatte, kreisste 12 Stunden bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes und dem Blasensprunge. Der Anfangs in der 3. Lage stehende Kopf drehte sich in die 2. Lage und wurde so durch kräftige Wehen in den engen Beckeneingang getrieben, dessen Conjugata 3½ Zoll betrug. Im Verlauf der nächsten 3 Stunden rückte der Kopf nicht weiter, und es bildete sich, während die Kopfknochen übereinander geschoben wurden, eine bedeutende Kopfgeschwulst. Es wurde die Zange angelegt, nach 10 erfolglosen Tractionen aber wieder entfernt, und nach einem Aderlass der Kreissenden einige Stunden Ruhe gegönnt. Nach neuer Applikation der Zange gelang dann in 5 Tractionen die Entwicklung eines lebenden Knaben, (Klinik 1842.)

2) Eine Frau von 23 Jahren, welche schon in 2 schwe-

ren Entbindungen todte Kinder geboren hatte, war durch Rbachitis verbildet; die Conjugata mass 3½ Zoll. Das Kind lag bei der jetzigen Geburt mit dem rechten Fusse und der rechten Hand vor. Als das Fruchtwasser nach 10stündiger Dauer der beiden ersten Geburtsperioden abfloss, wurde der rechte Fuss schnell in das kleine Becken herabgetrieben. Allein schon der Leib des Kindes blieb in dem engen Bekkenraume stecken, und es musste die Extraction vorgenommen werden, welche grosse Schwierigkeiten bot. Es gelang, den Kopf mit der Pfeilnaht in den Querdurchmesser des Beckeneinganges zu leiten, und dann mit den Händen zu entwickeln. Das Kind, ein 8 Pfund schweres Mädchen, kam lebend zur Welt. (Klinik 1842.)

3) Eine zum 5. Male Gebärende von 35 Jahren, welche 4 Mal schwer und das letzte Mal (im Jahre 1840) durch die künstliche Frühgeburt in der Anstalt entbunden worden war, hatte dies Mal trotz wiederholter Ermahnungen zur künstlichen Frühgeburt ihr Kind ausgetragen. Die Conjugata des rhachitischen Beckens betrug 3½ Zoll. Schon mit den ersten Wehen floss das Fruchtwasser ab, und das Kind fand sich in einer hohen Kopflage; neben dem Kopfe lag ein Convolut der Nabelschnur. Zwei hinzugerufene Geburtshelfer versuchten vergeblich die nach Eröffnung des Muttermundes vorgefallene Nabelschnur zu reponiren, und entschlossen sich dann zur Wendung des Kindes auf die Füsse, wozu ein Versuch aber ebenfalls missglückte. Sie leiteten darauf den seitlich stehenden Kopf in den Beckeneingang. wozu sie sich eines Zangenblattes als Hebels bedienten, und applicirten dann, nachdem der Kopf durch einige Wehen im Beckeneingange fixirt war, die Zange. Nach einstündiger ganz erfolgloser Anwendung derselben, bei welcher sich die Geburtshelfer ablösten, standen sie von weiteren Versuchen ab, und es wurde nun der Beistand der Anstalt nachgesucht. Da das Kind bereits todt war, wurde die Geburt nun mit dem Kephalotriben beendigt. (Poliklinik 1842.)

4) Eine Frau von 25 Jahren hatte ein Mal geboren, und zwar hatte ihre Entbindung, wegen rhachitischer Verbildung des Beckens, dessen Conjugata nur 2 Zoll 10 Linien betrug, durch Kephalotripsie bewerkstelligt werden müssen. Am Ende des 8. Mondsmonates der jetzigen Schwangerschaft wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, indess erst nach 14 Tagen durch verschiedene Methoden die Geburt eines Knaben erlangt, der  $\frac{4}{5}$  Stunden später starb. Die Mutter blieb gesund. (Klinik 1842.)

5) Eine Zweitgebärende von 23 Jahren hatte ein rhachitisch verengtes Becken mit 3½ Zoll langer Conjugata. Die Geburt hatte bereits 24 Stunden gedauert und das Fruchtwasser war seit 2 Stunden abgeflossen, als Hülfe aus der Entbindungs-Anstalt herbeigeholt wurde. Es wurde die Wendung des in 1. Schulterlage 1. Unterart mit vorgefallenem rechten Arme liegenden Kindes auf einen Fuss ausgeführt, und wegen Vorfalls der schon pulslosen Nabelschnur die Extraktion daran geknüpft. Die Operation war wegen der Beckenbeschränkung sehr schwierig, konnte aber ohne instrumentelle Hülfe zu Ende gebracht werden. Das Kind war todt. (Poliklinik 1842.)

6) Eine Frau von 32 Jahren war wegen Beckenbeschränkung (Conjugata 3 Zoll) zwei Mal durch Perforation, und das letzte Mal durch die künstliche Frühgeburt, entbunden worden. Obwohl die letzte Operation nicht ein vollkommen glückliches Resultat geliefert hatte, insofern das Kind nicht am Leben erhalten wurde, entschloss sie sich doch bei der jetzigen 4. Schwangerschaft wieder zur künstlichen Frühgeburt, welche auch zu Anfang des 9. Mondsmonates eingeleitet wurde. Etwas über zwei Tage darauf erfolgte die Geburt eines Knaben, der apoplektisch-asphyktisch war und 1 Stunde nach der Geburt starb. (Klinik 1843.)

7) Eine Frau von 36 Jahren, welche zum 6. Male schwanger war, hatte ein rhachitisch beschränktes Becken mit einer Conjugata von 3½ Zoll. Alle Entbindungen waren sehr schwer gewesen, und namentlich hatte die letzte durch Kephalotripsie beendigt werden müssen. Sechs Wochen vor dem regelmässigen Ende der jetzigen 6. Schwangerschaft wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, die jedoch für das Kind einen unglücklichen Ausgang nahm, indem die ursprüngliche Steisslage desselben sich unbemerkt in eine Seitenbauchlage verwandelte, der Bauch tief in das Becken

### 60 IV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

getrieben wurde, und die Geburt sich durch Selbstentwicklung des Kindes endete. (Klinik 1848.)

8) Eine Frau von 39 Jahren, zum 8. Male schwanger, hatte ein rhachitisch verbildetes Becken mit einer Conjugata von 3" 5". Die jetzige Geburt nahm von Anfang an einen sehr langsamen Verlauf, die Wehen waren schon in den ersten Perioden schwach, und es bildete sich grosse Empfindlichkeit der Gebärmutter aus, die im Verlaufe der Geburt, welche mehrere Tage dauerte, in einen entzündlichen Zustand derselben überging. Die Frau wurde deshalb in die Gebäranstalt aufgenommen. Wegen der Wehenschwäche waren schon vorher Mutterkorn und Borax in Solution mit Ag. Laurocerasi mit zeitweisem Erfolge angewendet, und wegen der entzündlichen Affection der Gebärmutter mit gleichzeitigem Fieber noch ein Aderlass von 3xij gemacht worden. Bei der Aufnahme der Kreissenden in die Anstalt stand der Kopf noch beweglich in 3. Lage über dem Becken, Bauchdecken und Gebärmutter waren sehr empfindlich, die Scheide geschwollen und heiss und die Kreissende überhaupt sehr angegriffen, da die Geburt schon mehrere Tage gedauert hatte. Es wurde sogleich ein allgemeines aromatisches Bad angewendet und innerlich eine Kalisaturation gereicht, welche Mittel wesentliche Erleichterung und Beruhigung bei der Kreissenden bewirkten, auch die Wehenthätigkeit so regelten, dass der Kopf in der 2ten Lage fest in den Beckeneingang gedrängt wurde. Der Zustand der Kreissenden erforderte die Beendigung der Geburt, und diese wurde durch die Zange in 15 Tractionen bewirkt. Das Kind kam todt zur Welt; die Mutter starb 16 Stunden später an Gangraena uteri. (Klinik 1843.)

9) Eine 31 jährige Frau von kleinem untersetztem Körper und schwächlicher Constitution hatte ihre beiden früheren Entbindungen zwar ohne Kunsthülfe beendigt, während ihres sehr langdauernden Verlaufes hatten aber die Kinder ihr Leben verloren. Schon die äussere Gestalt der Frau, besonders der starke Hängebauch, liess auf anomale Bildung des Beckens schliessen, und es ergab denn auch die genaue Untersuchung dasselbe durch Rhachitis deform, mit einer Conjugata von 3½ Zoll. Es wurde dieser Verhälthältaisse wegen die künstliche Frühgeburt in der zweiten Hälfte des Sten Mondsmonates der Schwangerschaft eingeleitet, welche leider für das Kind einen unglücklichen Verlauf nahm, indem es während der schwierigen Extraction in 2ter Steisslage wegen Vorfalls der Nabelschnur sein Leben verlor. (Klinik 1844.)

10) Eine 39jährige Drittgebärende von kleinem schwächlichem Körper mit rhachitisch verbildetem Becken und bis fast auf 3 Zoll verkürzter Conjugata, hatte zwei Mal schwer geboren und die Kinder bald nach der Geburt verloren. Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt hatte sie schon längere Zeit gekreisst, und es hatte sich das Kind in der 1sten Gesichtslage fest im Beckeneingange eingekeilt. Da die Wehenkraft, auch nach 3 Dosen Secale, das Beckenhinderniss nicht zu überwinden vermochte, wurde die Zange angelegt, musste jedoch nach 18 kräftigen, aber erfolglosen Tractionen wieder gelöst werden. Da der Tod des Kindes feststand, wurde nun durch Perforation und Kephalotripsie die Geburt beendigt. Die Entbundene trug eine Fistula vesico-vaginalis davon, wurde 10 Tage nach der Entbindung von Pleuritis mit heftigem Fieber befallen, das allmälig den hektischen Charakter annahm, und dem die Frau 8 Wochen nach ihrer Entbindung erlag. (Klinik 1844.)

11) Bei einer Drittgebärenden von 35 Jahren, zwar kräftiger Constitution, aber ebenfalls kleinem Körper und rhachitischer Verbildung des Beckens, so dass die Conjugata kaum 3½ Zoll betrug, waren die früheren Entbindungen zwar schwer gewesen, es waren aber ohne Kunsthülfe lebende Kinder geboren. Bei der jetzigen Geburt fand sich das Kind in der 1sten Unterart der 3ten Schulterlage, und musste deshalb hei vollständiger Erweiterung des Muttermundes auf die Füsse gewendet werden. Bis zu den Schultern wurde das Kind dann durch die Natur geboren, der Kopf blieb jedoch in dem engen Beckeneingange stecken, und konnte weder durch manuelle Hülfe, noch mit der Zange entwickelt werden. Es blieb daher nichts übrig, als die Kephalotripsie auszuführen. (Klinik 1844.)

12) Eine Frau von 39 Jahren, kleiner Statur, schwächlicher Constitution und rhacbitischem Habitus, war 6 Mal

61

### 62 IV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

ohne Kunsthülfe, jedoch immer um einige Wochen zu früh, 1 Mal durch Extraction des Kindes an den Füssen, wobei der Kopf erst eine Stunde nach Geburt des Rumpfes durch schwere Zangenoperation entwickelt werden konnte, und das letzte Mal bei Kopflage des Kindes mit Vorfall der Nabelschnur ebenfalls durch schwere Zangenoperation entbunden worden. Jedoch waren alle Kinder, mit Ausnahme des in der Fusslage extrahirten, lebend zur Welt gekommen. Als die Frau jetzt bei der 9ten Geburt Hülfe von der Anstalt in Anspruch nahm, fand sich das Becken bedeutend beschränkt, in der Conjugata kaum 3 Zoll, der Kindeskopf in der 4ten Lage, und neben ihm eine grosse Schlinge der schwach pulsirenden Nabelschnur, deren Reposition vergeblich versucht wurde. Da der Kopf fest im Beckeneingange stand, wurde die Zange applicirt, indess vermochten 20 der kräftigsten Tractionen nicht, ihn von der Stelle zu rücken. Es wurde deshalb auch hier, zumal die Kreissende sich in grosser Erschöpfung befand, die Kephalotripsie nach vorheriger Perforation des Schädels gemacht, und als sich auch jetzt noch Schwierigkeit bei der Ausziehung des Kopfes zeigte, nun das Kind auf die Füsse gewendet und durch Extraction an denselben die Geburt beendigt. Das Wochenbett nahm einen günstigen Verlauf. (Poliklinik 1844.)

13) Bei einer Erstgebärenden von 34 Jahren hörte zu Ende des 7ten Monats der Schwangerschaft die Kindesbewegung auf und es trat 2 Tage später mit dem Abflusse des Fruchtwassers die Geburt ein. Der Anfangs über der Schambeinfuge stehende Kindeskopf senkte sich bei der regelmässigen Erweiterung des Muttermundes in der 4ten Lage, eine Hand zu jeder Seite, in den verengten Beckeneingang, dessen Conjugata nur 3 Zoll betrug. Die Reposition der Hände gelang nicht, ebenso war die Wendung auf die Füsse wegen fester Contraction des Uterus nicht ausführbar. Da der Kopf die Beckenenge nicht zu überschreiten vermochte, wurde die Zange angelegt und seine Entwicklung durch 12 Tractionen bewerkstelligt. Das Kind erwies sich als seit längerer Zeit abgestorben. (Poliklinik 1845.)

14) Eine zum 5. Male schwangere Frau von 80 Jahren hatte immer sehr langsam verlaufende Geburten gehabt, und obwohl ihre Kinder stets sehr schwach entwickelt, von etwa 5 Pfund Schwere, gewesen waren, hatte doch Eines nur mit Hülfe der Zange geboren werden können. Auch bei dieser Geburt dauerten die ersten Perioden lange, und erst nach dem künstlichen Blasensprunge und der Anwendung von 2 Dosen Secale traten kräftige Wehen ein, welche den Kindeskopf in den Beckeneingang trieben, hier aber in der 2ten Lage einkeilten. Die Formation des Beckens war rhachitisch, die Conjugata etwa 3 Zoll lang. Zur Beendigung der Geburt musste die Zange angelegt werden, und es gelang mit 4 Tractionen unter einem knackenden Geräusche den Kopf durch den verengten Beckeneingang zu führen, und mit drei weiteren Tractionen zu entwickeln. Das lebende Kind trug einen geringen Eindruck vom Promontorium an der Stirn. (Pol. Kl. 1845.)

15) Eine Frau von 34 Jahren und höchst kachektischem Aeussern, war 4 Mal ohne Kunsthülfe, darunter i Mal von Zwillingen, und das letzte Mal mit der Zange entbunden worden. Bei der jetzigen Geburt blieb nach schnellem Verlaufe der ersten Perioden der Kindeskopf in der 2ten Gesichtslage im Beckeneingange stecken, dessen Conjugata auf fast 3 Zoll verkürzt war. Durch eine kräftige Traction mit der Zange gelang es, den Kopf durch die enge Stelle zu führen, und man beschloss nun, die weitere Geburt der Natur zu überlassen. Die Hoffnung wurde aber getäuscht; die Zange musste später von Neuem angelegt und der Kopf damit entwicket werden. Das Kind wurde lebend geboren. (Pol. Kl. 1845.)

16) Eine 25 jährige Erstgebärende von im Allgemeinen kräftiger Constitution wurde beim ersten Eintritte der Wehen in die Anstalt aufgenommen. Die Untersuchung ergab bedeutende rhachitische Verbildung des Beckens, dessen Conjugata 2½ Zoll wenig überschritt; dabei eine Kopflage des Kindes mit vorliegender Nabelschnur. Bei so ungünstigen Verbältnissen, welche an die Erhaltung des Kindes nicht glauben liessen, wurde zunächst eine ruhige horizontale Lage angeordnet. Nach 30 stündiger Dauer der beidem ersten Geburtsperioden und erfolgtem Blasensprunge war eine bedeutende Schlinge der Nabelschnur bis zum Schei.

### 64 IV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

deneingange getrieben worden, deren Reposition vergebens versucht wurde. An eine schnelle Beendigung der Geburt war aber bei der geringen Räumlichkeit des Beckens nicht zu denken, und so musste das weitere Walten der Natur abgewartet werden. Die kräftigen durch einige Dosen Secale unterstützten Wehen konnten den Kopf nicht weiter, als in den Beckeneingang bringen, und während der Fötalpuls allmälig erlosch, schwoll die vordere Muttermundslippe unter dem Drucke des Kindeskopfes entzündlich an, und steigerte durch ihre Schmerzhaftigkeit die Ungeduld der Kreissenden auf's Höchste. Unter diesen Umständen wurde die Geburt durch die Perforation und Kephalotripsie beendigt. (Klinik 1845.)

17) Eine Frau von 28 Jahren und kräftigem Körper hatte 3 Mal ohne Kunsthülfe geboren, und vertraute sich bei der 4ten Geburt wieder einer Hebamme an, unter deren Leitung die beiden ersten Perioden ohne Storung verliefen. In der 3ten Periode zeigten sich jedoch die Wehen weniger wirksam, und es blieb der Kindeskopf in der 1sten Lage im Beckeneingange stecken. Da ein hinzugerufener Arzt vergeblich die Zange anzulegen versucht hatte, wendete sich die Kreissende nun an die Entbindungs-Anstalt. Die Frau wurde sehr erschöpft, mit kleinem schwachem Pulse, aber starken, äusserst schmerzhaften Wehen gefunden; der Kopf war mit starker Geschwulst im Beckeneingange eingekeilt, und weder Fötalpuls noch Kindesbewegung wahrzunehmen. Eine bedeutendere Beckenbeschränkung, als etwa um 
¿ Zoll in der Conjugata, stellte sich nicht heraus. Nachdem, ein Versuch, den Kopf mit der Zange zu entwickeln, sich nach 20 Tractionen erfolglos erwiesen hatte, wurde die Perforation und Kephalotripsie ausgeführt. Das Wochenbett verlief gut. (Poliklinik 1845.)

18) Die Geburt bei einer Frau von 30 Jahren, kleiner Statur und schwächlichem Körper, welche 1 Mal abortirt hatte, verlief regelmässig in den beiden ersten Perioden. In der 3ten Periode wurden die Wehen weniger wirksam, und es keilte sich der Kindeskopf in der 4ten Lage im Beckeneingange ein, welcher in der Conjugata auf höchstens 3 Zoll beschränkt war. Es wurde zur Beendigung der Geburt, da die Kopfgeschwulst bedeutend angewachsen und die Kreissende in grosse Aufregung gesetzt war, die Zange angelegt, aber nach 12 kräftigen jedoch erfolglosen Tractionen wieder bei Seite gelegt. Als 8 Stunden später die Geburt nicht weiter vorgeschritten, und das Leben des Kindes erloschen war, wurde derselben durch Perforation und Kephalotripsie ein Ende gemacht. (Poliklinik 1845.)

19) Eine Frau von 27 Jahren war vor 4 Jahren durch die Kephalotripsie, und vor 2 Jahren durch künstliche Frühgeburt entbunden. Das Becken war rhachitisch verbildet, und die Conjugata betrug nur 2" 10"". Es wurde deshalb in der 34sten Woche der jetzigen Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet, welche am 5ten Tage die Geburt von Zwillingen zur Folge hatte, welche beide lebten, obgleich das erstere in der Fusslage wegen Vorfalles der Nabelschnur extrahirt, und das andere wegen Vorfalls der Nabelschnur bei hoher Kopflage auf die Füsse gewendet und extrahirt werden musste. (Klinik 1845.)

20) Eine 42 jährige Erstgebärende kam als schon lange Kreissende aus der Stadt in die Entbindungs-Anstalt. Der Kopf des Kindes stand in 2ter Lage fest im Beckeneingange, dessen Conjugata 3 Zoll betrug, und daneben eine grosse Schlinge der pulslosen Nabelschnur. Da die Kreissende sehr erschöpft und kein Lebenszeichen des Kindes aufzufinden war, wurde der Kopf des letztern perforirt und dann leicht mit der Zange entwickelt. (Klinik 1846.)

21) Eine Frau von 37 Jahren, zum 7ten Male schwanger, hatte die ersten drei Kinder ohne Kunsthülfe geboren, die beiden folgenden wurden mit der Zange entwickelt, das 6te musste perforirt werden. Jetzt stand der Kindeskopf in erster Lage über dem nur 3 Zoll in der Conjugata haltenden Beckeneingange; der Fötalpuls war kräftig, die Als der Kopf sich fest in's Becken gestellt Wehen gut. hatte, wurde die Anlegung der Zange versucht; sie glitt aber 2 Mal ab, und es wurde deshalb davon abgestanden, dagegen der Kreissenden zur Kräftigung der Wehen Secale 12 Stunden später, als Ungeduld und Unruhe gegeben. bei der Kreissenden auf's Höchste gestiegen waren, der Kopf aber nur wenig tiefer getrieben war, wurde die Monateschr. f. Geburtek, 1854. Bd. IV. Hft. I. 5

### 66 IV. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Zange wieder angelegt und lag jetzt fest. Es waren 20 kräftige Tractionen zur Entwicklung des Kopfes erforderlich; das Kind war todt und trug am linken Scheitelbeine eine tief vom Promontorium eingedrückte Furche, welche in eine tiefe Grube am Stirnbein ausging. Die Wöchnerin hatte an leichtern entzündlichen Affectionen des Bauchfells und Uterus zu leiden, von denen sie jedoch schon in der dritten Woche vollständig hergestellt war. (Poliklinik 1846.)

22) Eine 18 jährige Erstgebärende, welche immer gesund gewesen und seit dem 14ten Jahre regelmässig menstruirt war, hatte ein bedeutend verengtes Becken, so dass die Conjugata etwa 3 Zoll betrug. Es wurde 4 Wochen vor dem regelmässigen Ende der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eingeleitet. 26 Stunden später wurde ein lebendes Kind geboren, das jedoch schon am 2ten Tage an Peritonitis starb. (Klinik 1846.)

29) Eine 33 jährige Erstgebärende von gutem Körperbau hatte ein im Eingange verengtes Becken mit geradem Durchmesser von 3 Zoll. Die Wehen waren von Anfang an schwach und unwirksam, das Fruchtwasser bei geringer Eröffnung des Muttermundes abgeflossen. Das Kind keilte sich in der 3ten Gesichtslage fest im Beckeneingange ein und es wurde, nachdem anhaltend vergeblich die Extraction mit der Zange versucht worden war, die Perforation und Kephalotripsie vorgenommen. Die Mutter starb nach einigen Stunden, wie schon oben bei Gelegenheit der Blutflüsse der 5. Geburtsperiode angeführt worden ist. (Poliklinik 1846.)

24) Eine 28 jährige Erstgebärende von sonst gutem Bau hatte ein rhachitisch verbildetes Becken, dessen Conjugata 3 Zoll lang war. Die Geburt ging nach frühzeitigem Abfluss des Fruchtwassers sehr langsam von statten, und erst nach mehreren Tagen hatte sich der Kindeskopf in den Beckeneingang gestellt und war dort eingekeilt. Da die Kopfgeschwulst bedeutend anwuchs und mit Kindespech gefärbtes Fruchtwasser abfloss, wurde zur Zange gegriffen, deren Wirksamkeit jedoch ausblieb, da 18 kräftige Tractionen den Kopf nicht aus seiner Stellung brachten. Die Zange wurde deshalb wieder entfernt, und die Geburt einstweilen der Natur überlassen, da noch Lebenszeichen vom Kinde vor-

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

handen. Diese erloschen jedoch allmälig, und man seh sich endlich genöthigt, die Geburt durch Perforation und Kephalotripsie zu beendigen. Die Wöchnerin erkrankte an Peritonitis und starb am 9. Tage. (Poliklinik 1847.)

25) Aehnlich verhielt sich ein Fall in der Poliklinik, bei welchem nach erfolgloser Anwendung der Zange die Perforation und Kephalotripsie ausgeführt wurde. (Poli-Klinik 1847.)

26) Die Frau, welche unter Nr. 19. (Klinik 1845) angeführt ist, und schon 2 Mal wegen Beckenbeschränkung rhachitischer Art, Conjugata 3 Zoll lang, durch künstliche Frühgeburt entbunden wurde, kam jetzt wieder schwanger zur Anstalt. Es wurde wiederum die künstliche Frühgeburt eingeleitet, die jedoch einen sehr langsamen Verlauf nahm, so dass erst am 7. Tage das Kind, und zwar todt, geboren wurde. Die Wöchnerin erkrankte am Kindbettseber und starb am 18. Tage nach ihrer Entbindung. (Klinik 1847.)

### d) Beckenbeschränkung durch Einwärtskrümmung der Sitzbeine.

Diese Deformität des Beckens kam überhaupt in 3 Fälten vor, von denen die beiden ersten dem Jahre 1842, und der letzte dem Jahre 1847 angehören; in jenen fand nur eine Deformität der Sitzbeine und ein Aneinanderrücken der Sitzbeinhöcker statt; hier war ausserdem noch eine starke Verkrümmung der Wirbelsäule zugegen. Das Hinderniss für die Geburt trat immer erst am Beckenausgange ein, wer hier aber auch so gross, dass die Geburt durch die Zange beendet werden musste, wozu im letzten Falle sogar 11 Tractionen erforderlich waren. Die Kinder wurden alle am Leben erhalten.

e) Anchylose des Steissbeines.

In 2 Geburtsfällen des Jahres 1842 und einem des Jahres 1845 wurde als Geburtshinderniss im Beokenausgange Unbeweglichkeit des stark nach vorn gerichteten Steissbeines erkannt. In den beiden ersten Fällen musste die Geburt mit der Zange beendet werden; im 3ten gelang es aber der Naturkraft, den Kindeskopf durch den beschränkten Raum zu führen, obgleich schon 2 frühere Geburten

67

der Frau dieses Hindernisses wegen mit der Zange beendet waren. Die Kinder kamen lebend zur Welt.

Beim Rückblicke auf die Geburtsfälle bei Beckenbeschränkung ergiebt sich bei jenen, welche nicht durch Rhachitis bedingt waren, dass sie mit Ausnahme eines einzigen Falles, welcher noch durch die Natur beendet werden konnte, mit der Zange zu Ende geführt wurden, und das glückliche Resultat der Erhaltung sämmtlicher Mütter und Kinder lieferten. In Bezug auf die 64 Fälle von Bekkenbeschränkung rhachitischer Art findet sich: 1 Becken von 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Zoll Conjugata, 1 Becken von 2 Zoll 10 Linien, 16 Becken von 3 Zoll, 10 Becken von 3½ Zoll, 2 Becken von 3 Zoll und 4 bis 5 Linien, und 33 Becken von ungefähr 31 Zoll in der Conjugata. Die dabei zur Ausführung gekommenen Operationen waren: 1 Mal die Perforation nach Applikation der Zange; 10 Mal die Kephalotripsie nach vorausgeschickter Perforation und erfolgloser Anwendung der Zange: 8 Mal die künstliche Frühgeburt; 43 Mal die Anwendung der Zange ohne anderen operativen Eingriff; 1 Mal die Extraction bei Fusslage, und 1 Mal die Extraction nach der Wendung auf die Füsse. - Von den Müttern starben 5, und es blieben 59 am Leben, und zwar starb 1 an Putrescenz der Gebärmutter 16 Stunden nach der durch die Zange beendigten langwierigen Geburt; 1 an Febris hectica, das sich nach einer im Wochenbett entstandenen Pleuritis entwickelt hatte; 1 in Folge heftiger Metrorrhagie in der 5ten Geburtsperiode, nachdem die Geburt durch die Kephalotripsie beendigt war; 1 an Peritonitis puerperalis, deren Entbindung ebenfalls durch Kephalotripsie bewerkstelligt war, und 1 am Kindbettfieber nach der künstlichen Frühgeburt. - Von den Kindern wurden 24 todt geboren 41 kamen lebend zur Welt; es wurden nämlich 1 Mal Zwillinge geboren. Bei 10 der todtgeborenen Kinder war die Kephalotripsie gemacht, und bei 1 die Perforation; bei 3 die künstliche Frühgeburt; bei 1 die Extraction an den Füssen; bei 8 der Kopf mit der Zange entwickelt, und 1 war schon längere Zeit vor der Gebnrt abgestorben. - Zehn Kinder waren asphyktisch geboren, aber wieder zum Leben gebracht worden.

## 11. Geburten bei bedingt regelmässiger Lage des Kindes.

Die allgemein regelmässigen Schädellagen, die erste und zweite, kamen in 4911 Fällen vor; jene 3914 Mal und diese 997 Mal. Die bedingt regelmässigen Lagen insgesammt wurden bei 1098 Geburten beobachtet, und zwar im Speciellen: die dritte Schädellage in 555 Fällen, in denen jedoch in 416 Fällen im Verlaufe der Geburt die 3te Lage in die zweite umgewandelt wurde, und nur in 139 Fällen das Kind in der 3ten Schädellage geboren wurde; die vierte Schädellage in 297 Fällen, von denen 247 in der ersten und nur 50 in der vierten Schädellage beendet wurden; Gesichtslagen in 46 Fällen; Stirnlagen in 2 Fällen; Steisslagen in 119 Fällen; Knielagen in 1 Falle, und Fusslagen in 78 Fällen.

a) Die dritte und vierte Schädellage, welche als solche bis zu Ende der Geburt des Kindes blieben, wurden zusammen in 189 Fällen beobachtet. 182 derselben wurden durch die Natur beendet, 37 durch Kunsthülfe, welche 86 Mal in der Entwicklung des Kopfes mit der Zange und 1 Mal in der Kephalotripsie bestand, welche durch Beckenbeschränkung rhachitischer Art bedingt wurde. Von den Kindern kamen 173 lebend, oder asphyktisch zur Welt und wurden bald belebt, und 16 todt. Unter den letzteren befanden sich 5, welche schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben waren und Zeichen begonnener Fäulniss trugen; 1 welches unreif, etwa 6 Monat alt war; 1 durch Kephalotripsie geboren; 1 Hemicephalus; 1 welches durch die Zange nach erfolgter Ruptura uteri geboren war, und 1, dessen Tod einer sehr festen Umschlingung der Nabelschnur um den Hals zugeschrieben wurde. 6 Kinder starben ohne dergleichen nachweisbare Veranlassung durch den Verlauf der Geburt selbst.

b) Gesichtslagen kamen 46 Mal vor, und zwar 21 Mal die crste Gesichtslage, 9 Mal die zweite, 13 Mal die dritte und 9 Mal die vierte. Die ungünstigere 3te und 4te Lage wurde mit Ausnahme eines Falles stets in günstigere verwandelt, und zwar gingen die 3 vierten während der

### 70 V. Notizen aus der Journal-Literatur.

dritten Geburtsperiode in die erste über, und die dritte 11 Mal in die zweite Gesichtslage, und 1 Mal in die erste Schädellage. Nur in einem Falle fand dieser günstige Vorgang bei der dritten Gesichtslage nicht statt, wo in einem durch Bhachitis stark verbildeten Becken der beschränkte Raum dem Gesichte die Drehung in die zweite Lage nicht gestattete. Der Geburtsverlauf war in 40 Fällen ein sehr günstiger, insofern die Naturkraft allein zur Ausschliessung des Kindes ausreichte, und die hier und da vorkommende Verzögerung der Geburt ohne nachtheilige Folgen blieb. Nur in 6 Fällen wurde ein operativer Eingriff nöthig, und swar 5 Mal wegen Beschränkung des Beckens und 1 Mal wegen Webenschwäche: die Kunsthülfe bestand 4 Mal in Entwicklung des Kopfes mit der Zange und 2 Mal in der Kephalotripsie. - Von den in einer Gesichtslage geborenen Kindern kamen 39 lebend und 7 todt zur Welt; von den letzteren waren 2 unreif, 2 Hemicephali, 2 durch Kephalotripsic geboren, und 1 mit der Zange entwickelt.

(Fortsetzung folgt.)

### V.

## Notizen aus der Journal-Literatur.

Simpson und Reid: Ueber die häufige Unregelmässigkeit und gelegentliche Verlängerung der Schwangerschaftsdauer beim Weibe.

Simpson berichtet 4 Fälle von verlängerter Schwangerschaftsdauer, welche er auf 336, 332, 319 und 324 Tage berechnet. Er bezieht sich auf Beobachtungen von Merriman, Murphy und Reid, welche alle die Möglichkeit einer solchen Verlängerung beweisen.

Ein Umstand giebt ohne Zweifel über manche Unregelmässigkeit oder Schwankung der Schwangerschaftsdauer Aufschluss, dass nämlich die Empfängniss, wenngleich gewöhnlich, so doch nicht immer innerhalb der ersten Tage nach der letzten Catame-

nialausscheidung, vielmehr auch su irgend einer späteren Zeit vor der nächsten Catamenialperiode stattfinden könne. Dies erlaubt eine Schwankung von 22 bis 24 Tagen, also die ganze freie Zeit swischen zwei Menstrualperioden. Diese Möglichkeiten können indessen für die grösseren Schwankungen nicht Rechenschaft geben, die man so häufig beobachtet. Denn es sind jetzt eine grosse Zahl von Beobachtungen über die Schwangerschaftsdauer der Hausthiere, besonders der Kühe, aufgezeichnet, bei denen die Fehlerquellen und Täuschungen über die Schwangerschaftsdauer dadurch vermieden wurden, dass man Tag und Datum der Schwängerung, als von dem einmaligen Geschlechtsverkehr herrührend, aufseichnete. So bat Lord Spencer den Entbindungstag von 754 Kühen berichtet. deren Schwängerung durch einen einzigen Coitus mit dem Fasselochsen sorgfältig registrit worden war. (Journal of the English Agricultural Society, part. II. 1839.) M. Tessier hatte schon früber 572 Beobachtungen ähnlicher Art an denselben Thieren berichtet. (Mémoires de l'Académie Royale des Sciences. 1819. Tom. II. p. 1.)

Wenn man einige Fälle von diesen beiden Beobachtungsreihen auslässt, in welchen die Entbindung vor der 37. Woche eintrat, so kann man die Resultate der Beobachtung Spencer's und Tessier's in folgender Tafel darstellen.

### Tafel I. und II.

Wochen.	Tage.		ncer.	Procent. Tessier.	
37 38 39 40 41 42 43 43 44 und darüber	Von 252 bis 259 - 260 - 266 - 267 - 273 - 274 - 280 - 281 - 287 - 268 - 294 - 295 - 301 - 302 - 321	12 4 21 124 392 175 16 7	1,60 0,55 2,80 16,53 52,27 23,18 2,12 0,93	6 8 51 166 202 105 27 7	1,05 1,40 8,91 29,02 35,31 18,36 4,72 1,22
		751		572	1

### Tragzeit bei Kühen.

Diese Tabelle zeigt, dass bei der Kuh bei genau festgestellter Zeit der Empfängniss die Entbindungszeit doch keineswegs in eine bestimmte und stetige Periode der Schwangerschaft fiel.

Wenn man eine Vergleichung zwischen der Schwangerschaftsdauer bei der Kuh und der beim Weibe anstellen will, muss man im Sinn behalten, dass, während die Tragzeit der ersteren nach Lord Spencer 284 oder 285 Tage dauert, die Schwangerschaftszeit des Weibes nur 274 bis 280 Tage beträgt.

Während wir die höchsten Procente von Entbindungen der Kuh swischen dem 281sten und 287sten Tag der Tragzeit eintreten sehen, finden wir die höchsten Procente von Entbindungen in weiblichen Schwangerschaften, welche als vom letzten Tage der Catamenialabsonderung angesehen wurden, zwischen dem 274sten und 280sten Tage liegen. Dies beweisen die Beobachtungen von Morriman und Reid. Dass in Murphy's Fällen die höchsten Procente in die auf den 280sten Tag nach den letzten Catamenien folgende Woche fielen, ist vielleicht dadurch zu erklären, dass die Empfängniss erst zwei, drei oder mehrere Tage nach der letzten Menstruation erfolgte. Unter Anderem geht hieraus hervor, dass, obwohl die Tragzeit der Kuh sehr verschieden lang gefunden wird, doch die Schwangerschaftsdauer heim Weibe noch viel grösserer Schwankung unterworfen ist. Aber diese scheinbar grössere Schwankung ist ohne Zweifel, wie schon erwähnt, davon abhängig, dass beim Weibe die letzte Menstruation durchaus nicht die wirkliche Zeit der Conception festsetzt. Die Schwängerung beim Weibe erefignet sich zuweilen unter Umständen, welche die Conception auf einen bestimmten Tag festzusetzen erlauben. So hat s. B. Reid aus den Beobachtungen verschiedener Schriftsteller und seiner eigenen Praxis die Geschichte von 40 Fällen beim Weibe zusammengestellt, wo die Schwängerung das Resultat einer einzigen Begattung war, deren Datum sich genau ermitteln liess. Die Fälle betrafen ledige Frauenzimmer, die ihren Zustand von einer einzigen Begattung berleiteten, oder verbeirathete Frauen, deren Männer für eine beträchtliche Zeit vor der letzten und einzigen Begattung abwesend gewesen waren. Alle Fälle waren mit möglichster Vermeidung von Täuschungen gewählt. Sie finden sich nachstehend in einer Tabelle geordnet, welche die wechselnde Dauer der Schwangerschaft und demgemäss die Veränderlichkeit des Entbindungstages beim Weibe nachweist, auch für Fälle, in denen das Datum der Empfängniss genau ermittelt und festgestellt war.

.

### Tafel III.

Entbindungszeit bei 40 Frauen, in denen Schwängerung von einer einzigen Begattung herrührte.

Wochen.	Tage.	Totale der Fälle.	Procente.
38	260 - 266	5	12,50
39	267 — 273	7	12,50 17,50
40	274 — 280	18	45,00
41	281 — 287	6	15,00
42	<b>288 — 294</b>	4	10'00

Diese Tafel seigt, dass Schwangerschaft beim Weibe, deren Beginn man genau berechnen kann, beinahe in der Hälfte der Fälle oder in 45 pCt. 274 bis 280 Tage dauert; dass sie in 15 pCt. auf 281 bis 287 Tage, und in 10 pCt. auf 288 bis 294 Tage verlängert war; letstere Proportion ist vielleicht deshalb ungebührlich gross, weil einige der gesammelten Fälle wohl nur der ausgesprochenen Schwangerschaftsverlängerung halber aufgezeichnet waren. Von den 40 Fällen wurden nur 3 Frauen, oder 1 von 13, am 280sten Tage nach der Empfängniss entbunden, 7, oder 1 von 6, wurden am 274sten Tage entbunden.

Wenn man auch die Möglichkeit gelegentlicher Verlängerung der menschlichen Schwangerschaft sugegeben hat, so fragte man natürlich auch nach der äussersten Grenze der Schwangerschaftsdauer, oder mit anderen Worten, wie viele Tage über die normale Schwangerschaft hinaus eine Frau ein Kind tragen könne. Simpson meint, dass einige neuere, namentlich von Amerikanern berichtete Fälle ausser den Grenzen der Möglichkeit lägen. So hatte Meigs in Philadelphia einen Fall berichtet, in dem eine Frau sich im Juli 1839 schwanger glaubte, am 20. November Kindesbewegungen verspürte, am 10. April falsche Wehen hatte, aber ihr Kind wurde erst am 13. September 1840 geboren, nach einer angeblichen Schwangerschaft von beinahe 14 Monaten oder 420 Tagen. (Meigs, The Science and art of obstetrics. 1852. p. 230.)

Allee hat 2 Falle von verlängerter Schwangerschaft aus eigner Beobachtung berichtet. Sie dauerten angeblich gerade ein Jahr oder 365 Tage. (Tucker's, Elements of Midwifery p. 149.)

Simpson, ohne sich weiter auf eine Erörterung der Quelle der Täuschung in diesen und äbnlichen Beobachtungen einzulassen, spricht die Ansicht aus, dass das beste Kriterium zur Bestimmung der gesetzmässigen Grenze der menschlichen Schwangerschaft und ihrer möglichen Verlängerung von sorgfältiger und wiederholter Beobachtung der Dauer und Grenze dieser Periode bei der Kuh genommen werden könne, wobei man der Durchschnittsperiode der Trächtigkeit bei der Kuh stets 4 oder 5 Tage mehr als der durchschnittlichen menschlichen Schwangerschaftsdauer einräumen müsse. Lord Spencer fand in einem Falle die Schwangerschaft der Kuh bis zum 313ten Tage nach der Bespringung verlängert, und in einer seiner Beobachtungen an demsehben Thiere giebt Tessier an, dass die Geburt erst 321 Tage nach der Schwängerung erfolgte.

Solche directe Experimente und Beobachtungen an Thieren zwingen uns zur Ueberzeugung, dass in Ausnahmefällen bei der Kuh — und deshalb auch, wie wir mit Sicherheit annehmen können, bei dem Weibe — die Schwangerschaftsdauer 30 oder 35 Tage über ihre normale und gewöhnliche Dauer verlängert werden könne; und es ist nicht unmöglich, dass weitere genaue und wiederholte Experimente, nach Art derer von Lord Spencer und M. Tessier angestellten, noch einen weiteren Spielraum festsetzen.

Diejenigen Geburtshelfer, welche behaupten, dass die Periode der menschlichen Schwangerschaft eine bestimmte sei, und dass sie unmöglicherweise die 40ste Woche überdauern könne (was die 5 Londoner Accoucheure, die in dem Gardner'schen Processe als Sachverständige Auskunft gaben, beschworen, was gans vor Kurzem 6 praktische Aerzte in einem ähnlichen Process vor dem Amerikanischen Gerichtshofe su Lancaster auf ihren Eid nahmen), haben durchaus keinen Grund beigebracht, weshalb die Periode der Schwaugerschaft so stätig und unveränderlich sei, während alle anderen periodischen Vorgänge im menschlichen Körper, - Dentition, Pubertät, Menstruation, die ersten Kindsbewegungen. --- allgemein als ungemein veränderlich anerkannt sind. Diese Geburtshelfer haben, soviel bekannt ist, keine Gründe angegeben, weshalb ähnliche Schwankungen nicht auch in der Dauer der Schwangerschaft sollten stattfinden können. Es wäre in der That gegen alle Analogieen mit anderen Vorgängen im Thierreich, wollte man annehmen, dass solche Schwankungen nicht auch in der Dauer der Schwangerschaft stattfinden könnten.

Reid ist auch der Ansicht, dass die Schwangerschaftsdauer keine durchaus bestimmte sei. In Fällen, wo man die Schwaugerschaft von dem bekannten Datum der Empfängniss an berechnen könne, sei sie im Mittel 275 Tage, und schwanke swischen 270 und 280 Tagen.

Dass je eine Schwangerschaft üher 293 Tage gedauert, ist nach ihm nicht hinlänglich bewiesen. Der Code Napoleon, der

74

300 Tage erlaubt, und das preussische Landrecht, das 392 Tage als äusserste Grenze der Schwangerschaftsdauer festsetst, können daber als freisinnig hetrachtet werden.

Die Catamenialperiode giebt auch ihm den einsigen Führer ab, wo genaue Kenntniss fehlt. Indessen häufig trügerisch, sei sie nur ein Mittel sur Approximativbestimmung der Geburtsseit. Die 40ste Woche uach dem letzten Erscheinen derselben sei die wahrscheinlichste, dann die 41ste.

> (Simpson: Edinburgh monthly Journ. July 1853. — Reid: Lancet, Sept. 3. 10. 1853.)

Francis H. Ramsbotham: Fälle von Hämorrhagie nach der Entbindung, begleitet von heftigen Nachwehen.

Es ist eine allgemein bekannte und geglaubte Thatsache, dass je stärker der Uterus sich nach der Entbindung zusammensicht, desto sicherer die Entbundene vor Blutung geschützt sei. Dieser Sats ist jedoch nur für den leeren Uterus richtig. Wenn er irgend einen festen Körper, einen Polypen, ein an seiner Innenseite hängen gebliebenes Stück der Placenta, ein grosses Stück der Eihäute, oder nur eine Masse fester fibrinöser Gerinnsel enthält, so kann er sich sehr stark und mit heftigeren Schmerzen als bei der Geburt selbst, susammensiehen, und dennoch die Quelle einer das Leben der Entbundenen in unmittelbare Gefahr bringenden Blutung sein.

Derartige Fälle bilden eine grosse Schwierigkeit für den jungen Praktiker, besonders weil unter den Autoritäten in der Geburtshülfe über die Behandlung von Blutungen nach Entfernung der Placenta eine grosse Verschiedenheit der Meinungen herrscht. Einige, wie Denman, Dewees und Rob. Lee, halten die Einführung der Hand in die Uterinhöhle behufs Entleerung derselben für ein zu rohes Verfahren, als dass sie seine Anwendung unter solchen Umständen billigen könnten, während Andere, wie Burns, Collins, Gooch, Merriman und Ramsbotham diese Behandlungsweise, wenn mit Sorgfalt ausgeführt, nicht nur für an sich unschädlich, sondern auch als das schuellste und wirksamste Mittel zur Beseitigung der drohenden Gefahr erklären. Andere wiederum, wie Blundell, Ingleby und Churchill, sind der Ansicht, dass man es nie versuchen solle, ausser im Augenblicke der eisernen Nothwendig. keit, bei dringenden unerwarteten Veranlassungen, oder erst nach Versagen aller anderen Mittel.

R. berichtet nun ausführlich über 7 Fälle, die ihm in einem Jahre vorkamen.

Der erste Fall giebt in der Anamnese ein gutes Beispiel von der Thätigkeit gewöhnlicher englischer Accoucheure. Quantitäten von Mutterkorn, Laudanum, China und Wasser, Einreibungen von Extr. Conii in den Mutterhals und Spasierengehen im Zimmer konnten die seit 48 Stunden begonnene Geburt nicht befördern. R.'s rationelleres Verfahren brachte das Kind nach einigen Stunden glücklich zur Welt. Nach Austreibung der Placenta erschlaffte der Uterus und eine Quantität von Blut sammelte sich in seiner Höhle. Druck und Kälte brachten ihn zur Contraction, aber ein Ausfluss gefärbten Serums dauerte fort, während der Uterus in Pausen sich heftig unter starken Schmerzen zusammenzog. Nach einer halben Stunde brachte R. seine volle Hand in die Uterusböhle und entfernte 4-5 Unzen festen Gerinsels. Ausfluss und Wehen standen und die Wöchnerin schlief ein. Sie erholte sich bald.

Auch im 2ten Falle hatte die Blutung ihren Grund in Erschlaffung des Uterus, und das geronnene Blut schien die Ursache der heftigen Nachwehen zu sein, die indessen die Blutung nicht anhielten. R. entfernte mit der Hand einen festen Blutklumpen von Faustdicke, worauf Wehen und Blutung vergingen. — R. berichtet über weitere 5 den beiden vorigen fast gleiche Fälle, in welchen allen Blutung stattfand, während der Uterus fest und contrahirt war und die Nachwehen zugleich häufig und stark sich einfanden, — ein Zustand, den man mit gefährlicher Blutung für unvereinbar gehalten hat. In allen Fällen waren dicke sähe Blutgerinnsel in der Uterushöhle, und in allen standen nach Entleerung derselben zugleich Wehen und Blutung.

(Med. Times and Gaz. March 26, 1853.)

Eichmann in Flatow: Organische Unnachgiebigkeit und Entartung des Muttermundes bei der Geburt.

Verf. beobachtete 2 Geburten, bei welchen in Folge älterer syphilitischer Geschwüre am Muttermunde während der Geburt sich eine unüberwindliche Härte und Unnachgiebigkeit der Ränder darbot. Nachdem mit grösster Geduld ausgeharrt und eine Reihe passender Heilmittel ohne allen Erfolg angewendet worden war, musste sich *E.* zu energischen mehrfachen Einschnitten der Ränder mittels eines geknöpften Sichelmessers entschliessen und nachher in beiden Fällen die Geburt mit der Zange beendigen. Beide Mütter und Kinder litten keinen Schaden. Dagegen hatte Verf.

#### V. Notizen aus der Journal-Literatur.

das grosse Unglück, sich selbst von der zweiten Frau in Folge einer vorher nicht bemerkten kleinen Verletzung des Fingers syphilitisch su inficiren.

(Med. Ver. Zeitg. Nr. 17, 26. April 1854.)

Van Buren: Chloroform bei Puerperalconvulsionen.

In einer Sitzung der Medical and Chir. Society of New - York berichtete v. B. über einen Fall von Puerperalconvulsionen, in dem er Chloroform mit Vortheil angewandt hatte.

Gegenstand seiner Beobachtung war eine 25 jährige Dame bei ihrer ersten Niederkunft. Sie hatte während ihrer Schwangerschaft einer guten Gesundheit sich erfreut, bis am Abend vor dem Anfall sich Kopfweh einstellte. Sie schickte am anderen Tage zu ihrem gewöhnlichen Arzte, der sie bei seiner Ankunft in Convulsionen traf. Die Geburt hatte nicht begonnen. Der jetzt gerufene v. B. kam an, als die dritte Convulsion eingetreten war. Man fand jetst den Muttermund etwas erweitert, und gab sogleich Chloroform, worauf die Convulsionen nachliessen. Sie erschienen aber ,wieder nach Verschwinden der Chloroformwirkung. Es wurde daher wieder in Gebrauch gesetzt, und Patientin etwa 5 Stunden in der Narkose erhalten, worauf man den Uterus hinlänglich erweitert fand, um mit der Zange das Kind zu entwickeln. Indessen eine andere Convulsion kam hald nachher und erneuerte sich alle 20 Minuten, wenn nicht Chloroform angewandt war, das sie beseitigte. Das Anästheticum wurde noch mit anderen Mitteln verbunden, aber der Tod erfolgte 52 Stunden nach der ersten Convulsion. Man hatte die Mittel einige Stunden vor dem Tode ausgesetzt.

(American quarterly Journ. of Med. July 1853.)

Fleetwood Churchill: Intestinalirritation im Wochenbette.

Die Krankheit war 1851 in Dublin epidemisch. 10 Fälle kamen unter des Verf. Beobachtung. Sie werden berichtet und aus ihnen die folgenden allgemeinen Charaktere der Epidemie festgestellt:

1) Die Krankheit trat in allen Fällen, ausser einem, in der ersten Woche nach der Entbindung ein; in einem am sweiten Tage, in anderen am 3ten, 4ten und 5ten Tage. Im Ausnahmefall trat sie am 11ten ein, an welchem Tage Patientin aus anderen Gründen das Bette noch nicht verlassen hatte. Eine besondere Ursache, Erkältung durch Entblössung, Unvorsichtigkeit in Diät u. dergl. konnte nicht gefunden werden. In einigen Krankheiten war aber den Eingeweiden während der Schwangerschaft nicht die nöthige Aufmerksamkeit geschenkt worden. Hierzu bemerkt *Churchill*, dass bei Schwangeren trots täglichen Stuhlgangs, eine bedeutende Anhäufung von Fäces im Dickdarm stattfinden könne. Er erinnert sich eines Falls, in dem er das enorm mit Koth angefüllte Colon quer über das Abdomen verlaufend fühlen konnte, obgleich Pat. sich während der Schwangerschaft oft über Durchfall beklagt hatte. In solchen Fällen werde eine Art Canal durch die Kothmassen oder auf einer Seite derselben gebildet. Man müsse sich daher in allen Fällen versichern, nicht nur dass Oeffnung vorhanden sei, sondern auch dass die Eingeweide gehörig entleert würden.

2) In 3 Fällen begann die Krankheit mit Frost, der zwar nicht heftig, aber hinlänglich ausgesprochen war. In 2 Fällen wiederholte sich der Frost nach Ablauf einer Woche, und dauerte 24 Stunden.

3) Die hervorstechendsten Symptome waren in allen Fällen Schmerz und Durchfall. Ersterer kam sehr schnell, verstärkte sich in Anfällen und milderte sich nur nach Arzneimitteln. In seinen höchsten Graden wurde er über den ganzen Bauch gefühlt, lokalisirte sich aber mehr bei seiner Abnahme, am häufigsten nach der linken Weichengegend. Alle Kranken beklagten sich nach Besserung des ersten heftigen Anfalls über häufige Blähungsbeschwerden mit grossem Abgang von Darmgas. Das Abdomen war sehr empfindlich beim Betasten, man fand aber, dass die Empfindlichkeit beim zweiten Befühlen geringer, und gleicher und fester Druck eher wohlthätig war. Die Gebärmuttergegend war am wenigsten empfindlich. In einem Falle war Uebelkeit oder Erbrechen zugegen, aber Durchfall in allen, auch wenn die Eingeweide im Anfang des Anfalls verstopft waren, oder grosse Dosen Opium zur Beseitigung der Schmerzen gegeben worden waren. In einigen Fällen waren die Ausleerungen selten, aber massenhaft und ungesund, in anderen waren sie zahlreich und hatten grosse Erschöpfung im Gefolge.

4) Der Puls war im Anfang stets schnell, gewöhnlich 120 bis 140, und sank allmälig mit den tiblichen Symptomen. In einigen Krankheiten war der Puls für Tage sehr schnell, dabei die Haut heiss, mit reichlichen, in einigen Fällen profusen Schweissen. Durst fehlte, ausser wo Opium gegeben worden war. Die Zunge war einfach weiss belegt.

5) In 9 von 10 Fällen blieb die Milchabsonderung unverändert, die Brüste aber blieben oder wurden blass und hart. Im 10. Falle wurde die reichliche Milchabsonderung für einige Zeit vollständig unterbrochen.

6) Die Lochien waren gewöhnlich vermindert oder für wenige Stunden unterdrückt, kebrten aber bald surück, nahmen für einen oder zwei Tage einen starken Geruch an und wurden dann normal.

7) Die ganze Krankheit dauerte etwa 1 Woche, selten kürner, und 1 oder 2 Mal ein Paar Tage länger.

6) Der Verf. bemerkt, dass die Diagnose Gegenstand seiner grössten Besorgnisse gewesen sei, da der Anfall mit so viel Aehnlichkeit mit Puerperalfieber begonnen habe, und die Erscheinungen so heftig gewesen seien. Er hielt jedoch fest, dass, womit er es auch zu thun haben möge, ohne Zweifel ein heftiger Anfall von Irritation der Eingeweide vorhanden sei, wie der Schmers, sein wechseinder Sitz, sein Erscheinen in Anfällen und das Auftreten von Durchfall beweisen. Gegen die Möglichkeit von Bauchfellentzündung sprachen die Art des Schmerzes und seine Milderung durch tiefen festen Druck. Das Uterinsystem war nicht direct afficirt, da Lochien und Milch nur sehr geringe und vorübergehende -Schwankungen erlitten.

9) Die Behandlung war einfach und sehr wirksam. Zunächst wurde den Schmerzen durch grosse und, wenn nöthig, wiederholte Dosen von Opium durch den Mund, oder durch Stärke-Klystire mit Laudanum, äusserlich durch Aufschläge von Leinsaamenmehl, suweilen mit Senf, begegnet. Nach Milderung der Erscheinungen gab Verf. eine Dose Ricinusöl, was er jedoch später für unnöthig hielt, da Durchfall sich von selbst einstellte. Er gab dann "zur Sicherheit" kleine Dosen Calomel oder graues Pulver, mit Dower's und James's Pulver 3 oder 4 Mal im Tage, und liess in zwei oder drei Fällen die Quecksilbersalbe unter den Aufschlägen in's Abdomen einreiben. Nachdem er aber mit der Krankheit bekannter war. liess er das Ouecksilber weg, und setzte nur Dower's und James's Pulver und Aufschläge fort, bis alle Schmerzen und unangenehme Empfindungen verschwunden waren. Die Flatulenz bekämpfte er mit Kampfer-Mixtur, mit aromat. Ammoniakgeist, Aetherweingeist, und der Tinktur von Orangenschale. Er hielt die Reconvalescenten zuerst auf schmaler Diät und fand sich genöthigt, die Nahrungsmittel nur vorsichtig zu vermehren, da jeder Mahlzeit nur zu leicht Schmerz und Blähung folgte.

(Americ. Journ. of Med. Sc. April 1853.)

## Cullerier: Syphilitische Ansteckung zwischen Ammen und Säuglingen.

Der Verfasser verschafft durch mehrere sehr genaue Beobachtungen der Ansicht immer mehr Gewähr, dass durch das Säugegeschäft eine Ansteckung secundärer syphilitischer Formen zwischen Ammen und Säuglingen nicht zu befürchten sei. Er beruft sich sugleich auf Nonat, Guillot und Andere, deren Erfahrungen gleiche Resultate geliefert haben. Die beschriebenen Fälle bieten die verschiedensten secundären Formen an verschiedenen Körperstellen der Ammen dar, die ihre Säuglinge ungestört und ohne Gefahr lange Zeit fortgenährt. Ingleichen werden sechs Beobachtungen veröffentlicht von Säuglingen, welche tuberculöse und squamöse Syphiliden, syphilitische Coryza, Ulcerationen, Drüsen-Anschwellungen u. s. w. am Halse, am After, am Hodensack und anderen Theilen, selbst in 2 Fällen Condylome an den Lippen, an der Zunge, Coryza mit übermässiger Absonderung hatten, ohne dass trots lange fortgesetzten Säugegeschäfts das Allgemeinbefinden der Ammen gestört wurde. Die Brustwarzen der Ammen wurden durch die unmittelbare Berührung weder geröthet noch excoriirt. Verf. macht darauf aufmerksam, dass man bei Beurtheilung der einzelnen Fälle sehr vorsichtig sein müsse, indem nicht selten kranke Ammen von Säuglingen angesteckt zu sein angäben, um sich vor dem Verdachte anderweitiger Verirrungen zu schützen; er weist ferner darauf hin, dass dies Gesets der Austeckungsfähigkeit der Syphilis beim Säugling wie beim Erwachsenen dasselbe sei, und dass sich nur ein schnellerer Verlauf der krankhaften Symptome bei Kindern bemerkbar mache.

(Union médicale 1854. Nr. 40. 42.)

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

## VI.

# Fall von Nabelschnurgeräusch.

#### Von

#### Dr. Massmann,

Secundärarst der geburtshülflichen Poliklinik zu Breslau.

Eine von Herrn Dr. Spöndli im Märzheft dieser Zeitschrift unter dem Titel: "Nabelschnurgeräusch" erschienene Abhandlung veranlasst mich zur Veröffentlichung der folgenden Geburtsgeschichte und einiger an sie zu knüpfenden Bemerkungen.

A. G., Maurersfrau, 25 Jahre alt, hatte vor 5 und vor 21 Jahren jedes Mal starke Kinder geboren und immer sehr viel Fruchtwasser gehabt; sie befand sich am 4. Februar 1854 am rechtzeitigen Ende ihrer dritten Schwangerschaft. lhr erstes Kind war mit dem Kopfe, das zweite mit dem Beckenende zuerst geboren. Die Frau hatte, als ich sie sah, schon seit etwa 24 Stunden schwache und seltene, aber schmerzhafte Wehen, ihr Leib war sehr ausgedehnt, so dass an Zwillinge gedacht wurde; doch waren Kindestheile durch die Bauchdecken schwer durchzufühlen (nur links oben fühlte man kleine Kindstheile), dagegen deutlich Pluctuation im Uterus wahrzunehmen, so dass man auf viel Fruchtwasser schliessen musste. Bei der innern Untersuchung fand sich der Muttermund fast vollständig eröffnet, die Blase stellte sich, in derselben lagen beide Füsse des Kindes, die lebhaft hin und her bewegt wurden. Der Fötalpuls war sehr laut auf der ganzen linken Seite des Leibes Monatsschr. f. Geburtsk. 1854. Bd. IV, Hft. 2. 6

#### 82 VI. Dr. Massmann, Fall von Nabelschnurgeräusch.

zu hören, doch nirgends als reines Tiktak, sondern als langes Blasen, welches beide Töne verdeckte, am lautesten aber zu Anfang war. Dasselbe glich ganz den mütterlichen Gefässgeräuschen, war aber etwa doppelt so frequent, als der Radialpuls der Mutter. Ich bemerkte dem anwesenden Candidaten, Rerrn Rymarkiewicz, dass dieses Geräusch, dem meiner Meinung nach die Bezeichnung "Nabelschnurgeräusch" zukommt, zwar meist auf Compression und Umschlingung der Nabelschnur bezogen werde, dass ich aber seine Begründung in einem Herzfehler im Fötus für wahrscheinlicher halte. - Als nach Anwendung von Borax die Wehen kräftiger geworden waren, fühlte man während derselben ein festes gespanntes Kugelsegment hinter der schlaffen Blase, welches ich für Steiss oder Oberschenkel hielt, das aber in den Wehenpausen jedes Mal wieder verschwand. Da mehrere Stunden nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes kein rechter Fortgang in der Geburt zu bemerken war, so glaubte ich den Grund dafür in der grossen Ausdehnung des Uterus (sei es durch Zwillinge, sei es durch zu grösse Menge Fruchtwassers) und in ungewöhnlicher Festigkeit der Eihäute annehmen zu müssen, und sprengte deswegen während einer Wehenpause mittels eines Myrthenblattes die schlaffe Blase. Es floss nur eine unbedeutende Menge Wasser ab, gleich darauf aber erkannte ich, dass ich nur das Chorion zerrissen, und dass das während der Wehe zu fühlende Kugelsegment das noch unversehrte Amnion war. Als ich auch dieses sprengte, floss in starkem Strom eine sehr grosse Menge Fruchtwasser ab, die ich auf 4 bis 5 Quart abschätzte. Sogleich kamen kräftige Druckwehen, und eine Viertelstunde darauf war das Kind geboren. Es wurde in der dritten Fusslage herabgetrieben, drehte sich beim Durchtritt des Steisses durch die äusseren Genitalien aber in die erste. Die Arme brauchten nicht gelöst zu werden, der Kopf wurde mit Leichtigkeit entwickelt; eine Umschlingung der Nabelschnur fand nicht statt. Dennoch kam das Kind, ein sehr grosses und starkes Mädchen, 21 Zoll lang, scheintodt, machte einige vergebliche Respirationsversuche und wurde sogleich intensiv blau, namentlich an den Händen und Füssen und auf den Schleimhäuten. Nach-

# VI. Dr. Massmann, Fall von Nabelschnurgeräusch. 83

dem etwa eine Stunde lang Belebungsversuche gemacht worden waren, schrie das Kind endlich laut, doch war die Respiration mit beträchtlichem Schleimrasseln verbunden. Es zeigte sich indessen munter und lebhaft, und die blaue Farbe im Gesicht machte mehr der natürlichen rosenrothen Färbung Platz. — Die Nachgeburt folgte bald, die Placenta war sehr gross, die Nabelschnur hatte zahlreiche falsche Knoten, war central inserirt.

Einige Stunden nach der Geburt erlitt das Kind, nachdem es an die Brust gelegt worden und kräftig gesogen hatte, eine Blutung aus Mund und Nase, die indess nicht so bedeutend gewesen ist, dass sie Anämie zur Folge gehabt hätte. Dann aber bekam es Anfälle von Asthenie, in denen es regungslos dalag, die Respiration ganz aussetzte und eine cyanotische Färbung sich über den ganzen Körper. verbreitete. Durch Reiben der Brust u. s. w. wurden diese Zufälle beseitigt, sie wiederholten sich aber immer häufiger, bis das Kind, 20 Stunden alt, in einem solchen Anfall starb.

Die Section, welche 25 Stunden darauf gemacht wurde, ergab im Wesentlichen Folgendes: Die Haut grösstentheils intensiv blau gefärbt. Im Oesophagus und den Luftwegen keine mechanische Verschliessung oder Verengerung, kein Blut, nur etwas Schleim angehäuft. Der Oesophagus sehr injicirt, ebenso die Bronchien, Larynx und Trachea normal. Die Lungen sehr hyperämisch, überall lufthaltig. Im Herzbeutel eine geringe Quantität hellgelber, klarer Flüssigkeit. Das Herz sehr gross, seine Gefässe stark gefüllt und ausgedehnt. Der rechte Ventrikel fast doppelt so gross, als der linke, seine Musculatur sehr stark und dick. In der Valvula mitralis und tricuspidalis zahlreiche hellrothe. körnige Einlagerungen von gelatinösem Ansehen, die Klappen selbst schmal und insufficient. Die arteriellen Klappen normal. Das rechte Atrium erweitert, Foramen ovale und Ductus Botalli offen. -- Glandula thyreoidea und Thymus von mittlerer Grösse, hyperämisch. - Die Organe des Unterleibes hyperämisch, an den Nabelgefässen nichts Abnormes. Die Nieren deutlich gelappt, brüchig, ohne Concremente. Der linke Ureter darmartig ausgedehnt, am Blasenende verschlossen. Die Schädelhöhle wurde nicht geöffnet.

## 84 VI. Dr. Massmann, Fall von Nabelschnurgeräusch.

Ich muss nun bekennen, dass ich auf das Nabelschnurgeräusch, da es für den Verlauf der Geburt ohne Bedeutung war, keinen besonderen Werth gelegt habe, bedaure aber sehr, dass ich über die lange dauernden Belebungsversuche es ganz vergessen habe, nachher das Herz des Kindes zu auscultiren, obgleich nach dem Sectionsbefunde gar nicht daran zu zweifeln ist, dass man ein systolisches Geräusch gehört haben würde. Ebensowenig dürfte daran zu zweifeln sein, dass das "Nabelschnurgeräusch" die Folge des Herzfehlers war, da eine Umschlingung der Nabelschnur nicht vorhanden, und an eine Compression derselben bei der ausserordentlich grossen Menge von Fruchtwasser nicht wohl zu denken wäre. - Wenn ich nun auch nicht behaupten will, dass das sogen. Nabelschnurgeräusch immer in einem Herzfehler des Fötus seinen Grund haben müsse. so meine ich dech, dass der von Herrn Spöndli erzählte Fall durchaus nichts für die Annahme beweist, dass Umschlingung und Compression der Nabelschnur das Geräusch verursacht haben, da, obgleich das Kind todt geboren wurde, nicht einmal durch die Section festgestellt worden ist, ob nicht etwa ein Herzfehler vorhanden war. Angeborne Herzfehler mögen zwar ausserordentlich selten sein, aber wo man einmal neben dem Fötalpuls oder statt desselben ein blasendes Geräusch hört, da, scheint mir, liegt der Gedanke an einen solchen doch sehr nahe. Umschlingungen der Nabelschnur sind dagegen so unendlich häufig, ohne dass man das Nabelschnurgeräusch hört, und Compression dürfte wenigstens bei Vorfall derselben nicht selten sein, und doch hört man auch hier den Fötalpuls rein und ohne Geräusch. Der Fall von Herrn Spöndli scheint mir um so weniger beweiskräftig, als das Nabelschnurgeräusch schon im achten Monate gehört wurde, der Tod des Kindes dagegen erst kurz vor der Geburt desselben erfolgt sein soll, eine Compression der Nabelschnur also, wenn sie die Ursache des Geräusches gewesen wäre, mehrere Wochen lang angehalten haben müsste, ohne das Leben des Kindes zu beeinträchtigen, - falls nicht etwa auch die Geburt schon im achten Monat erfolgt ist, was Herr Spöndli wenigstens nicht angegeben hat. ----

# VIL. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation etc. 85

Interessant ist übrigens der von mir mitgetheilte Fall auch noch durch die directe Beobachtung der Ansammlung von Fruchtwasser zwischen Chorion und Amnion.

# VII.

# Ueber die Identität der Menstruation mit der Brunst der Thiere.

#### Von

#### Dr. Ottocar Alt in Hamburg.

Die monatliche Ausscheidung von Schleim und Blut aus den äusseren Geschlechtstheilen, welche die Geschlechtsreife der Frauen 1) charakterisirt, ist nur die Nebenerscheinung eines viel wichtigeren Processes in den inneren Geschlechtstheilen selbst. Dass die Blutung aus dem Uterus ?) und zuweilen auch aus dem oberen Theil der Scheide 3) geschieht, erwähne ich nur obenhin als etwas bestimmt Nachgewiesenes, da es weiter keine Bedeutung für die folgenden Vorgänge hat. Eine weitere Erwähnung dieser Erscheinung jedoch werde ich im Laufe dieser kleinen Abhandlung beizufügen Gelegenheit haben. Das eigentlich Wichtige und Charakteristische der Menstruation besteht in dem Anschwellen der Graaf'schen Follikel im Eierstock, im Platzen derselben 4) und in der Aufnahme des Eies in den Eileiter. Schon seit längerer Zeit kannte man den mechanischen Vorgang der Befruchtung. 5) Man wusste, dass mit dem Anschwellen dieser Bläschen eine Reflexbewegung der Eileiter und ein Umfassen der Eierstöcke durch die auseinandergebreiteten Fimbrien erfolgt. Man glaubte jedoch, dass dieser Vorgang von dem Coitus abhängig sei, dass die Samenfäden durch die Eileiter auf die Eierstöcke gelangten und in Folge dessen im Anschwellen und Platzen der Graaf'schen Follikel und Befruchten des Eies statt hätten.

## 86 VII. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation

Es lagen viele Versuche und Untersuchungen an Thieren vor, welche dies zu beweisen schienen. So z. B. die von dem Engländer Haygthon an Kaninchen, die jene alte Ansicht ganz bestätigten. Er fand, dass nach Durchschneidung eines Eileiters 11-4 Stunden nach der Begattung das Bersten der Bläschen auf beiden Seiten gehindert wurde. Und dadurch würde auf das Bestimmteste bewiesen sein, dass der Samen wirklich erst zu den Eierstöcken gelangen muss, um eine Berstung zu bewirken. Derselbe fand aber auch, wenn, nach Durchschneidung des Eileiters, derselbe wieder geheilt und gänzlich verwachsen war, nach erfolgter Begattung auf dieser Seite ein Bläschen des Eierstockes geborsten, ein Resultat, das strikt das Gegentheil von dem vorigen darthut, da in diesem Falle, trotzdem, dass keine Samenfäden zu den Ovarien gelangen konnten, dennoch das Platzen eines Graaf'schen Follikels eintrat, ein Erfolg, der das Unabhängige beider Processe von einander ausser allen Zweifel setzt. Mit welchen Irrthümern übrigens diese physiologischen Untersuchungen verknüpft sind, zeigt P. in seiner Abhandlung "über die Brunst der Rehe." Er fand nämlich den Uterus in dieser Zeit zwar turgescirend und blutreich, mit aufgelockerter Schleimhaut, an den Ovarien aber auch nicht die geringste Veränderung. Nach der Brunst nimmt nach seinen Untersuchungen die Turgescenz des Uterus wieder ab, und Ende December treten erst die Folgen der Befruchtung wieder auf: "Neue Anschwellung, Umfassen des Eierstockes vom Eileiter und Anschwellung der Graaf'schen Follikel; Anfangs Januar findet man die ersten sehr kleinen Jungen in den Höhlen des Uterus." - Diese Sätze wurden 1843 vollkommen widerlegt durch L. Ziegler. Er wies nach, dass bei den Rehen einige Tage nach der Befruchtung mehrere Graafsche Bläschen platzen und ihre Bier in die Eileiter gelangen und dass sie daselbst, fast ohne sich zu vergrössern, gegen 3 Monate verweilen; dass endlich die Turgescenz im December durch das Bintreten der Eier in den Uterus bedingt ist. So viel war also festgestellt, dass bei den Thieren während der Brunst, kurze Zeit nach der Begattung, befruchtete Eier in den Eileitern vorhanden sind. Die Darstellung der physiologischen Vorgänge war Bischoff vorbehalten. Man ausserte schon längere Zeit, dass in dem ganzen Thierreiche, bis zu den Wirbelthieren herauf, die Eier dem Samen entgegenkämen. Rischoff wies nun in seiner 1844 zu Giessen 6) erschienenen Schrift auf das Unumstösslichste nach, dass die Eier bei Säugethieren in der Brunst auch ohne Begattung ausgestossen werden; dass es nur von der Zeit abhängt, ob die Samenfäden das Ei in dem Eierstock oder dem Eileiter, vielleicht auch im Uterus, befruchten, dass endlich, wenn keine Befruchtung stattfindet, das Ei zu Grunde geht. Diese periodische Reifung der Eier, die ganz unabhängig von der Einwirkung des männlichen Samens vor sich geht, führte ihn zu der Behauptung, "dass die Brunst der Thiere identisch sei der Menstruation des Weibes." Ausser dem beweisenden Erfolge verschiedener Untersuchungen an Leichen von Mädchen, die kurz vor ihrem Tode 7) menstruirt waren, und wo er in den Ovarien theils geplatzte, theils sehr angeschwollene Grasf'sche Follikel fand (schon Leuth, der Vater, berichtet mit Verwunderung, dass er bei mehreren Mädchen mit unverletztem Hymen gelbe Körper gefunden hätte), beruft er sich darauf, dass in der Brunst, respective Menstruation, bei dem weiblichen Thiere allein, bei dem Weibe vorzugsweise sich der Geschlechtstrieb zeigt.

Ich werde jetzt versuchen, durch eine sorgfältige Abwägung der Gründe für und wider die von *Bischoff* aufgestellte Ansicht, den fraglichen Punkt zu einer gewissen Entscheidung zu bringen. Die Gründe gegen die Identität der Menstruation mit der Brunst beruhen fast alle auf Unwesentlichkeiten und sind leicht zu widerlegen.

Erstens sind bis jetzt — hat man gesagt — die gelben Körper als Spuren der geplatzten Follikel bei Leichen dooh im Ganzen zu selten im Verhältniss zu der so häufig wiederkehrenden Menstruation gefunden worden. Dagegen dient die einfache Thatsache, dass die platzenden Follikel sich fast immer in der Mitte des Eierstockes vorfinden, woher es erst ermöglicht wird, dass die auf der Mitte desselben sich anlegenden Tuben die Eichen aufnehmen können. Man kann sich also auch nicht wundern, wenn die gelben Körper nicht überall zerstreut gefunden werden. Uebrigens

## 88 VII. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation

lässt nach den neuesten Untersuchungen das Platzen eines Follikels keine so grosse Narbe zurück und es ist zu vermuthen, dass durch das Platzen vieler an einer Stelle erst die gelben Körper erscheinen, ungerechnet, dass durch Resorption eine bedeutende Verkleinerung der gelben Körper eintreten kann.

Zweitens besteht — fährt man fort — bekanntlich in nicht ganz seltenen Fällen die periodische Menstruation während eines grösseren oder geringeren Theiles der Schwangerschaft fort. Abgesehen davon, dass dies immer ein abnormer Zustand ist, der auf krankhaften <sup>8</sup>) Zuständen beruhen kann, muss ich das Moment hierzu in einer Hypercultur verbunden mit starker Sinnlichkeit suchen.

Drittens — führt man an — erlischt der Geschlechtstrieb beim Weibe gewöhnlich nicht, wie bei den Thieren, nach der Empfängniss. Auch dies muss ich für eine innormale, durch Sitte und Kultur hervorgebrachte Erscheinung erklären, da bei sehr vielen Weibern nach der Conception eine starke Abneigung gegen den Beischlaf eintritt. Von welchem Gewicht übrigens hier die Psyche ist, leuchtet aus der oft viele Jahre dauernden, alles Andere in den Hintergrund drängenden Liebe des Weibes zu dem Manne hervor.

Warum — fragt man viertens — findet häufig in unfruchtbaren Ehen keine Empfängniss statt, während doch die Frau regelmässig menstruirt ist und der Mann den Coitus vollständig vollzieht? Diese Frage scheint mir sehr naiv zu sein. Entweder rührt dies von einer abnormen Beschaffenheit der Eileiter her, mögen sie entweder ganz verschlossen oder durch pathologische Adhäsionen an ihrer freien Beweglichkeit gehindert, zu kurz oder zu lang sein; oder es beruht auf der abnormen Beschaffenheit des Sperma oder der Eier; oder endlich auf einer krankhaften Verschliessung des Muttermundes während des Coitus, wie dies in einzelnen Krankheiten oder bei einer gewissen Seelenstimmung, z. B. Abneigung des Weibes gegen den Mann, häufig genug vorkommt.

Wie kommt es aber --- schliesst man fünftens --- dass beim Thiere während der Brunst nur Schleim, beim Weibe

während der Menstruation nur Blut aus den Geschlechtstheilen fliesst? Allein bei einzelnen Thieren, z. B. Hausthieren. tritt nicht selten während der Brunst --- und desto stärker, je länger die Begattung gehindert wurde -- Blut aus der Scheide. Um aber die Aehnlichkeit noch frappanter zu machen, braucht man blos auf die eintretende Pubertät des Mädchens zu verweisen, wo erst Schleim aus der Scheide, wie beim Thiere, später mit Blut vermengter Schleim, endlich ziemlich reines Blut fliesst. Um aber auch einen Uebergang zwischen der so selten eintretenden Brunst und der so häufig wiederkehrenden Menstruation 9) zu haben, verweise ich auf die Versuche und Erscheinungen bei Thieren, welche - wenn sie von der Begattung während der Brunst abgehalten wurden - in öfters wiederkehrenden Zwischenräumen von 12, 18, 20 Tagen wieder brünstig Auf der andern Seite zeigen Weiber, die ein wurden. hartes, mühseliges, kümmerliches Leben führen, eine höchst geringe, blutig-schleimige, häufig aussetzende oder auf lange Zeit verschwindende 10) Menstruation. Ja bei einzelnen wilden Völkerstämmen, über die wir genaue Nachrichten haben, soll die Menstruation nur ein bis zwei Mal jährlich eintreten. Da endlich beim Thiere wie beim Weibe im Anfang der Brunst, resp. Menstruation, Abneigung gegen die Begattung, am Ende derselben erhöhter Geschlechtstrieb vorhanden ist, so erreicht die Aehnlichkeit beider Erscheinungen den höchsten Grad, und ich kann nicht umhin, die Brunst und Menstruation für identisch zu halten und den Grund der abweichenden Erscheinungen in den Modificationen zu finden, die Sitte und Kultur von Jahrtausenden dem Menschengeschlechte aufgedrängt haben.

Die Menstruation also ist ein Product der Kultur, ihrem Wesen nach völlig gleich mit der <sup>11</sup>) Brunst. Und wenn schon ältere Aerzte die Menstruation einen abnormen Zustand, eine Krankheit nannten, wenn *Hufeland* Schwangersein, Gebären und Säugen den natürlichen, normalen und daher auch den gesündesten Zustand des Weibes nennt, wenn er sich auch höchst theologisch auf die Bibel stützt. "das Weib soll selig werden durch Kinderzeugen," wenn er die Menstruation für einen "abnormen, krankhaften Zu-

1

stand" erklärt, so stimme ich ihm vollkommen bei, muss aber — wenn er moralisch wird und fortfährt — "die Menstruation ist nur nothdürftiger Ersatz für die Schwangerschaft, daher bei dem Menschen nothwendig und sehr wichtig, um seine moralische Würde zu behaupten und nicht Sclave des thierischen Triebes zu sein" — auf das Vorhergehende verweisen, aus dem hervorgeht, dass die Begattung gerade<sup>12</sup>) während der Menstruation, und zwar gegen das Ende hin, naturgemäss ist.

#### Anmerkungen.

 Die Menstruation wurde einmal bei einem ein Jahr alten Kinde beobachtet. Die äusseren Geschlechtstheile turgescirten und
 es wuchsen schwarze Haare am Mons veneris. Vergl. Neue Zeitschrift f. Geburtsk. von Busch, Ritgen und Siebold, Berlin 1852, Bd. 33. Heft 1.

2) Jaeger und Jul. Beer theilen uns 2 Fälle mit, wo die Gebärmutter wirklich fehlte. In beiden Fällen sollen die äusseren Geschlechtstheile und die Brüste normal entwickelt gewesen sein: auch soll der ganze Habitus des Körpers vollkommen weiblich gewegen sein. Vergl. Neue Zeitschr. für Geburtsk. 1852. Bd. 33, Hft. 3. S. 392; ferner Allg, med. Centralzeit. 95, 1849, und Pr. Vrnztng. 1. 1850. - Ziehl fand bei einer im 57. Jahre verstorbenen Frau ein vollkommenes Fehlen des Uterus. Der Habitus des Körpers war ganz weiblich, die äusseren Geschlechtstheile normal entwickelt, jedoch die Scheide sehr verengt. Die Tuben lagen in den hinter der Blase befindlichen breiten Mutterbändern; die Fimbrien waren normal, das Ostium abdominale in beiden offen, dagegen keine Spur eines Ostium uterinum zu sehen. Hinter und unter den Tuben lagen die beiden Ovarien etwas verkümmert. Ein jedes Rudiment des Uterus fehlte. Vergl. Med. Conv.-Bl. baier. Aerste Nr. 49. 1849. - Oldham diagnosticirte bei einem 24 Jahre alten Mädchen "Fehlen des Uterus." Die äusseren Genitalien waren ganz normal, statt der eigentlichen Scheide aber nur eine sehr geringe Vertiefung bemerkhar. Vergl. Guy's Hosp. Rep. Oct. 1849 und Neue Zeitschrft. für Geburtsk. Bd. 33. Hft. 3. S. 392. - Derselbe theilt uns eine ausführliche Krankengeschichte einer Fran mit, bei welcher die inneren Geschlechtstheile gänzlich fehlten. Auch erzählt er von einer zu kleinen, in der Entwicklung zurückgebliebenen Gebärmutter. Vergl. Guy's Hosp. Rep. VI. 2. 1849.

3) Bei einem angeborenen Mangel des Uterus und der Scheide hat man ein Vikariiren der Menstruation aus der Vulva beobachtet. Im St. Mary's Hospital wurde von Tyler Smith ein 19 Jahre altes Mädchen behandelt, die alle 2-3 Wochen an Schmerzen im Kreus, in der Regio epigastrica und im Kopf litt, verbunden mit einem geringen Blutausfluss, welcher aus den äusseren Theilen zu kommen schien und nur wenige Stunden anhielt. Die Brüste waren von normaler Beschaffenheit, die Warsen von einem dunklen Hof umgeben; ein schmaler schwarzer Streifen verlief vom Nabel bis zur Scham; die äusseren Sezualorgane waren vollkommen normal und auf dem Mons veneris befanden sich Haare. Bei der Besichtigung der Schamlippen ergab sich, dass an der Stelle, wo die Scheide von Rechtswegen sein sollte, sich eine feste, gefässreiche Membran zeigte. In der Mitte war sie mit einer Hervorragung versehen, welche von der Vereinigung der rudimentären Nymphen gebildet zu werden schien. Die Harnröhre war sehr klein. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm diagnosticirte man "Mangel des Uterus." Die Ovarien waren jedoch sehr deutlich durch das Gefühl zu erkennen. Da bei genauerer Untersuchung der rudimentären Nymphen eine leichte Impression sich seigte, so drückte man einen weiblichen Katheter fest gegen dieselbe an, der nach und nach eine immer grösser werdende Vertiefung bewirkte und ohngefähr einen Zoll weit durch die Membran eindrang, dann aber aufgehalten ward. Etwas Blut floss aus. Eine Bougie brachte man durch die Oeffnung und liess sie liegen. Etwas später vermochte man sie ohngefähr 6 Zoll weit einzuführen, wobei jedoch heftige, wehenähnliche Schmerzen im Kreuz empfunden wurden. Dieser Kanal schien jedoch nicht die normale Scheide zu sein, er war an 2 Stellen eingeschnürt, liess sich aber um Vieles erweitern, jedoch nur unter heftigen Schmerzen. Nach einem derartigen Versuch floss unmittelbar eine nicht geringe Quantität dicker, puriformer, mit Blut vermengter Flüssigkeit aus. Nach einigen Tagen stellte man von Neuem Dilatationsversuche mittels eines Schwammes an, wonach man den Finger durch den gauzen Kaual mit aller Bequemlichkeit einführen konute, in welchem feste, bandartige Streifen von einer Seite zur andern führten. Die Oberfläche war uneben, verhärtet, fast knorpelig; vom Uterus war auch nicht die geringste Spur vorhanden. - Einen zweiten Fall beobachtete Tyler Smith, wo eine Verschliessung der Scheide durch Adhäsionen nach einer schweren Entbindung mit instrumenteller Hülfe eintrat. Die Frau war schon einmal operirt worden; es entleerte sich eine nicht geringe Menge Menstrualblut, jedoch erfolgte von Neuem eine Verwachsung. Bei der Untersuchung der Patientin fanden

#### 92 VII. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation

sich swei Oeffnungen am Scheideneingange, von denen die obere sehr gross, die untere jedoch nur klein war. Die erstere seigte sich als die beträchtlich erweiterte Harnröhre, in welche man, ohne Hinderniss und Schwierigkeit zu haben, einen Finger einführen konnte. Diesen Kanal hatte man früher nämlich für die Scheide gehalten, und hatte denselben durch anbaltendes Dilatationsverfahren so ausgedehnt. Seitdem vermochte Patientin den Urin nur mit grosser Mühe zurückzuhalten. Sie litt, als sie in das St. Mary's-Hospital kam, an Metrorrhagie. Die Rigidität und Contraction der Adhäsionen war hier besonders auffallend, die bei Vernarbung auf dieselbe Weise, wie bei jedem andern, mit Muskelfasern versehenen membranösen Gebilde entsteht. Vergl. The Lancet. May 21.

4) H. Meckel hält die Annahme Bischoff's, dass bei jeder Menstruation ein Follikel platze, für unbewiesen und gar nicht wahrscheinlich. Beim Menschen scheint der zum Platzen reife Follikel stets die Grösse von 6-8" su erlangen; die kleineren sind als noch nicht völlig gereifte anzusehen. Vergl. Jen. Annal. I. 2. 1849. Meckel hat bei 4, ohngefähr 3 -- 6 Tage nach erfolgter Entbindung verstorbenen Frauen Beobachtungen angestellt, und hat bei ihnen die vor 9 Monaten entstandenen Corpora lutea sehr gleichmässig gebildet gefunden. Drei Mal waren dieselben solide und enthielten im Centrum eine bräunlich fibröse Masse, den Rest eines früheren Blutextravasats, während die Randsubstanz aus gelber Granulationsmasse bestand. Der Durchmesser war 21-31". In einem Fall war das Corpus luteum 4" dick und enthielt im Centrum eine 1" grosse, mit Serum gefüllte platte Höhle. Daraus ist zu entnehmen, dass der gelbe Körper sich in 9 Monaten, von seiner Entstehung an, von 8" oder 9" Durchmesser, auf 44" bis 4" verkleinert. Vergl. Neue Zeitschr. für Geburtskunde 1852. Bd. 33. Hft. 3, 8. 387.

5) Nicht uninteressant scheint es mir, hier des alten Hippocrestes Ansicht über die Zeugung von Zwillingen zu erwähnen. Er sagt: "Sie werden aus einem einzigen Beischaf folgendermassen erzeugt: Der Uterus hat viele krumme Buchten, welche stets mehr oder weniger entfernt von der Scham liegen. Diejenigen unter den Säugethieren, welche sehr viele Junge auf einmal zur Welt bringen, haben viel mehr Höhlen als die, welche nur wenige Junge auf einmal gebären. Theilt sich nun das Sperma, geht es in 2 verschiedene Höhlen, hält es der Uterus surück und passt nicht eine Höhle auf die andere, so erhält der in eine jede Höhle gedrungene männliche Samen eine eigene Haut und wird auf eben dieselbe Art belebt wie ein Fötus." Vergl. Hippocratis Coi sive Magni opera omnia graece et latine, περί φύσιος παιδίου Tom. I. XLIV.

6) **Th.** L. W. Bischoff, Beweis der von der Begattung unabhängigen Reifung und Loslösung der Eier der Säugethiere und des Menschen als der ersten Bedingung ihrer Fortpflanzung. Giessen, 1844.

7) Letheby hat im Edinb. Journ., July 1852, einen nicht uninteressanten Artikel "über den Austritt der Ovula aus den Eierstöcken während der Menstruation" geschrieben, dessen Inhalt wir hier mittheilen wollen. Er hatte Gelegenheit, die Geschlechtstheile eines 27 jährigen Mädchens, welches sich selbst umgebracht, zu untersuchen. Alle Beckenorgane fand er in einem nicht geringen Congestivzustande, der Uterus war abnorm gross, in der Scheide war eine etwas serös-sanguinolente Flüssigkeit zu bemerken, das Hymen war keineswegs verletzt. Bei der angestellten Section fand er im Uterus eine saniöse Flüssigkeit; an der Oberfläche beider Ovarien bemerkte er mehrere Narben; am linken befand sich ausserdem noch ein erbsengrosser Fleck von rother Farbe mit einer gerissenen Oeffnung in seiner Mitte, die in eine kleine Höhle führte. Bei genauer Untersuchung der rothen Stelle unter dem Mikroskop bemerkte Letheby eine äussere vaskuläre, ohngefähr 34" dicke Schicht, welche - je näher der Oeffnung - desto dünner wurde; ferner zeigte sich ein dünnes Lager einer dunklen Masse und geronnenes Blut, netzartig mit Fasern durchzogen. In beiden Ovarien bemerkte er sehr viele Corpora lutea. In den Tuben war ein bedeutender Congestivzustand nicht zu verkennen, besonders wahrnehmbar aber in ihren gefranzten Enden; sie waren mit dickem blutigem Schleim angefüllt und durch denselhen ziemlich ausgedehnt. In der linken Tube fand Letheby ohngefähr 1" von ihrem Ende entfernt einen kleinen weissen blasenartigen Körper, der, was seine Grösse anbelangt, der oben erwähnten Höhlung im Eierstock vollkommen entsprach. Er war mit weissen Flecken bedeckt, welche seine genauere Untersuchung unter dem Mikroskope binderten, wie Letheby angiebt. Durch einen leichten Druck zerquetschte er ihn, wobei sich zeigte, dass er aus einer Masse von Kernzellen (musleated cells) und Oeltropfen bestand. Jedenfalls war dieses Körnchen ein Ovulum, welches zur Zeit der letzten Menstruation, 24 Tage vor dem Tode, sich losgelöst hatte. Letheby giebt auch an, er habe das in den Tuben und im Uterus enthaltene Fluidum unter dem Mikroskope untersucht. Das Contentum des Uterus bestand aus vielen Blutkörperchen, aus cylindrischem Epithelium, aus einer nicht geringen Menge granulärer Körper, aus einigen weissen Kügelchen und aus einer dicken gelatinösen

## 94 VII. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation

Flüssigkeit, welche alle die genanuten Elemente in sich vereinte. Das Contentum der Tuben war im Wesentlichen eben so beschaffen, nur war die Zahl der Blutkörperchen eine weit geringere, die Menge des Epithelium grösser und die Flüssigkeit keinesweges gelatinös, sondern serös. Nach den Mittheilungen Letheby's ist es wahrscheinlich, dass der Tod gerade erfolgt war, als der Körper eben in der Vorbereitung zur Menstruation begriffen war. - Einen anderen ähnlichen Fall hat Letheby bei einem 23 Jahre zählenden Mädchen beobachtet. In den letzten 11 Mousten ihres Lebens war sie im St. Lucas - Hospital in Gewahrsam gehalten worden, konnte daber mit keinem Manne in Berührung gekommen sein. Während der Menstruation war sie gestorben. Der Zustand ihrer Sexualorgane war ausserordentlich ähnlich dem des so eben erwähnten Mädchens. Ein im rechten Eileiter aufgefundener nadelknopfgrosser Körper zeigte bei hundertfacher Vergrösserung äusserlich eine Hülle von Kernzellchen. An dem einen Ende des Objekts war ein durchscheinender Ring bemerkbar, der eine mehr undurchsichtige Masse umschloss, in welcher ein besonders heller Fleck auffiel, Zona pellucida, Dotter und Keimscheibe. Diese beiden Beabachtungen beweisen, dass die Oyula während der Menstruation aus den Eierstöcken austreten und dass dieser Austritt spontan geschieht. d. h. dass er ohne vorhergegangenen Coitus geschieht.

8) Vielleicht auch könnte in einzelnen Fällen ein etwa vorhandener Uterus bicornis darüber Aufschluss geben. A. E. Simon Thomas beobachtete eine Verdoppelung des Uterus und der Scheide. In die rechte Gebärmutter konnte er eine Sonde 24 Zoll, in die linke nur 2 Zoll weit einführen. Bei der Menstruation floss das Blut aus beiden Ostiis uteri. Vergl. Nederl. Lanc. Nov. 1849. -Oldham erzählt einen Geburtsfall, der mit doppeltem Vorbandensein der inneren Geschlechtstheile complicirt war. Es betraf dies eine noch junge Frau, Primipara. Bei der Untersuchung kam er ohne Mühe mit dem Finger in die Scheide und fühlte etwas nach · links in der Beckenhoble einen rundlichen Körper von der Gestalt eines Kindeskopfes, welcher in einen Sack eingeschlossen war, an dem jedoch keine Oeffnung entdeckt werden konnte. Bei der äusseren Untersuchung durch die Bauchdecken hindurch fand man den Uterus von normaler Gestalt und etwas nach links gerichtet. Bei einer etwas später vorgenommenen Untersuchung entdeckte Oldham einen zweiten etwas engeren Scheideneingang, durch welchen er unmittelbar zum Kindskopf gelangte. Die Geburt verlief normal. Uterus und Scheide wurden als doppelt vorhanden gefunden, jedoch war die linke Gebärmutter besser entwickelt. Oldham theilt ausserdem noch 2 andere Fälle von doppeltem Vorhandensein des Uterus und der Scheide mit. Der eine Fall kam bei einem mit Wolfsrachen behafteten Fötus vor; den andern beobachtete er bei einer nicht schwangeren Frau. Im ersten und dritten Fall zeigten sich die Menses gleichzeitig in beiden Gebärmüttern. Obgleich bei der oben erwähnten schwaugeren Frau nur die eine Gebärmutter geschwängert war, so fehlte doch während der ganzen Schwangerschaftsdauer auch in dem andern Uterus die Menstruation, was Oldham durch den physiologischen Zusammenhang beider erklärt. Am Schluss erwähnt er noch 3 Präparate von Doppeluterus mit einfachem Cervikaltheil, welche er in einem anatomischen Museum gesehen. Auch theilt er noch 2 Fälle mit, wo der doppelte Uterus bereits im Leben diagnosticirt wurde. Der erste Fall betraf ein kaum 17 Jahre altes Mädchen mit engem Becken, der zweite aber eine Mutter von 6 Kindern. Vergl. Guy's Hosp. Rep. VI. 2. 1849.

9) Dr. Rayer will bei den Kühen eine alle Monate wiederkehrende Brunstzeit beobachtet baben, die sich durch Gefässinjektion der Scheide und durch Bildung gelber Menstruationskörper in den Ovarien kundgiebt. Er erkennt darin eine Analogie mit der Meustruation des Weibes. Vergl. Gaz. méd. 1853. Nr. 5.

10) Die Menstruation kann aber in einzelnen Fällen gänzlich fehlen. So theilt uns Oldham 2 Fälle mit, wo bei ganz gesunden Frauen die Menstruation nie eingetreten, auch eine vikariirende Secretion nie beobachtet worden war. Beide Frauen hatte er bis zu ihrem 48. Lebensjahre zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei der Inspection der Genitalien fand er diese ganz normal entwickelt; nur war in dem einen Falle der Muttermund nicht durchgängig. Beide Frauen zeigten während ihrer Ehe einen normalen Geschlechtstrieb, hatten aber keine Kinder bekommen. Vergl. Med. Times and Gaz. March 1852; desgl. Schmidt's Jahrbb. der in- und ausl, gesammten Medicin, 1853. Bd. 77. Nr. 1. S. 34. - Villartay theilt den Fall eines 17 jährigen Mädchens mit, welches in seiner grossen Zuneigung zu einem jungen Manne von den Eltern Hindernisse erfahren und seitdem die Menses verloren hatte. Für dieselben nun trat jeden Monat ein tiefer, 3 Tage lang anhaltender Schlaf ein, aus dem das Mädchen durch Nichts erweckt werden konnte. Nachdem die Krankheit (denn so ist doch wohl dieser abnorme Zustand zu nennen) über 12 Monate gedauert, holte man Villartay, welcher das Mädchen in Behandlung nahm. Er liess, als wiederum eine Schlafperiode erschien, 2 Blutegel an die Vulva setzen, nach beendigter Nachblutung wiederum 2 und so fort, um während der Menstruationszeit eine fortwährende Blutung zu unterhalten. Sein Verfahren wurde mit Erfolg gekrönt. Im darauf folgenden Monat

#### 96 VII. Dr. Alt, Ueber die Identität der Menstruation etc.

kehrte die Menstruation, welche über 1 Jahr cessirt, wieder und der Schlaf blieb aus. Vergl. Rev. méd. chir. Juill. 1849. Ich selbst kenne in Hamburg eine Dame von jetst ungefähr 45 Jahren, bei welcher die Menstruation nur einmal, und zwar kurz vor ihrer Verheirathung in ihrem 19. Jahre eingetreten und seitdem nie wiedergekehrt ist. Sie ist kinderlos, befindet sich aber stets gesund.

11) Plinius sagt: "Das Weib ist das einzige Thier, welches menstruirt, und daher findet sich auch in ihrem Uterus die sogenannte Mola, welche aus einem unförmlichen, unbelebten Stück Fleisch besteht, welches man weder stechen noch schneiden kann. Es bewegt sich und tritt dabei der Menstruation bindernd entgegen. Zuweilen wird es wie eine Frucht geboren, zuweilen ist es den Frauen todtbringend; suweilen aber auch behalten sie es jahrelang bei sich, zuweilen geht es ihnen ab, wenn ein starker Durchfall eintritt." Vergl. C. Plin. Sec. Hist. nat. lib. 28, cap. 15. — In demselben Kapitel sagt er: "Die Menstruation stellt sich alle 30 Tage ein, wird aber immer nach einem Zeitraum von 3 Monaten am heftigsten. Manche Frauen bekommen sie nur alle 2 bis 3 Monate, manche in ihrem ganzen Leben nur ein Mal."

12) Schon *Plinius* sagt, dass eine Frau am leichtesten beim Beginn und beim Aufhören der Menses concipire. Vergl. *C. Plin.* Sec. Hist. nat. lib. 28, cap. 16. Merkwürdig aber ist, dass er cap. 15. sagt, die Menstruation höre mit dem 40. Lebensjahre auf, während er doch in demselben Kapitel behauptet, die Frauen könnten noch in ihrem 50. Lebensjahre schwanger werden.

# VIII.

# Ueber die pathologische Bedeutung der Ulceration des Muttermundes, von Charles West. London 1854. 8. 95 S.

Mitgetheilt

aov

Dr. Hecker, Privatdocent in Berlin.

Der Verfasser, dessen Leistungen auf dem Gebiete der Kinderkrankheiten auch bei uns Anerkennung gefunden. hat sich in der vorliegenden Schrift die gewiss sehr dankenswerthe Aufgabe gestellt, durch genaue klinische und auf einer guten Statistik basirende Beobachtungen über die Bedeutung der Muttermundsverschwärungen für die Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten festere Anhaltspunkte aufzustellen, als man bisher, wenigstens in England, gewonnen hatte. Wenn wir diese Arbeit den Fachgenossen zur besonderen Berücksichtigung empfehlen, so geschieht dies, weil sie sich vor vielen anderen sowohl durch eine leidenschaftslose, nur auf die Sache selbst gerichtete Methode der Untersuchung, als auch durch eine höchst entsprechende Diction vortheilhaft auszeichnet. Sie würde sich deshalb sehr gut zu einer Uebersetzung eignen, und hätten wir dieselbe auch unternommen, wenn wir nicht der Meinung wären, dass für Deutschland, wo man niemals weder von dem einen Extrem, welches die Verschwärung des Muttermundes als die alleinige Quelle aller Frauenübel ansieht, noch von dem anderen, welches derselben jede Bedeutung abspricht, ausschliesslich beherrscht worden ist, eine auszügliche Mittheilung genügen müsste; abgesehen davon, dass die Form von 3 vor einer gelehrten Körperschaft gehaltenen Vorlesungen (Croonian lectures), in welche Monataschr. f. Geburisk. 1854. Bd. IV, HR. 2. 7

sie gekleidet ist, zu einer wörtlichen Uebertragung nicht auffordert.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen, die sich über das langsame Fortschreiten der Gynäkologie und dessen Ursachen, über die allgemeinen dem Uterus eignen und von seiner Lage. Structur und seinen Functionen abhängigen Praedispositionen zu Erkrankung verbreiten, bezeichnet Verfasser als den Zweck seiner Arbeit die Untersuchung, ob eine gewisse Reihe von Symptomen, welchen man sehr häufig nach Störungen in der Entwicklung und Rückbildung des geschwängerten Uterus begegnet, eine Vergrösserung des Organs, besonders des Cervicaltheils, Unregelmässigkeit der Menstruation, an Menge und Beschaffenheit vom Normalen abweichende Secretionen u. s. w., die aber auch ohne Zusammenhang mit den Generationsfunctionen ohne deutlich erkennbare Ursache auftreten, in letzterem Falle, wie von Vielen behauptet worden ist, in der Entzündung und Verschwärung des Mutterhalses eine stetige, unveränderliche Quelle haben, oder ob sie den verschiedensten Störungen ihren Ursprung verdanken, ob also die richtige Würdigung der Veränderungen am untern Abschnitte des Uterus den Schlüssel zum genauen Verständniss der Gebärmutterkrankheiten überhaupt abgiebt, oder ob man deren Werth bedeutend überschätzt hat.

Die Ulcerationen in Rede sind nach W. in der Mehrzahl der Fälle einfache oberflächliche Abstossungen des die Muttermundslippe überkleidenden Epitels, wobéi die Oberfläche der ersteren von einer hochrothen Farbe und fein granulirt erscheint. In anderen Fällen, wo die Abstossung des Epitels in geringerem Umfange stattgefunden hat, er scheint die Oberfläche von einer grossen Anzahl kleiner, oberflächlicher Ulcerationen besetzt, zwischen welchen das Gewebe gesund, oder höchstens etwas röther als gewöhnlich aussicht. Die Geschwüre des Muttermundes zeigen selten oder nie einen vertieften, mit erhabenen Rändern umgebenen Grund, sondern ihre Fläche steht entweder in oder etwas über der Ebene des umliegenden Gewebes; sie sind gewöhnlich, aber nicht constant umfänglicher an der hinteren als an der vorderen Lippe, zeigen sich zuweilen auf

die erstere, sehr selten auf die letztere beschränkt, scheinen sich vom inneren Rande des Muttermundes nach aussen zu verbreiten, und setzen sich zuweilen auf den Cervicalkanal fort, dessen Oberfläche dann, so weit sie durch das Speculum in das Gesichtsfeld gebracht werden kann, von Epitel entblösst erscheint. Was die Veränderungen des umliegenden Gewebes betrifft, so setzt sich mitunter die normale rosige Farbe desselben bis an den Rand der Verschwärung fort, während in anderen Fällen die lebhafte Röthe der ganzen Fläche den Uebergang des Gesunden in das Kranke verwischt. Gewöhnlich ist der Muttermund bei diesen Veränderungen mehr geöffnet, als im gesunden Zustande, und die innere von der Peripherie nach dem Centrum fortschreitende Verheilung wird von einer allmälig zunehmenden Verschliessung desselben begleitet; manchmal macht sich eine besondere Auflockerung des Cervicaltheilgewebes bemerklich, ähnlich der bald nach stattgefundenem Abortus oder rechtzeitiger Entbindung, wogegen es ein anderes Mal viel härter erscheint. Die Absonderung, deren Beschaffenheit wesentlichen Verschiedenheiten unterliegt, hat ihre hauptsächliche Quelle nicht in der entblössten Fläche, sondern im Cervicalkanale oder im Cavum uteri, wobei jedoch zugestanden werden muss, dass mitunter, besonders wenn die Ulceration ein deutlich granulirtes Aussehen hat, die von ihr stattfindende Secretion durchaus nicht unbedeutend ist. Die Empfindlichkeit endlich der kranken Partien ist mit Ausnahme einzelner Fälle, wo die leiseste Berührung Schmerz erregte, nicht grösser, als die der Nachbartheile.

Um nun über die Bedeutung der geschilderten Veränderungen eine Anschauung zu gewinnen, handelt es sich aunächst um die Kenntniss der Argumentation, welche zur Vertlieidigung ihres hohen Werthes angestellt worden ist. Es wird angeführt, dass die Schleimhaut des Cervix uteri bei ihrem grossen Gefässreichthum und ihrem Ueberfluss an in ihren Falten eingebetteten Schleimfollikeln, zu entzündlichen Processen sehr geneigt sei, welche Prädisposition noch durch den starken Zufluss von Blut zum Uterushalse, und durch ihre Lage, in Folge deren sie den verschiedensten Schädlichkeiten ausgesetzt ist, vermehrt werde. Diese

7•

Entzündung manifestire sich nun durch eine reichliche Schleimabsonderung aus den Cervicaldrüsen, durch Eröffnung des sonst geschlossenen Muttermundes, so wie fast immer durch eine gewöhnlich schon früh eintretende Excoriation und Ulceration desselben; hierauf entstände Anschwellung und Volumenszunahme des Cervix, die, namentlich bei Frauen, welche schon geboren haben, in Induration übergehen. Dieser Entzündung mit der begleitenden Ulceration und nachfolgender Induration des Muttermundes und Halses verdankten nun die verschiedenen Leiden der Frauen, wie Fluor Albus, unregelmässige Menstruation, Unfruchtbarkeit, häufig wiederkehrender Abortus, ihren Ursprung um so mehr, als die Ulcerationen keine Tendenz zur Heilung zeigten und nicht eher als nach Eintritt der klimakterischen Jahre der Therapie einigermassen zugänglich würden.

Nach diesem Raisonnement wäre allerdings die Bedeutung der beregten Affection in die Augen springend, die Pathologie der Uterinkrankheiten über Erwarten vereinfacht, und in Bezug auf Therapie alle anderen Mittel durch das Causticum zu einem untergeordneten Werthe herabgedrückt. Es ist daher gewiss der Mühe werth, die Richtigkeit desselben einer genauen Prüfung zu unterwerfen. Der Verfasser ordnet seine Kritik unter 4 Gesichtspunkte:

I. Ist zu untersuchen, in wieweit die Anschauung von der grossen Bedeutung der Muttermundsulcerationen mit der Anatomie und Physiologie des gesunden Uterus in Einklang zu bringen ist.

Es ist für die Neigung des Cervix zu Erkrankungen, von denen der Uteruskörper verschont bleibt, sein grösserer Reichthum an Blut, und davon abhängig seine grössere Vitalität hervorgehoben worden. Eine einfache Untersuohung der Theile im gesunden Zustande lehrt, dass diese Ansicht nicht richtig ist. Jeder weiss, dass besonders der Uteruskörper zur Zeit der Pubertät wächst, dass er zur Zeit der Menstruation eine grössere Blutzufuhr erhält, und dass seine Schleimhaut, und nicht die des Halses, das mit von ihrer Fläche abgestossenem Epitel untermischte Menstrualsecret liefert; ebenso betreffen die grossen Veränderungen in der Schwangerschaft hauptsächlich den ersteren, während sie sich bei letzteren auf die vermehrte Thätigkeit der Schleimfollikel und auf Neubildung von fibroplastischem Gewebe mit relativ sehr geringer Entwicklung von Muskelsubstanz beschränken; nach der Entbindung endlich wird die Schleimhaut des Uteruskörpers abgestossen und neugebildet, während die des Halses nur in ihren früheren gefalteten Zustand zurückkehrt; da es ferner ausgemachte Thatsache ist, dass der Cervix einen viel geringeren Grad von Empfindlichkeit besitzt, als der Körper, so ist schwer zu begreifen, wie eine geringe Abstossung der Schleimhaut eines anatomisch und physiologisch so unbedeutenden Theils zu so grossen ihr zugeschriebenen Störungen Veranlassung geben soll, wenn nicht von anderer Seite beweisendere Facta beigebracht werden können.

II. Ist eine genaue Prüfung des pathologisch-anatomischen Befundes vorzunehmen. Diese hat insofern ihre nicht unerheblichen Schwierigkeiten, als bei Zuständen, wo es sich oft nur um eine erhöhte Vascularität, eine vermehrte Turgescenz der betreffenden Theile handelt, das Charakteristische des Bildes einige Zeit nach dem Tode schon sehr verwischt sein kann. Der Verfasser theilt nun seine eignen, an 62 Leichen gemachten Beobachtungen mit, die wir nicht umhin können, hier im Detail wiederzugeben, weil ihre Resultate für den Gang der Untersuchung durobaus wesentlich sind.

Von den 62 Personen waren 13 über 45 Jahr, die übrigen 49 zwischen 15 und 45 Jahr alt; von 43 stand fest, dass sie verheirathet gewesen waren, oder wenigstens Umgang mit Männern gehabt hatten, während 19 anscheinend als Jungfrauen gestorben waren. Aus den folgenden Tabellen sind die hauptsächlichen Resultate der Untersuchung ersichtlich:

Uterus gesund in	83	Fäilen,
,, <b>kr</b> ank in	29	"
Die Krankheit bestand in Muttermundsverschwä-		
rung in	17	,, .
und zwar war diese allein vorhanden in . 11		,,
verb. mit Erkrankungen d. Uterusschleimh. in		"
"""Induration der Uteruswände in . 3		"
Latus . 17		"

		Transp.	17	Fälle
Die	Krankh.	bestand in Induration der Ute- ruswände ohne Ulceration des		
"	,,	Muttermundes in	5	"
.,		Ulceration des Os uteri in	7	"
		Zusammen	29	····· ,,

Der Muttermund war excoriirt in einem Falle von denen über 45 Jahr, und in 5 von diesen war die Schleimhaut des Uterus krank. Von den 19 Jungfrauen war bei 11 der Uterus ganz gesund, bei 8 verändert, und zwar bestand diese Veränderung 5 Mal in leichter Excoriation des Muttermundes, welche wiederum 3 Mal allein da war, in 2 Fällen dagegen mit Erkrankung des Innern der Gebärmutter sich combinirt fand; 2 Mal war das Innere des Uterus allein erkrankt, 1 Mal endlich zeigten sich seine Wände viel härter als gewöhnlich.

Hierbei ist an und für sich schon sehr auffallend, dass der Uterus unter 62 Weibern, von denen weder irgend eine an einer Uterinkrankheit gestorben noch an einer solchen behandelt worden war, in wenig mehr als der Hälfte eine vollkommen gesunde Beschaffenheit zeigte; dieser Umstand spricht jedenfalls dafür, dass viele Erkrankungen in dieser Sphäre ohne grössere Bedeutung verlaufen. Was speciell die Ulceration des Muttermundes betrifft. so wurde dieser Zustand 11 Mal ohne anderweitige Brkrankung des Uterus beobachtet. In 6 Fällen dehnte sie sich nur circa 1 Linie in die Breite aus, und war dabei die Schleimhaut des Cervicalkanals immer ganz blass und nur die der Uterushöhle in 2 Fällen von einem helleren Roth. als im Normalzustande. In den anderen 5 Fällen war die Excoriation von grösserer Ausdehnung; 1 Mal hatte sie ein gleichmässig fein granulirtes Aussehn, während sie sich in den übrigen 4 Fällen wahrscheinlich in Folge der theilweisen Zerstörung der Muttermundspapillen als eine unebene, wie zerfressene Fläche darstellte. In denselben 5 Fällen verbreitete sich die Exdoriation 4 Mal eine kurze Strecke in den Cervicalkanal hinein, während sie 1 Mal auf diesen allein beschränkt war, indem die Muttermundslippen ganz

blass und gesund erschienen und die Schleimhaut des Cervicalkanals keine andere Veränderung zeigte, als an einer Stelle der hinteren Wand von §" Breite u. 1" Länge, wo das Epitelium abgestossen war; in 3 von jenen 4 Fällen wurde ein etwas grösserer Gefässreichthum der Schleimhaut des Cervix constatirt; 1 Mal erschien derselbe geschwollen und infiltrirt, während in den anderen Fällen keine Spur einer Verdickung der Membran weder an der Stelle noch in der Umgebung der Excoriation zu bemerken war.

Nach diesen Zusammenstellungen ist der Causainexus zwischen Muttermundsexulceration und Gewebsverdichtung des Cervix, wie er angenommen wird, schon sehr zweifelhaft. Die Umstände nun, unter welchen Induration des Uteringewebes zur Beobachtung kamen, waren folgende: sie war in 9 Fällen vorhanden; unter diesen bestand sie in 5 ohne irgend eine andere Erkrankung des Uterus, in 3war sie verbunden mit Ulceration des Muttermundes, in 1 mit Erkrankung des Innern der Gebärmutter; woraus hervorgeht, dass Induration des Cervix und eines Theils des Uteruskörpers ohne ein anderes Zeichen einer früher. vorhandenen oder noch bestehenden Entzündung vorkommt. Induration des Uteringewebes und Ulceration des Muttermundes wurden 3 Mal zusammen vorgefunden; hierbei war die letztere 1 Mal nur unbedeutend, und die Innenfläche des Cervicalkanals ungewöhnlich blass, bei sehr lebhafter Injection der Uterinschleimhaut; zu gleicher Zeit war hier die Cervicalwand stark indurirt, die des Uteruskörpers viel weniger. Auffällige Verdickung des Cervix, der zugleich stark hypertrophirt erschien, kam 1 Mal zusammen mit ausgedehnter Muttermundsulceration vor; doch lehrte die Geschichte des Falles, dass umfängliche Vergrösserung des Uterus bestanden hatte, ehe von der Erkrankung des Orificium die Rede war: in einem Falle endlich war das blasse Gewebe des indurirten Cervix mit der Ulcerationsfläche durch eine deutliche, etwa 3<sup>'''</sup> in die Tiefe gehende Congestionsgrenze verbunden.

In 10 Fällen wich die Beschaffenheit der Uterinböhlens schleimhaut von der normalen ab: 8 Mal war die Erkrankung mit mässiger Mutttermundsverschwärung von gewöhn-

licher Beschaffenheit verbunden, 7 Mal dagegen fehlte letztere gänzlich. In 7 Fällen von den 10 fand sich die Uterusschleimhaut lebhaft injicirt, mehr oder weniger geschwollen und erweicht.

Diese Statistik, die Ref. mit geringen Weglassungen wiedergegeben hat, ergiebt nach dem Verfasser dentlich, dass in der grössten Mehrzahl der Fälle die vorhandenen Veränderungen am Muttermunde von unbedeutender Ausdehnung erschienen, und keine irgend deutliche entzündliche Ulceration in der Schleimhaut der naheliegenden Theile erzeugt hatten, und dass auf der anderen Seite die von den Ulcerationen abhängig gemachten Gewebsveränderungen des Uterus häufiger ohne diese als mit ihnen vorkamen; somit ist ersichtlich, dass die Annahme von dem bohen pathologischen Werthe der Muttermundsulcerationen und der Entzündung des Cervix durch die Resultate der anatomischen Forschung nicht gestützt wird.

III. Zur weiteren Entscheidung der vorliegenden Frage ist in Betracht zu ziehen, was die Erfahrung über Fälle lehrt, wo man den Verlauf und die etwaigen Folgezustände von unabhängig von anderen Uterinkrankheiten auftretenden Muttermundsulcerationen zu verfolgen im Stande ist. Die beste Gelegenheit dazu bietet sich beim prolabirten Uterus, dessen Lippen im Gegensatze zur Scheide ihre zarte Beschaffenheit behalten, und durch ihre tiefe Lage äusseren Insulten beständig ausgesetzt, fast immer in einem Zustande der Excoriation oder oberflächlichen Verschwärung gefunden werden. Diese Ulcerationen nun sind in der Regel indolent; sie behalten nach Wochen und Monaten denselben Character, den sie im Anfange hatten, und wenn sie sich auch dann und wann in die Fläche ausdehnen, so verbreiten sie sich sehr selten in die Tiefe; sie sind mitunter von einer dünnen Schicht eines gelblichen Exsudates uberzogen, viel häufiger von lebhaft rother Farbe und granulirtem Aussehn, welches so deutlich sein kann, dass die Granulationen sich genau wie hypertrophirte Papillen darstellen; gewöhnlich sind sie von einem durchsichtigen, albuminösen Secrete, welches zuweilen frei aus der Fläche hervorquillt, bedeckt, wogegen die Innenfläche des Uterus

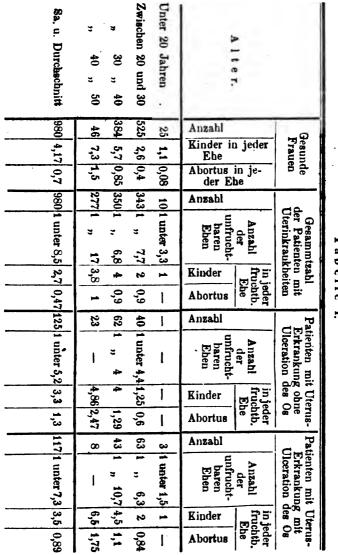
und des Cervicalkanals selten eine erhebliche Absonderung zeigt. Fast in allen Fällen von Prolapsus uteri entsteht Hypertrophie des Organs, die gewöhnlich den Hals stärker ergreift, als den Körper, und hier wiederum mehr den Längen- als den Dickendurchmesser verändert; man hat os offenbar dabei mit einer einfachen Vermehrung der Gewebselemente zu thun, da weder durch das Gesicht noch durch das Messer anderweitige Veränderungen der Theile constatirt werden können, woher es auch kommt, dass Schwangerschaft. Geburt und Wochenbett in einem prolabirten Uterus ebenso ungestört verlaufen können, wie bei normaler Stellung desselben. Es wird nun gewiss Niemand behaupten wollen, dass die Ulceration am Muttermunde einer vorgefallenen Gebärmutter von keiner Bedeutung wäre, allein gegen die Schlussfolgerung lässt sich nichts einwenden, dass, wenn diese die Ursache so vieler Störungen wären, letztere nirgends deutlicher hervortreten müssten, als gerade beim prolabirten, allen Schädlichkeiten ausgesetzten Uterus; dass diese Symptome aber weder constant, noch in irgend einem hervorragenden Grade hier zu beobachten sind, muss Jeder zugeben; die Stichhaltigkeit der Beweisführung kann freilich dadurch angefochten werden, dass man dem dislocirten Organ eine Abstumpfung gegen schädliche Einflüsse, die im Normalzustande vielleicht grössere Störungen und Gewebsalterationen zur Folge haben würden, vindicirt.

IV. Die wichtigsten Resultate endlich müssen sich aus der klinischen Beobachtung der Ulcerationen ergeben. Vorher mag hier die Thatsache constatirt werden, dass bei prostituirten Frauenzimmern, wo doch der Gebärmutterhals beständig einer localen Reizung unterworfen ist, Gewebsveränderungen dieses Organs verhältnissmässig viel seltener vorkommen, als man erwarten sollte. Der Verfasser theilt zum Belege die Resultate der Untersuchung von 40 derartigen Individuen mit. Von diesen litten 18 an Gonorrhöe allein, 10 an Gonorrhöe und Syphilis, und 12 an Syphilis allein. Bei 27 von diesen 40 ergab sich nun Muttermund und Hals ganz gesund, höchstens, und dies auch selten, waren diese Parthien etwas röther als gewöhnlich. Bei 10

von den übrigbleibenden 13 bestand eine ganz oberflächliche, nicht mehr als eine Linie breite, den Muttermund ganz oder theilweise umgebende Excoriation ohne alle weitere Gewebsveränderung. Die letzten 3 endlich zeigten eine etwas ausgedehntere, den Umfang eines Drittel Zolls einnehmende Abschürfung. In keinem der 40 Fälle fand sich eine Erkrankung, die den Namen Induration verdient hätte. Aus diesem Befunde geht hervor, und soll weiter nichts gefolgert werden, als dass die Empfänglichkeit des Cervix gegen locale Beleidigungen im Ganzen überschätzt worden ist, für die Beantwortung der Frage in Rede resultirt daraus Nichts. Die klinischen Beobachtungen des Verfassers basiren nun auf einem Material von 1226 Fällen, von denen 300 klinische und 926 poliklinische Patienten waren; wenn auch die letzteren kein Resultat in Betreff der Behandlung abgeben können, so garantiren doch die genau geführten Krankengeschichten für die Glaubwürdigkeit der vorerwähn-Von diesen 1226 fand sich ten Krankheitserscheinungen. bei 268 der Gebrauch des Speculum gerechtfertigt, und hierbei ergab sich 143 Mal der Muttermund gesund und 125 Mal ulcerirt. Mit diesem Material wird nun die Frage über die Bedeutung der Muttermundsulcerationen nach den verschiedensten Seiten hin beleuchtet, und zunächst untersucht, ob Störungen in der wichtigsten Function des weiblichen Generationsapparates, der Erhaltung der Gattung, also absolute Unfruchtbarkeit, geringe Fruchtbarkeit oder häufiger Abortus mit jenem Leiden im Zusammenhang steht oder nicht.

Zur übersichtlichen Darstellung dieses Verhältnisses dient die folgende Tabelle; sie enthält in der ersten Abtheilung die Anzahl von Schwangerschaften, die ihr Ende erreichten, so wie die Anzahl Fehlgeburten auf jede Ehe bei 980 verheiratheten Frauen verschiedenen Alters; die zweite zeigt dieselben Data bei 980 über 1 Jahr verheiratheten Frauen, welche in der Schwangerschaft an irgend einem Uterinleiden behandelt wurden, und giebt zugleich die Fälle absolut unfruchtbarer Ehe an. Die dritte weist dasselbe nach an 125 von den obigen 980 Personen, bei welchen die Untersuchung mit dem Speculum einen gesun-

den Muttermund ergab, während die vierte sich auf 117 Patienten aus derselben Zahl bezieht, wo der Muttermund ulcerirt gefunden wurde.



Tabelle

Diese Tabelle, in welcher die Zahl der unfruchtbaren Ehen offenbar zu hoch angegeben ist, weil die Fälle mit eingerechnet sind, wo die Frau erst 2 Jahre und länger nach der Hocheit concipirt, zeigt auf das deutlichste die grosse Verminderung der Fruchtbarkeit bei Frauen, die an Krankheiten der Generationsorgane leiden; ebenso deutlich aber auch, dass dieser Umstand nicht allein nicht stärker, sondern entschieden weniger bei der Combination mit Muttermundsulcerationen hervortritt, als ohne diese, und dass andere Ursachen, z. B. Ovarienkrankheiten, Geschwülste des Uterus u. s. w. einen ungünstigeren Einfluss auf die weibliche Fruchtbarkeit ausüben, als die verschiedenen Erkrankungen des Cervix und Os uteri, was aus einer Vorgleichung der 4ten mit der 3ten Abtheilung hervorgeht. Somit muss irgend eine besondere schädliche Wirkung der Ulcerationen auf die Fruchtbarkeit des Weibes entschieden in Abrede gestellt werden.

Auf der anderen Seite scheint in so fern ein Connex zwischen der Blüthe der Geschlechtsperiode und dem Bestehen von Muttermundsulcerationen nicht weggeleugnet werden zu können, als die nachfolgende Tabelle ergiebt, dass, während 43% der Fälle, wo letztere Affection vermisst wurde, nach dem 35sten Jahre fallen, nur 13% davon, wo sie bestand, nach diesem Alter angetroffen wurden.

Alter.	Ulceration	
Alter.	fehlend	vorhanden
Unter 20 Jabren Zwisch. 20 u. 30 Jabren "30 "35 " "35 "40 " "40 "50 " "50 "60 " Ueber 60 Jabre	0 47 36 31 23 3 2	4 69 35 9 8 0
	142	125

Tabelle II.

Von der 1. Klasse waren 9 ledig, 3 noch nicht 1 J. verheirathet, ,, ,, 2. ,, ,, 6 ,, 2 ,, ,, 1 ,, ,,

Forscht man nach den Ursachen, welche für die Uterinbeschwerden angegeben werden, so ergiebt die folgende Tabelle eine völlige Identität derselben, ob Muttermunds-Ulceration vorhanden ist, oder nicht.

	Ulceration			
Ursachen.	fehlend		vorhanden	
	Anzabl	Procent	Anzahl	Procent
Keine angegeben Von den übrigen: Ehe Schwangerschaft Fehlgeburt Bäugegeschäft Gonorrböe oder Syphilis Uuregelm. Menstruation Entzündung des Uterus oder der andern Un- terleibsorgane Operationen an Verlez- sungen oder Krank- heit des Uterus Sitsende Lebensweise . Andere Ursachen . , ,	55 88 10 3 17 27 2 13 3 1 7 2 3	38,4 61,6 11,3 3,4 19,2 30,7 2,2 14,7 3,4 1,1 7,9 2,2 3,4	41 84 7 2 16 32 3 11 0 3 4 3 3	32,8 67,2 8,3 2,3 19 38 3,5 13 0 3,5 4,7 3,5 3,5
	88	99,5	84	99,3

Tabelle III.

Noch ein anderer Punkt ergiebt keinen Unterschied zwischen den Uterinkrankheiten ohne Ulceration und denen mit solcher; während nämlich von ersteren 46% innerhalb eines Jahres nach dem Beginn der Krankheit im Hospital Hülfe suchten, so geschah dies von letzteren bei 43%; unter beiden Umständen schienen also die Kranken in gleicher Weise zu leiden, und durch die Gegenwart der Ulceration wurden die Symptome nicht verschlimmert. Hierzu folgende Tabelle:

# Tabelle IV.

Dauer der Krankheit beim Beginne der Behandlung.

	Ulceration			
Dauer.	feblend Anzahl   Procent		vorhanden Anzahl   Procent	
Unter 1 Monat Zwischen 1 u. 3 Mon. "3 "6 "9 "9 "12 " "12 "18 " "12 "18 " "18 M. u. 2 J. "2 u. 3 Jahren "3 u. 5 " "5 u. 10 " 10 Jahre und darüber.	7 14 27 10 6 8 11 12 16 15 10	5,1 10,2 19,1 7,3 4,4 5,8 8,8 11,7 11 7,3	7 15 13 7 14 6 9 16 19 10 2	5,9 12,7 11 5,9 11,8 5 7,6 13,5 16,1 8,4 1,6
	136	98,7	118	99,5

Wichtige Anhaltspunkte müssen sich ferner aus einer vergleichenden Betrachtung der Menstrualanomalien in den beiden oft erwähnten Klassen gewinnen lassen. In der nächsten Tabelle sind die hierher gehörigen Data zusammengestellt.

Ň

	Ulceration					
Menstruation.	fehl	lend	vorhanden			
	Anzahl Procent		Anzahl	Procent		
Regelmässig Verschwunden in Folge	52	37,6	36	30		
der Involution In den übrigen Fällen: Unterdrückt durch Lac- tation oder Schwan-	8 78	5, <b>7</b> 56, <b>9</b>	84	70		
gerschaft Unterdrückt Unregelmässig	6 2 5	7,6 2,5 6,4	13 1 5	15,4 1,1 5,9		
Spärlich oder postponi- rend Schwangerschaft Profus od. ant-ponirend	10 17 30	12,8 21,7 38,4	12 9 37	10,7 10,7 44		
Immer anomal in irgend einer Beziehung	8	10, <b>2</b>	7	8 <b>,3</b>		
<u>wi </u>	78		84			
Zusammen	138	<b>99,6</b>	120	99,6		

Tabelle V.

Diese Tabelle bedarf keines Commentars; sie zeigt keine anderen Differenzen, als solche, welche sich auf eine grössere Thätigkeit des Sexualsystems bei vorhandenen Muttermundsulcerationen beziehen; so sind hier Schwangerschaft und Lactation häufiger, ebenso wie profuse und zu häufige Menstruation, während sparsame, unregelmässige, unterdrückte oder schmerzhafte Periode seltener vorkommen.

Noch eine andere Vergleichung zwischen beiden Klassen mag hier ihre Stelle finden. Es ist bekannt, dass unter die constantesten und characteristischsten Symptome der Ulcerationen des Muttermundes der Fluor albus, dessen Secret entweder von der kranken Fläche selbst, oder von

### 112 VIII. Dr. Hecker, Ulceration des Muttermundes.

dem entzündeten Cervicalkanal geliefert werden soll, gerechnet wird. Die nächste Tabelle giebt darüber Aufschluss, ob dieser Zustand sich häufiger und intensiver dabei vorfindet, als in Fällen, wo die Ulceration fehlt.

	Ulcersfion					
Fluor Albus	fehl	lend	vorhanden			
	Anzahl	Procent	Anzabl	Procent		
Fehlend	13 125	10,4 89,6	5 115	4 96		
Die Owent munde he	<b>13</b> 8	100	120	100		
Die Quant. wurde be- stimmt in Fällen Von diesen war er	100	<b>80,4</b>	68	59,1		
profus in	38 21	37,6	30	44,1		
spärlich " mässig "	42	20,7 41,5	10 · 28	14,7 41,1		
	101	99,8	68	99,9		
Die Quelle bestimmt in Aus dem Uterus	80	67,5	53	62,3		
, der Vagina " " beiden "	54 19 7	23,7 8,7 —	6 8	62,3 7 9		
	80	99,9				
Von der ulcerirend. Fläche	12					
27 28 29 29	baren G allein	• • • • •	6	-		
			85	99,8		

Tabelle VI.

Diese Tabelle zeigt deutlich genug, einmal dass Fluor albus nicht abhängig ist von irgend einem Zustande des Uterus, der nothwendig Ulceration des Muttermundes in

### VHL Dr. Hecker, Ulceration des Muttermundes, 11\$

seinem Gefelge hat, oder der selbst eine Folge dieser Veränderung ist, ferner aber, dass das Secret in keinem erheblichen Grade von der kranken Fläche geliefert wird. Denn in 67 Fällen von 85, wo die Quelle der Secretion durch das Speculum entdeckt werden konnte, oder in 78,8% wurde kein erhebliches Secret von der ulcerirten Fläche abgesondert, während die Fälle, wo die letztere die einzige Quelle der Absonderung zu sein schien, nur 7% der ganzen Anzahl betrugen.

Endlich bleibt noch übrig, den Zustand des Uterus in beiden Classen einer vergleichenden Untersuchung zu unterwerfen.

Beschaffenbeit	Ulceration				
des Uterus,	fehl	end	vorhanden		
0 001 05.	Anzabl	Procent	Anzahl	Procent	
Uterus anschein. gesund	<b>2</b> 9 <sup>·</sup>	20,8	36	30	
"krank	110	79,2	84	40	
In veränderter Lage: .	36	32,7	31	36,9	
Tiefersteh. als gewöhnl.	28	25,4	21	25	
Retrovertirt od. retroflect.		2,7	5	7,9	
Antevertirt od. anteflect.	3 5	4,6	5	7,9	
Sein Körper vergrössert:	30	27,2	36	42,8	
Körper allein	20	18,1	12	14,2	
Hals oder Mund gleich- falls vergrössert oder indurirt Hals oder Mund ver-	10	9	24	23,5	
grössert oder indurirt			4.77		
oder beides	44	40	47	55,9	
Hals oder Mund allein .	34	30,9	23	27,3	
Körper gleichfalls	10	9	24	28,5 •	
Orificium mehr od. we- niger hyperämisch . Uterus dabei anderwei-	58	52,7	.—	_	
	20	18,1	_		
tig gesund Uterus vergrössert	9	8,1			
Uterus dislocirt	12.	10,9	_		
		10,0			
Cervix oder Os vergrös- grössert oder indurirt	17	15,4	-	-	

Tabelle VIL

Nonaisschr, f. Geburisk, 1884. Bd. IV. Hft. 2.

8

#### 114 VIII. Dr. Hocker, Ulceration des Muttermundes.

Auch diese Tabelle weist die allgemeine Uebereinstimmung zwischen den beiden Klassen nach; sie zeigt aber auch, dass Vergrösserung des Uteruskörpers, so wie Vergrösserung oder Induration seines Halses viel häufiger in Verbindung mit Ulceration des Muttermundes beobachtet wurden, als unabhängig davon. Indessen sind die Ausnahmefälle viel zu zahlreich, um den Schluss zu rechtfertigen, dass letzterer Zustand gewöhnlich die Ursache zu ersterem abgäbe. Ueberdies war in zwei Drittheilen der Fälle, wo Ulceration fehlte, und in einem Drittheil, wo sie vorhanden, die Vergrösserung auf den Uteruskörper beschränkt, ein Resultat, welches mit der Erfahrung, dass ein physiologisch so wichtiges Organ auch häufiger den Sitz der Erkrankung abgiebt, oder wenigstens ihren gewöhnlichen Ausgangspunkt bildet, übereinstimmt. Nach den Daten der Tabelle erscheint es ausserdem zweifelhaft, ob wirklich zwischen Ulgeration des Os und Induration des Cervix ein constantes Verhältniss von Ursache und Wirkung existirt, da letztere in 40% der Fälle vorhanden war, wo erstere fehlte; auch müsste dann offenbar die ausgedehnteste Ulceration immer zusammen mit der stärksten Hypertrophie und beträchtlichsten Induration vorkommen, womit die in den folgenden Tabellen enthaltenen Ergebnisse nicht übereinstimmen.

Ulceration.	Einfache Excoriation		Granulation		Beide Zustlinde	
	Anzabl	%	Anzahl	%	Ansahi	%
Der vorderen Lippe	5	4,1	-	-	5	4,1
"hinteren "	11	9	4	3,3	15	12,3
Beider Lippen	57	47,1	44	36,3	101	8 <b>3,4</b>
	73	60,2	48	39,6	121	<b>99,</b> 8

Tabelle VIII.

Ulceration.	Einfache Excoriation		Granulation		Beide Zustände	
	Anzahi	%	Anzahi	%	Anzahl	%
Geringfügig	31	25,6	15	14,4	46	<b>3</b> 8
Von mässiger Aus- dehnung	33	27,2	26	21,2	59	48,4
Von bedeutender Ausdehnung	9	7,4	7	5,7	16	13,1
	73	60,2	48	39.3	121	99,5

Tabelle IX.

Hierzu ist zu bemerken, dass diejenigen Excoriationen als geringfügig bezeichnet worden sind, welche sich nicht in den Cervicalkanal hinein erstreckten, und den Muttermund nicht über eine Linie im Umfange umgaben, als mässig die, welche, an einer oder beiden Lippen, eine Fläche von 2 bis 3 Linien Umfang einnahmen, und als bedeutend die von grösseren Dimensionen.

Hier liegen also 46 Fälle vor, wo die Ulceration als geringfügig bezeichnet werden musste, und für diese ergab die Nachforschung, dass bei 25 unter ihnen eine mehr oder weniger bedeutende Induration oder Vergrösserung der Lippen oder des Halses des Uterus vorfindig war. Gegentheilig ergaben die 16 Fälle bedeutender Ulceration, dass unter ihnen bei 9 weder eine Induration noch Vergrösserung des Cervix oder Muttermundes bestand, was aus der folgenden Tabelle ersichtlich ist.

8\*

# 118 VIII. Dr. Hecker, Ulceration des Muttermundes.

noch andere ätiologische Momente für das Zustandekommen der dem Erkranken des Cervix und der Ulcerationen beigemessenen Symptome hervor, wie z. B. die Genorrböe, welche gewöhnlich auf die Scheide beschränkt, nach ihm in einzelnen seltenen Fällen auf die Schleimhaut der Blase, des Uterus übergreift, und selbst das Bauchfell in Mitleidenschaft zieht; und sucht an ihnen seine Ansicht durchzuführen, dass es immer die überhaupt reichlicher und öfter als die Cervicalschleimhaut secernirende Innenfläche des Uteruskörpers ist, welche den Ausgangspunkt der vielfach besprochenen Erscheinungen bildet.

Es muss nun mit Recht gefragt werden, ob denn überhaupt den sogenannten Muttermundsulcerationen jegliche Bedeutung abgesprochen werden darf. Verfasser ist durchaus nicht dieser Meinung. Wie er in einem Falle geschen hat, dass durch Einlegung von Pressschwamm, also durch eine rein mechanische Irritation, unter einem lästigen Gefühl von Jucken, eine umfängliche Epitelialabstossung am Muttermunde und im Cervicalkanal, und in Folge dessen eine reichliche, glasige Absonderung von der ihrer Decke beraubten Fläche hervorgerufen wurde, welche erst 3 Tage nach Entfernung des fremden Körpers aufhörte, so giebt er zu, dass mitunter Fälle vorkommen, wo man ohne jede nachweisbare Erkrankung des Uterus das Orificium roth. granulirt, leicht blutend und ein glasiges Secret liefernd antrifft, oder wo sogar ein vollständiges Geschwür mit scharfen Rändern und einem schmutzig gelben Belage vorhanden ist; der erstere, granulirte Zustand, welchen er auf Hypertrophie der Papillen\*) zurückgeführt wissen will. hat für ihn eine unverkennbare Aehnlichkeit mit der granulösen Ophthalmie der Neugebornen. Auch erwähnt er noch einer anderen rein auf das Orificium beschränkten Erkrankung, welche von Boioin und Dugès unter dem unpassenden Namen granulöser Metritis beschrieben worden ist. Entweder besteht dieser Zustand in auf beiden Lippen

<sup>•)</sup> Bei Erwähnung dieser Papillen setst der Verfasser dem verstorbenen Fraus Kilian, als dem Entdecker derselben, ein sehr schönes Denkmal.

stehenden, zahlreichen, harten, gewöhnlich von Epitelium entblössten miliaren Hervorragungen, welche auf Druck eine kleine Menge eitrigen Schleims entleeren, und wahrscheinlich hypertrophirte Follikel sind, oder aus einer Anzahl kleiner, weicher, sehr gefässreicher, leicht blutender Erhabenheiten (nach Robin kleine hypertrophische Punkte der Schleimhaut). Zweifelsohne kommt in beiden Fällen ein mitunter sehr profuser Fluor albus, begleitet von einem brennenden, schmerzhaften Gefühl zu Stande, und eine locale Behandlung hat hier die augenfälligsten Erfolge aufzuweisen, die der Verfasser weit entfernt ist nicht anerkennen zu wollen. Ausser diesen, gewiss seltenen Fällen kommen endlich Zustände vor, wo nach Ablauf der Grunderkrankung die Ulceration des Muttermundes gewissermassen selbstständig fortbesteht, das Uebelbefinden, die schleimige, selbst leicht blutige Ausscheidung, damit eine beständige Neigung zu Uterincongestionen unterhält, woraus sich schliesslich eine alimälige Volumenszunahme des Cervix entwickeln kann. Dass dieser Vorgang jedoch einer Meinung, wonach die Erkrankung des Cervix der Anfang und das Ende aller Uterinpathologie sein soll, nicht das Wort redet, liegt auf der Hand.

Am Schlusse seiner Betrachtungen wendet sich der Verfasser zur Therapie. Die auffallend günstigen Heilresultate, deren sich die Aerzte, die ihre Aufmerksamkeit ausschliesslich der Ulceration zuwenden, rühmen, sucht er dadurch zu erklären, dass ausserdem immer noch eine Menge auf den Verlauf der Krankheit günstig einwirkender allgemeiner Massregeln getroffen werden, nur mit dem Unterschiede, dass man solche Vorschriften, die an und für sich schon heilen, nur als die nothwendige Bedingung für den Erfolg des souveränen Causticum den Patienten empfiehlt, und bei der Schwierigkeit der Beurtheilung von therapeutischen Wirkungen ist es dann leicht, diesem einen Erfolg zuzuschreiben, den es mit den anderen Mitteln mindestens zu theilen hat.

Die an und für sich ziemlich harmlese Werthüberschätzung eines Heilmittels hat nun aber nach der Ansicht des Verfassers im concreten Falle positive Nachtheile. Sie betreffen zunächst das Object; denn durch die wiederholten

### 120 VIII. Dr. Hecker, Ulceration des Muttermundes.

Manipulationen wird die Aufmerksamkeit der Frau auf die Genitalsphäre in einer ungebührlichen und oft auf ihren geistigen Zustand sehr schädlich einwirkenden Weise gelenkt, und der Grund zu späterer hartnäckiger Hypochondrie und Ueberschätzung ihres Leidens gelegt.

Diese Uebelstände sind dadurch in wahren Nachtheil umgeschlägen, dass man statt des gewöhnlich in Gebrauch gezogenen Lapis infernalis viel stärkere Caustica, namentlich das Kali causticum, dessen schädliche Wirkungen nur zu bekannt sind, bei vergrössertem Uterushalse in Anwendung gezogen hat, denn nicht nur, dass direkt nach der Application oft stürmische Erscheinungen eintreten, so wird die Kranke hierdurch auf Wochen an das Bett gefesselt, und muss ein oft noch grösseres Uebel, nämlich allmälig entstehende Zusammenziehung und schliessliche Obliteration des Cervicalkanals in den Kauf nehmen; dies ist aber um so trauriger, als es sich um ein Mittel handelt, dass nach dem Verfasser entweder nicht am Platze, oder überflüssig ist.

Die Nachtheile betreffen aber auch den Arzt und die Wissenschaft; jener sieht schliesslich nichts mehr als Muttermundsulcerationen, und die Einseitigkeit des Causticum führt ihn, indem sie ihn verhindert, in der Erkenntniss der Uterinkrankheiten weiter fortzuschreiten, zum Empirismus; diese wird in ihrer Entwicklung zurückgehalten, denn ebenso wie in Frankreich der Fortschritt derselben durch den langwierigen Streit über die Bedeutung der Gastro-Enteritis aufgehalten worden ist, so hat auch die Controverse über die Muttermundsulcerationen bewirkt, dass man darüber an vielen wichtigen Fragen der Uterinpathologie stillschweigend vorübergegangen ist, ohne ihre Lösung auch nur zu versuchen.

Dies ist der wesentliche Inhalt des vorliegenden Werkes. Referent hat es absichtlich unterlassen, denselben mit kritischen Bemerkungen, zu denen sich an manchen Stellen Gelegenheit geboten hätte, zu begleiten, weil er glaubte, dadurch den Eindruck einer Arbeit zu stören, welche nach seiner Ansicht in Anbetracht ihrer echt naturwissenschaftlichen Färbung, ihrer durchaus objectiven Haltung und der Eleganz ihrer Form Vielen zum Vorbild dienen könnte.

## IX.

# Die geburtshülsliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

Dritter Bericht,

### den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,

von

Dr. Busch.

#### (Fortsetzung.)

c) Stirnlagen kamen 2 Mal vor. In beiden Fällen wurden die Kinder lebend geboren; und zwar das eine durch die Kraft der Natur, das andere durch Anwendung der Zange.

d) Steisslagen kamen bei 119 Geburten vor, von denen 73 ohne alle Kunsthülfe allein durch die Kraft der Natur beendigt wurden. Bei 46 Steissgeburten wurde jedoch Kunsthülfe erfordert, und zwar 16 Mal die Extraction, womit 4 Mal die Entwicklung des Kopfes durch die Zange verbunden war; 3 Mal Entwicklung des Kopfes durch die Zange, nachdem die Kinder bis dahin durch die Natur geboren waren; 27 Mal leichte manuelle Hülfe bei Entwicklung der Arme und des Kopfes. Die Indikationen zu den Kunsthülfen gaben 10 Mal Wehenschwäche und daraus entstehende Gefahr für das Leben des Kindes; 4 Mal Vorfall der Nabelschnur; 2 Mal Metrorrhagie; 1 Mal Beckenbeschränkung; 1 Mal besonders starke Entwicklung des Kindes über 9 Pfund. Die Indikationen zu den manuellen Hülfen wurden theils durch ungünstige Lagerung der Arme, theils durch Zögerung der Entwicklung des Kopfes in Folge ungünstiger Stellung oder unzureichender Wehenthätigkeit gegeben. --- Von den Kindern wurden 96 lebend und 23

### 122 IX. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

todt geboren; von den letzteren waren 6 nicht lebensfähig; 6 längere Zeit vor der Geburt abgestorben; 2 waren lange Zeit mit dem Rumpfe geboren, ehe ärztliche Hülfe hinzugerufen wurde; bei 2 war die Nabelschnur vorgefallen; 1 wurde durch Selbstentwicklung geboren, nachdem sich aus der Steisslage eine Seitenbauchlage gebildet hatte.

e) Nur 1 Mai stellte sich ein Kind in der Knielage zur Geburt; wegen vorhandener Wehenschwäche wurde die Extraction gemacht und das Kind lebend geboren.

f) Fusslagen, vollkommene und unvollkommene zusammen, fanden sich bei 78 Geburten, von denen 36 durch die Kraft der Natur und 42 durch Kunsthülfe beendigt wurden. Diese letztere bestand 25 Mal in der Extraction, zu welcher in 5 Fällen die Application der Zange kam; 3 Mal in der Entwicklung des Kopfes mit der Zange, nachdem der Rumpf durch die Natur geboren war, und 14 Mal in manueller Hülfe bei Entwicklung der Arme oder des Kopfes, welche letztere durch ungünstige Lage der Arme oder zögernde Entwickelung des Kopfes, welcher jedoch kein bedeutendes Hinderniss im Wege stand, bedingt wurde. Die Indikationen für die anderen Kunsthülfen waren: 13 Mal Vorfall der Nabelschnur; 1 Mal Placenta praevia; 3 Mal Beckenbeschränkung und 11 Mal Wehenschwäche. - 48 Kinder wurden lebend und 80 todtgeboren; von diesen letzteren waren 7 noch nicht lebensfähig, 4 schon längere Zeit abgestorben und trugen Zeichen der begonnenen Fäulniss, 1 war Hemicephalus und 1 war lange Zeit mit dem Rumpfe geboren, ehe die nöthige ärztliche Hülfe herbeigeholt wurde. Die übrigen Kinder fanden ihren Tod unter der Geburt, welche bei einigen durch Vorfall der Nabelschnur complicirt war.

12. Vorlage von Extremitäten neben dem Kopfe.

Neben dem Kopfe bei Kopflagen der Kinder fand sich in 161 Fällen ein Arm, in 1 Falle beide Arme, und in 1 Falle ein Fuss liegend, es war also 163 Mal regelwidrige Haltung des Kindes vorhanden. In einer Reihe von Fällen war der Arm so weit vorgeschoben, dass er den Kopf überragte, in einer andern Reihe lag nur eine Hand an einer Backe, am Gesichte, am Nacken. 153 dieser Geburten wurden

### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität za Berlin. 123

allein durch die Kraft der Natur beendigt, wobei der Mechanismus der Geburt der Art war, dass der Kindeskörper in den Fällen, in welchen der vorliegende Arm der vordern Beckonwand zugekehrt war, eine Drehung der Längsachse machte, so dass dieser Arm nach hinten, dem Kreuzbeine zugewendet und über den Damm entwickelt wurde. Es wendete sich somit bei der ersten Schädellage das Gesicht nach der Geburt des Kopfes dem linken Schenkel der Mutter, und bei der zweiten Schädellage dem rechten Schenkel der Mutter zu. Nur in wenigen Fällen und zwar bei sehr günstigem Verhältnisse zwischen dem Umfange des Kindeskopfes und der Räumlichkeit des Beckens wurde der vorliegende Arm ohne Drehung des Kindes um seine Längsachse unter dem Schambogen geboren. - Bei 8 Geburten wurde Kunsthülfe angewendet, und zwar gelang es 2 Mal den vorliegenden Arm durch vorsichtiges Aufwärtsschieben zu reponiren; 3 Mal wurde der Kopf mit der Zange entwickelt, wozu in einem Falle Vorfall der Nabelschnur die Indication gab, und 1 Mal wurde die Wendung auf die Füsse und Extraction ausgeführt, ebenfalls wegen Vorfall der Nabelschnur. Vorfall beider Arme kam bei einem 7monatlichen bereits todten Kinde vor, dessen Kopf noch in der 4ten Lage stand; die Geburt musste mit der Zange beendet werden. - Im Jahre 1846 wurde bei einer Geburt der rechte Fuss neben dem Kopfe liegend gefunden. Der ganze Rumpf der achtmonatlichen todtfaulen Frucht war über den Rücken zusammengebogen, und der rechte Fuss mit den Zehen nach hinten gewendet lag mehr in der rechten Beckenhälfte. Der Kopf hatte die erste Lage, die Kopfschwarte war beutelartig, die Kopfknochen lose und leicht verschiebbar. Der rechte Fuss wurde herabgezogen und daran das Kind extrahirt.

### 13. Regelwidrige Kindeslagen.

Es wurde überhaupt bei 100 Geburten eine regelwidrige Kindeslage gefunden, so dass also bei 6109 bestimmten Kindeslagen die 61ste eine regelwidrige war. Von den regelwidrigen Lagen waren 92 Schulterlagen oder Seitenbrustlagen, 2 hohe Schieflagen, 1 Rückenlage, 1 Brustlage,

#### 124 IX. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

1 Bauchlage, 1 Seitenbauchlage, 2 hohe Querlagen. Bei 90 Geburten wurde die regelwidrige Kindeslage durch Kunsthülfe in eine günstigere umgewandelt, und zwar 1 Mal durch die Wendung auf den Kopf und 89 Mal durch die Wendung auf einen oder beide Füsse. Zur Ausführung dieser Operation musste bei einem Kinde vorher die Exenteration der Brusthöhle vorgenommen werden. In 2 Fällen wurde der interessante Vorgang der Selbstwendung erster Art beobachtet, indem bei noch stehendem Fruchtwasser das eine Mal eine Seitenbrustlage und das andere Mal eine hohe Querlage in Steisslagen übergingen. In 8 Fällen endlich wurden die Kinder durch Selbstentwicklung geboren, und zwar waren 4 derselben längere Zeit abgestorben, 2 nicht lebensfähig; 2 aber kamen lebend zur Welt; diese letzten waren schwach entwickelte Zwillinge. Die Kindeslagen bei dieser Art der Geburt waren 6 Mal Schulterlagen, 1 Mal Rückenlage und 1 Mal Seitenbauchlage. - 64 Kinder kamen bei dieser Geburt lebend und 36 todt zur Welt: von diesen letzteren waren 5 noch nicht lebensfähig, 14 vor der Geburt und 17 unter der Geburt gestorben. Rechnet man also die vor der Geburt gesterbenen und die nicht lebensfähigen Kinder ab, so wurde das 5te Kind todtgeboren. - Von den Entbundenen starben 4 im Wochenbett.

### 14. Vorfall der Nabelschnur.

Es waren überhaupt 83 Geburten durch Vorfall der Nabelschnur complicirt, und zwar betrafen dieselben 16 Mal Erstgebärende und 67 Mal Mehrgebärende, eine neue Bekräftigung der Erfahrung, dass dieser übele Zufall bei Erstgebärenden verhältnissmässig sehr selten angetroffen wird. Der Vorfall der Nabelschnur kam 45 Mal bei Kopflagen vor; 4 Mal bei Steisslagen; 1 Mal bei einer Knielage; 16 Mal bei Fusslagen und 17 Mal bei regelwidrigen Lagen des Kindes. Es wurden dabei 47 Kinder lebend und 36 todtgeboren; 2 derselben waren nicht lebensfähig; 2 wurden durch Kephalotripsie, 1 durch Perforation und 1 durch Exenteration der Brusthöhle geboren; bei 1 fand die Selbstentwicklung statt. Es starben somit nur 29 allein durch den Vorfall der Nabelschnur.

# Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin.

Was die Art des Geburtsverlaufes betrifft, insofern dieselbe Kunsthülfe erforderte oder nicht, und welcher Art die Hülfe gewesen ist, zeigt übersichtlich die folgende Tabelle:

	Natur ohne Reposition der Nabelschnur Natur nach Reposition der Nabelschnur Zange ohne Reposition der Nabelschnur Extraction ohne Reposition d. Nabelschnur Extraction u. Zange ohne Reposition der Nabelschnur Nabelschnur Extraction u. Zange ohne Reposition der Nabelschnur Nabelschnur Nabelschnur Extraction und Extraction Wendung, Extraction und Zange Accouchement forcé Exenteration der Brusthöhle und Wendung Perforation des Kopfs und Zange Kephalotripsie	
14		1848.
18		1548.
11	()	1544.
14 18 11 17 12 11		1845.
12		1846.
11	011111-0-101010	1947.
47		Lebend- geborene Kinder.
36	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	Todt- geborene Kinder.
6		Gestorbene Wöchne- rinnen.

125

# 126 IX. Dr. Busch, Die geburtskülfliche Klinik an der

Folgende durch Vorfall der Nabelschnur complicirte Geburten verdienen eine nähere Erwähnung.

1842. 1) Bei einer Mehrgebärenden von 85 Jahren fiel mit dem Blasensprunge eine Schlinge der Nabelschnur neben dem in der 2ten Lage stehenden Kindeskopf vor, und wurde nach kurzen Bemühungen mit der Hand reponirt. Da indess das Becken durch Rhachitis beschränkt war, und den Durchtritt des Kopfes hemmte, wurde letzterer mit der Zange entwickelt. Das Kind wurde lebend geboren.

2) Bei einer Mehrgebärenden von 30 Jahren gelang es die neben dem in der 1sten Lage stehenden Kindeskopf vorgefallene Nabelschnur zu reponiren. Die Geburt nahm indess bei andauernder Wehenschwäche einen so langsamen Verlauf, dass sie aus Rücksicht für das Kind mit der Zange beendet wurde. Das Kind kam dennoch todt zur Welt.

3) Bei einer Zweitgebärenden von 28 Jahren fühlte man in der geschlossenen Blase die pulsirende Nabelschnur vor dem Kindeskopfe liegen. Als der Muttermund vollständig eröffnet war, wurde die Blase gesprengt und die Nabelschnur mit der Hand hinter den Kopf zurückgeschoben, welcher darauf aus der 4ten in die 1ste Lage übergehend in das Becken trat. Grosse Wehenschwäche, welche auch durch Secale nicht gehoben wurde, machte die künstliche Beendigung der Geburt durch die Zange nöthig. Das Kind wurde lebend geboren.

4) Nach Reposition der Nabelschnur wurde auch bei einer Mehrgebärenden von 39 Jahren der in der 1sten Lage stehende Kindeskopf mit der Zange entwickelt und das Kind lebend geboren.

5) Bei einer Mehrgebärenden von 29 Jahren fiel mit dem Blasensprunge eine Schlinge der Nabelschnur neben dem in 1ster Lage stehenden Kindeskopf vor, und wurde sogleich mit der Hand reponirt. Da die Geburtsthätigkeit sehr kräftig entwickelt war, überliess man dass Weitere der Natur, welche auch in Kurzem, die ganze Geburt dauerte 6 Stunden, ein zwar asphyktisches, aber bald belebtes Kind ans Licht förderte.

6) Bei einer Mehrgebärenden von 35 Jahren fiel die Nabelschnur neben dem Kopfe in 1ster Lage vor, und wurde mit der Hand reponirt. Sewohl die folgende Wehenschwäche, welche weder durch Secale noch Borax genügend beseitigt wurde, als der grosse Kindeskopf verzögerten die Geburt, und da der Fötalpuls schnell an Frequenz verlor, wurde die Zange angelegt, das Kind aber leider todt entwickelt.

7) Unter ganz denselben Verhältnissen gelang es bei einer Mehrgebärenden von 37 Jahren nicht, die Nabelschnur zurückzuhalten; sie fiel mit jeder Wehe wieder vor. Es wurde deshalb die Zange angelegt, das Kind aber todt entwickelt.

1843. 8) Bei einer Erstgebärenden von 28 Jahren lag eine Nabelschnurschlinge neben dem Kindskopfe vor einer Kreuzbeinfuge, und erlitt so wenig Druck, dass sie bis zum Austritte des Kopfes, welchen die Natur bewirkte, pulsirend blieb; der Rumpf folgte schnell nach und das Kind wurde lebend geboren.

9) Eine Mehrgebärende von 36 Jahren, welche mehrere schwere Entbindungen gehabt hatte, und namentlich das letzte Mal wegen bedeutender Beckenbeschränkung durch die Kephalotripsie entbunden worden war, war zum 6ten Male schwanger, und es wurde in der 34sten Schwangerschaftswoche die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Nachdem die Geburt in Gang gekommen, fand sich bei Steisslage des Kindes eine Nabelschnurschlinge vorgefallen, und es wurde deshalb bei völliger Eröffnung des Muttermundes der Blasensprung vorgenommen, die Nabelschnur reponirt, der feststehende Steiss auf den Beckeneingang geführt und die Geburt der Natur überlassen. Der Steiss behielt jedoch nicht diese Stellung, sondern glitt über den Beckenrand fort, und statt seiner trat die Seite des Bauches in das Becken, und als bei einer spätern Untersuchung die veränderte Kindeslage erkannt wurde, war das Kind schon so tief in das Becken getrieben, dass die Selbsentwicklung nicht mehr verhindert werden konnte, durch welche denn das Kind todt zur Welt kam (Vergl. Rhachitische Becken Nr. 7.).

10) Bei einer Mehrgebärenden von 32 Jahren stellte sich das Kind in der 3ten Schädellage mit vorgefallener Nabelschnur zur Geburt. Es gelang die Nabelschnur zu

# 128 IX. Dr. Bueck, Die geburtshühliche Klinik an der

reponiren; der Kopf kellte sich jedoch in der ungänstigen Lage ein, und da Gefahr für das Leben des Kindes bei bedeutender Kopfgeschwulst eintrat, wurde die Geburt durch die Zange beendigt Das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde aber in's Leben gerufen.

11) Bei einer Mehrgebärenden von 35 Jahren fand sich das Kind in der 2ten Schädellage mit Vorfall der linken Hand und der Nabelschnur. Da sich weder die Nabelschnur noch die Hand reponiren lies, und ein langsamer Verlauf der Geburt vorauszusehen war, wurde die Wendung auf die Füsse und die Extraction gemacht. Das asphyktisch geborene Kind wurde bald belebt.

12) Bei einer Mehrgebärenden von 32 Jahren fiel bei Ster Kopflage des Kindes eine grosse Schlinge der Nabelschnur vor, welche mit der Hand vollständig zu reponiren gelang. Wegen der kräftigen Wehen wurde die Geburt der Natur überlassen, und nach Drehung des Kopfes in die zweite Lage auch das Kind lebend geboren.

13) Bei einer Mehrgebärenden von 30 Jahren stellte sich das Kind in der 3ten Kopflage mit Vorfall der Nabelschnur zur Geburt. Es gelang die letztere zu reponiren und es wurde die Geburt zunächst der Natur überlassen, welche die Drehung des Kopfes in die 2te Lage bewirkte. Da indess ein Stillstand in dem weiteren Verlauf eintrat, wurde die Zange angelegt, und ein lebender Knabe damit entwickelt.

14) Eine Mehrgebärende von 38 Jahren war die drei letzten Male schwer mit der Zange und zwar jedes Mal wegen Vorfalles der Nabelschnur von todten Kindern entbunden worden. Bei der jetzigen 6ten Geburt fand sich das Kind in einer hohen Kopflage mit Vorfall der Nabelschnur, weshalb die Wendung auf die Füsse und Extraction vorgenommen wurde. Das Kind kam jedoch todt zur Welt, und die Mutter starb schon nach 48 Stunden an Metritis septica.

15) Bei einer Mehrgebärenden von 42 Jahren fiel bei 1ster Kopflage des Kindes die Nabelschnur vor. Da die Reposition derselben erfolglos versucht worden war, wurde die Geburt eines lebenden Knaben mit der Zange beendigt.

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 129

1844. 16) Eine Erstgebärende von 24 Jahren wurde wegen Placenta praevia, welche heftigen Blutfluss veranlasste, durch das Accouchement forcé entbunden. Das Kind hatte die 4te Kopflage mit vorliegender Nabelschnur, und wurde lebend geboren. (Vergl. Placenta praevia Nr. 4.)

17) Bei einer Erstgebärenden von 26 Jahren trat die Geburt einige Wochen zu früh ein. Bei dem sehr geräumigen Becken wurde das Kind in der ersten Kopflage mit vorliegender Nabelschnur schnell geboren und schrie sogleich kräftig.

18) Bei einer Mehrgebärenden von 32 Jahren fiel neben dem in 1ster Lage befindlichen Kopfe des zweiten Zwillingskindes die Nabelschnur vor; die kräftigen Wehen endeten schnell die Geburt mit Erhaltung des Kindes.

19) Eine Frau von 39 Jahren mit beschränktem Becken hatte 8 Mal geboren, und zwar 6 Mal einige Wochen zu früh lebende Kinder; 1 Mal musste bei Fusslage die Extraction gemacht werden, wobei erst eine Stunde nach der Geburt des Rumpfes der Kopf des todten Kindes nach grosser Anstrengung mit der Zange entwickelt wurde, und die letzte Geburt war wegen Vorfalls der Nabelschnur bei Kopflage durch eine schwere Zangenoperation mit Erhaltung des Kindes bewerkstelligt worden. Bei der jetzigen 9ten Geburt wurde die Hülfe der Anstalt erst nach mehrtägigem Kreissen nachgesucht, als der Kindeskopf in der 4ten Lage auf dem Beckeneingange stand, und die daneben vorgefallene Nabelschnur schwach und langsam pulsirte. Nachdem auf einige Dosen Secale der Kopf fest in den Beckeneingang getrieben war, wurde die Zange angelegt, nach erfolglosen 20 Tractionen aber wieder abgenommen. Das Kind hatte bereits sein Leben verloren; die Erschöpfung der Kreissenden erforderte aber die Beendigung der Geburt, und es wurde deshalb der Kopf mit dem Kephalotribe zerquetscht, und als auch jetzt noch die Extraction grosse Schwierigkeiten fürchten liess, das Kind auf die Füsse gewendet und an diesen extrahirt. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 12.)

Monatoveby, f. Gebarisk. 1854. Bd. IV, Mft. 2.

9

### 130 IX. Dr. Busch, Die geburtskülfliche Klinik an der

1845. 20) eine Frau von 27 Jahren war bereits vor 4 Jahren durch Kephalotripsie und vor 2 Jahren durch künstliche Frühgeburt entbunden. Die jetzige 3te Gebart wurde ebenfalls künstlich hervorgerufen, und ist oben beschrieben. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr, 19.) Die beiden Zwillingskinder stellten sich mit Vorfall der Nabelschnur resp. in der 3ten Fusslage und 1sten Kopflage zur Geburt. Das erste wurde durch Extraction, das andere durch Wendung auf die Füsse und Extraction, und zwar beide lebend, geboren.

21) Bei einer Zweitgebärenden von 27 Jahren fiel neben dem in 2ter Lage mit Vorfall des rechten Armes zur Geburt stehenden Kindeskopfe die Nabelschnur vor. Die Reposition mit der Hand gelang, und die Geburt konnte der Natur überlassen werden, welche dieselbe mit Erhaltung des Kindes beendete.

22) Bei einer Erstgebärenden von 28 Jahren lag die Nabelschnur neben dem Kindeskopfe in 2ter Lage vor. Bei möglichst ruhiger Rückenlage wurde die Blase bis nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes erhalten und mit deren Sprunge die Beposition versucht. Diese gelang jedoch nicht, da der Kopf schnell in das Becken trat und die Nabelschnur bis zur Pulslosigkeit presste. Es wurde sogleich die Zange angelegt, und obgleich der Kopf mit 4 Tractionen entwickelt war, konnte das Kind doch nicht zum Leben gebracht werden.

23) Bei einer Erstgebärenden von 25 Jahren lag bei 1ster Kopflage des Kindes die Nabelschnur vor und wurde, obwohl das Fruchtwasser schon bei geringer Eröffnung des Muttermundes abfloss, fast bis zur völligen Eröffnung desselben pulsirend innerhalb des Muttermundes gehalten. Als die Kreissende jetzt aber bei einer Wehe unwillkürlich mitpresste, fiel sie bis vor die Geschlechtstheile, und konnte des nachrückenden Kopfes wegen nicht reponirt werden. Der Kopf wurde mit der Zange in 5 Tractionen entwickelt, indess war das Kind ohne Lebenszeichen, und konnte nicht zu sich gebracht werden.

24) Bei einer Erstgebärenden von 24 Jahren fiel die Nabelschnur bei der 1sten Kopflege des Kindes vor. Es wurde zwar die Repesition der Nabelschnur versucht, indess gelang sie den nicht kunstgeübten Händen nicht, und ehe ärztliche Hülfe von der Anstalt herbeigeschafft war, hatte die Natur schon die Geburt eines todten Kindes beendet.

25) Ebenso war bei einer Erstgebärenden von 25 Jahren die Nabelschnur bei 1ster Kopflage des Kindes vorgefallen. Die Geburt verlief schnell, in 5 Stunden, und ehe die ärztliche Hülfe eintref, war das Kind durch die Natur todtgeboren.

26) Bei einer Frau von 29 Jahren, welche das erste Mal wegen regelwidriger Kindeslage durch die Wendung entbunden worden war, fiel bei 1ster Kopflage des Kindes die Nabelschnur vor. Nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes stand der Kopf noch hoch und beweglich, der Puls in der nicht zu reponirenden Nabelschnur wurde aber schwach. Man schritt deshalb zur Wendung auf die Füsse und Extraction des Kindes, dessen Kopf noch mit der Zange entwickelt werden musste, nachdem es über die Verzögerung der Geburt sein Leben verloren hatte.

1846. 27) Eine Erstgebärende von 25 Jahren war mit Zwillingen schwanger, und gebar nach vielfach durch Krampf und Wehenschwäche gestörter Geburt ohne Kunsthülfe ein Mädchen in 1ster Kopflege. Bei stark gespannter Blase des 2ten Kindes konnte dessen Lege erst nach Einführung der ganzen linken Hand erkannt werden, und zwar fand sich der Kopf hoch über dem linken Schambeine stehen, so dass bei den jetzt kräftigen Wehen die Ausbildung einer Schulterlage gefürchtet wurde. Es wurde deshalb die Blase gesprengt und der Kopf mit der Hand in den Beckeneingang geleitet, wobei es auch gelang eine herabgesunkene Schlinge der Nabelschnur zu reponiren. Die Geburt konnte nun der Natur überlassen werden, welche dieselbe bei 2ter Kopflage des Kindes mit Erhaltung des letzteren beendete.

28) Bei einer Frau von 31 Jahren, welche 2 Mal regelmässig geboren und dann 2 Mal abortirt hatte, konnte schon 8 Tage vor Eintritt der Geburt durch den Muttermund die pulsirende Nabelschnur vorliegend gefunden werden. Beim Eintritte der Geburt konnte auch die Lage des Kindes als

9+

### 132 IX. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der etc.

Ste Bauchlage diagnosticirt werden, schon 4 Stunden später war der Muttermund vollständig eröffnet, es wurde das Kind auf die Füsse gewendet, extrahirt und so zwar asphyktisch geboren, aber auch bald belebt.

29) Eine Frau von 42 Jahren, mit sehr beschränktem Becken, hatte 4 Mal lebende, aber sehr kleine Kinder, und das letzte Mal nach langer Geburtsarbeit ein todtes Kind ohne Kunsthülfe geboren. Sie wurde jetzt in die Entbindungs-Anstalt gebracht, nachdem sie bereits 3 Tage gekreisst hatte, und von einem Geburtshelfer der Stadt erfolglos die Wendung und die Applikation der Zange versucht worden war. Das Kind fand sich mit dem Konfe voraus noch auf dem Beckeneingange, und die kalte, pulslose Nabelschnur hing weit zu der Scheide heraus; vom Leben des Kindes war keine Spur zu entdecken. Nachdem ein Aderlass gemacht und einige Dosen Ipecacuanha gereicht waren, beruhigte sich die Kreissende, und es wurde erst, nachdem der Kopf fest in den Beckeneingang getreten und durch Blutung aus einem geborstenen Varix der Scheide die Kräfte der Kreissenden von Neuem in Anspruch genommen waren, die Zange applicirt und nach Perforation des Schädels die Geburt durch dieselbe beendigt. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 20.)

80) Bei einer Drittgebärenden von 26 Jahren fand sich das Kind in 1ster hoher Brustlage und die Nabelschnur vorliegend. Es wurde bei stehendem Wasser die Wendung auf einen Fuss gemacht, und dann das Kind lebend extrabirt.

31) Bei einer Drittgebärenden von 29 Jahren mit stark rhachitischem Becken fand sich bei 2ter Kopflage des Kindes die Nabelschnur zu beiden Seiten des Promontorium vorgefallen. Da die Reposition unausführbar war, wurde die Zange angelegt und das Kind asphyktisch entwickelt. Es trug am Stirnbeine einen tiefen Eindruck vom Promontorium, wurde aber vollständig belebt.

1847. 32) Bine Erstgebärende von 28 Jahren wurde in die Anstalt gebracht im Anfange der 3ten Geburtsperiode, nachdem das Fruchtwasser etwa 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden abgeflossen war. Bei 2ter Lage des fest im Beckeneingange stehenden Kindeskopfes hing eine Schlinge der Nabelschnur von etwa

6 Zoll Länge aus den Geschlechtstheilen heraus; sie war pulslos aber warm und gespannt. Da die Reposition derselben nicht gelang, die Person aber noch vor Kurzem Kindesbewegungen gefühlt haben wollte, wurde die Geburt mit der Zange beendigt. Das Kind war jedoch todt.

33) Eine Mehrgebärende von 29 Jahren wurde schnell durch die Natur von einem lebenden Kinde entbunden, welches sich in 1ster Kopflage mit Vorfall der Nabelschnurzur Geburt gestellt hatte.

34) Bei einer Erstgebärenden von 25 Jahren stellte sich das erste Zwillingskind in einer Fusslage mit Vorfall der Nabelschnur zur Geburt, welche, noch ehe ärztliche Hülfe eintraf, durch die Natur beendet wurde. Das Kind kam todt zur Welt.

35) Bei einer 29 jährigen Mehrgebärenden stellte sich das zweite Zwillingskind in einer Steisslage mit vorliegendem rechten Arme und Vorfall der Nabelschnur zur Geburt. Die Natur beendigte dieselbe sehr schnell mit Erhaltung des Kindes.

(Fortsetzung folgt.)

# X.

### Notizen aus der Journal-Literatur.

Barnes: Ueber die Behandlung unzureichender Wehenthätigkeit und Vergleich der Wirksamkeit des Mutterkornes und des Galvanismus in der Geburtshülfe.

Verf., ein eifriger Feind des Mutterkornes, zählt die bekannten von den verschiedensten Seiten diesem Mittel vorgeworfenen schädlichen Einwirkungen für die Gebärende und das Kind auf, und kommt zu dem Schlusse, dass es nur mit der grössten Vorsicht, eigentlich gar nicht, selbst nicht nach der Geburt des Kindes augewendet werden sollte. Dagegen rühmt er die Electricität für die verschiedensten Zustände, bei welchen eine gesteigerte Wehenthätigkeit erwünscht ist. Dieses Agens, von Herder (Diagnost.

prakt. Beiträge sur Erweiterung der Geburtshülfe, Leipsig 1803) vorgeschlagen, und suerst 1844 von Hoeniger und Jacoby (None Zeitschr. für Geburtsk. Bd. 16. S. 424) angewendet, besitzt nach Verf. in jeder Besiehung Vorsüge, welche seine Anwendung dringend empfehlen. Zunächst wird die günstige Wirkung zur Erregung der künstlichen Frühgeburt besprochen, und zwei Fälle, der erste vom Verf. selbst, der zweite von Mansford beobachtet, referirt. Danu werden die Vortheile des Galvanismus während der rechtzeitigen Geburt sowohl in der ersten, als auch in den späteren Geburtsperioden und bei Blutflüssen vor der Geburt des Kindes. sowie in der Nachgeburtszeit und in dem Wochenbette, auseinandergesetzt und durch zwei Beobachtungen erläutert. Ausserdem zeigt sich der Galvanismus noch vortheilhaft bei Lähmung der Harnblase nach der Geburt, bei Lähmung des Uterus nach Chloroformeinathmungen, bei Belebung scheintodter Kinder, bei Entfernung einer Fremdbildung, eines Polypen, der Hydatiden u. dergl. aus der Gebärmutter, bei Amenorrhöe, Hysterie und anderen Krankheiten der weiblichen Genitalien. Verf. weicht von der bisher üblichen Anwendungsweise, welche darin bestand, dass der eine Pol des Apparates an den Muttermund, der andere auf das Kreuz applicirt wurde, ab, indem er beide Pole von aussen auf den Bauch, auf jeder Seite einen, gegen den Uterus ansetzt und nicht einen fortwährenden Strom, sondern Schläge einwirken lässt. Die Dauer richtet sich nach den Umständen. Zuweilen ist schon ein einziger Schlag ausreichend, bei Erregung der künstlichen Frühgeburt sind mehrfache Applicationen von einstündiger Dauer erforderlich. Die hauptsächlichen Vortheile, welche Verf, in seiner Abhandlung darzulegen bemüht ist, sind: 1) Die Einfachheit des Verfahrens; 2) die grosse Zahl von Fällen, wo die Anwendung zweckmässig ist, weshalb ein electromagnetischer Apparat in den Händen eines Geburtshelfers nicht fehlen sollte. 3) Der eigenthümliche Charakter dieses Agens, der gestattet, dass man es ohne Schwierigkeit leiten. verstärken und beliebig unterbrechen kann, je nach der Wirkung. 4) Die sweckmässige Anwendbarkeit in Fällen, wo wegen allgemeiner Schwäche oder Reizbarkeit des Magens keine inneren Mittel möglich sind, denn selbst bei einer Sterbenden und Todten kann an jeder Stelle des Körpers der Galvanismus in Wirksamkeit gesetst werden. 5) Der Galvanismus erschöpft weniger das Nervensystem, als das Mutterkorn und andere Mittel, welche alle üble Nebenwirkungen haben. 6) Es schliesst in keiner Weise andere Mittel aus.

(The Lancet II. 1853. - Union médicale Nr. 62, 65, 66, 1854.)

#### **Madfort:** Bemerkung über den Galvanismus als Agens in der Geburtshülfe.

Anknüpfend an obige Arbeit von Barnes führt R., der in England zuerst den Galvanismus in der Geburtshülfe empfohlen hat, die Fälle auf, in welchen dieses Mittel sich vorzugsweise eignet, wie er aus vielfachen Beobachtungen erfahren hat. 1) Bei schwierigen Geburten mit Wehenschwäche. 2) Bei Blutungen zu jeder Zeit der Geburt, besonders wenn schon bedeutende Schwäche eingetreten ist. 3) Bei Placenta praevia, welche man fortgenommen hat, und wo die Lebenskraft schon sehr gesunken ist. 4) Bei inneren Blutungen während der Geburt. 5) Bei Blutungen im Wochenbette. 6) Bei Uhrglas- und unregelmässigen Contractionen der Gebärmutter. 7) Bei Erregung der künstlichen Frühgeburt, oder 8) des künstlichen Abortus. 9) Bei Scheintod der Neugeborenen. Eine schädliche Einwirkung auf den Fötus haben weder R. noch B. jemals beobachtet. Ueber das Mutterkorn spricht R. gleichfalls den Bann aus. Er wendet den Galvanismus in derselben Weise wie B. an.

(Lancet II. 1853; - Union médic. Nr. 66, 3. Jun. 1854.)

Trousseau: Gebärmutterblutung nach einem Abortus, durch Tamponade und Einspritzungen von warmem Wasser gestillt.

Eine Wöchnerin, welche vor 4 Tagen abortirt hatte, kam wegen anhaltender Blutflüsse in das Hötel-Dieu. Da in der Nacht dieselben sehr bedenklich wurden und äussere Kälte, Einspritzungen, Secale, die Compression der Aorta nichts halfen, so legte der die Wache habende Arzt einen Tampon aus Charpie, aber auch ohne Erfolg, an. Der Blutgang dauerte fort und hatte am folgenden Morgen die Frau dem Tode nahe gebracht. Trousseau tamponirte nun mit kleinen Kugeln aus Watte, welche er mittels eines durch sie gesogenen Fadens in gleicher Entfernung mit einander verbunden hatte, wie die Knoten im Schwanze eines Papierdrachens, und stopfte die Scheide gans fest aus, wozu er 60 Kugelu brauchte. Der Blutfluss hörte, sofort auf. Am Nachmittage wurde der Tampon mit einem neuen vertauscht, der alte zeigte kaum eine Snur von Blut; am folgenden Morgen wurde ein dritter und letzter Tampon eingelegt. Zur Vorsicht wurden nach Entfernung desselben Einspritzungen mit warmem Wasser gemacht.

T. rühmt diese Art Tampon und hält mit Recht die Watte als bestes Material dazu, zumal nachdem die einzelnen Kugeln mit Cerat bestrichen sind, denn daan saugen sie gar kein Blut ein. Das schlechteste Material ist Charpie.

Zu Einspritsungen gegen Blutungen nimmt er schon seit langer Zeit statt des bisher stets empfohlenen kalten Wassers nur warmes, weil Blut in kaltem Wasser von 0° nicht gerinnt, dagegen leicht in warmem Wasser von 40° und mehr. Die Erfahrung hat ihn ausserdem von der günstigen Wirkung überzeugt.

(Gas. des Hôpit. Nr. 69, 10. Juni 1854.)

Liégard: Ueber Blutflüsse nach der Entbindung und ein Mittel, ihnen vorzubeugen.

Meist entstehen die Blutflüsse nach den Geburten durch Schlaffheit der Gebärmutter, welche man also verhüten muss. Es ist mehrfach empfohlen, gegen Ende der Geburt Secale zu geben, das ist aber nicht immer ausreichend. Eine viel kräftigere, schnellere und anhaltendere Contraction wird erzielt durch Einspritzungen von kaltem mit etwas Essig gemischtem Wasser in die Vene der Nabelschnur. L. hat in sehr sahlreichen Fällen die günstigsten Erfolge gesehen. Er pflegt vorher Secale zu geben und nachher die Einspritzungen zu machen. Zum Belege wird ein mit sehr günstigem Erfolge behandelter Fall erzählt.

(Gas. des Hôpit. Nr. 63, 27. Mai 1854.)

#### Nöggerath: Torsion des Nabelstranges.

In der geburtshülflichen Klinik zu Bonn wurden kurz nach einander 3 Fälle beobachtet, in welchen Torsion des Nabelstranges das bedingende Moment des Absterbens des Fötus war. In allen 3 Fällen waren heftige körperliche Bewegungen dem Absterben vorausgegangen und standen demgemäss wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhange mit der Torsion. In dem ersten Falle war eine in der letzten Hälfte des 6ten Monates Schwangere wegen eines drohenden Unglückes aus einem Wagen gesprungen und hatte dabei ihren Körper gewaltsam erschüttert, ohne eine sonstige Verletzung zu erleiden. Drei Tage darauf wurden die Kindesbewegungen schwächer und hörten bald ganz auf. 6 Wochen nach dem Vorfall stellte sich die Geburt ein. Die Frucht war todtfaul, der Nabelstrang war zwei Mal von rechts nach links su einem undurchgängigen dünnen Faden zusammengedreht und swar befand sich die eine Torsion dicht an der fötalen, die andere dicht an der placentaren Insertionsstelle. - In einem zweiten Falle war die Schwangere im 7.-8. Monate der Schwangerschaft und

186

vor einer Woche auf dem Eise ausgeglitten, wobei sie rückwärts sehr heftig auf den Hintern fiel. Bei der Untersuchung ergaben sich die Zeichen einer abgestorbenen Leibesfrucht; 3 Wochen nach der Aufnahme begann die Geburt; es fand sich sehr viel Fruchtwasser, eine in Fäulniss übergegangene Frucht, der Nabelstrang war 20" lang, stark intumescirt, leicht zerreisshar und an zwei Stellen zu einem dünnen Faden von rechts nach links susammengedreht; die eine Stelle war 1" von dem Nabel entfernt, die sweite 14" von der ersten. --- In dem dritten Falle war die Schwangere eine hohe Treppe hinuntergestürzt und erlitt davon eine bedeutende Erschütterung, ihr Allgemeinbefinden trübte sich, Kindesbewegungen hörten auf und die Schwangere war von dem Tode der Frucht fest überzeugt. 2 Monat nach dem Falle trat die Geburt ein. Das Kind war todtfaul, zeigte die Entwickelung eines 8 monatlichen Fötus; der Nabelstrang bot das Bild einer homogenen Fleischmasse, woran sich keine Gefässröhren unterscheiden liessen. An der fötalen Insertionsstelle jedoch war sein Lumen bedeutend enger und nicht zu verkennen, dass derselbe eine starke Drehung. um seine Längenachse erfahren hatte. - Sehr gute Abbildungen su dem 2ten und 3ten Falle erläutern die Eigenthümlichkeit der Tornionen.

Verf. erinnert sich noch eines ähnlichen 4ten Falles, welcher in dem Jahre 1853 im Wiener Gebärhause beobachtet wurde, wo der Nabelstrang des todtgeborenen Kindes eine Torsion dicht am Nabel seigte. Die Mutter schien den Tod des Kindes erwartet su haben und erklärte denselben aus einem Falle im Walde, wo sie, mit einem Bündel Hols beladen, ausglitt und einen Berg mehrere Schritte hinabrollte.

(Deutsche Klinik Nr. 24, 27. Juni 1854.)

Mayer in Würsburg: Beobachtung einer von selbst erfolgten Frühgeburt 36 Stunden nach dem vermeintlichen Tode der Mutter.

• In dem gehörig überwachten Würzburger Leichenbause kam der folgende interessante Fall vor, der um so wichtiger ist, weil nur selten in ähnlichen Fällen eine ganz genaue Beobachtung statt fand.

Eine 45 Jahr alte Frau, 5 Jahre verheirathet, starb am 31sten Märs früh 4 Uhr d. J. suffocatorisch nach vorausgegangenem entsündlichem Leiden in den Brustorganen. Sie war seit Mitte November v. J. schwanger, hatte bereits Kindesbewegungen gefühlt,

jedoch nicht mehr die beiden letzten Tage vor ihrem Tode. Sie blieb bis eine Viertelstunde vor dem Tode bei völligem Bewusstsein und weder sie noch die Angehörigen, die in den letzten Tagen das Krankenbett nie verliessen, hatten eine Abnung von einer beginnenden Frühgeburt. Zu der angegebenen Zeit hielten die Angehörigen die Frau für todt, der Leichenbeschauungearst bestätigte den Tod und die angebliche Leiche wurde am 1. April Nachmittags 4 Uhr in das Leichenhaus gebracht. Bis su dieser Zeit hatte die Frau in der geheisten Stube zugedeckt in gestreckter Rückenlage gelegen. Es wurde an ihr keine Entstellung der Züge und kein Leichengeruch wahrgenommen. Die beiden Todtengräber, welche der Verstorbenen ein Hemd angezogen, bemerkten zwischen den blutigen grossen Schamlippen einen halbrunden, hellrothen, glatten und unbehaarten Körper, von der Grösse eines gewöhnlichen halben Adamsapfels eingedrängt und hielten denselben für einen Muttervorfall, an welchem die Frau auch gelitten hatte. Das Betttuch war in der Grüsse eines Tellers blutig gefärbt. Auch jetst bestand weder Leichenstarre noch Leichengeruch. Am 2. April früh, wenige Stunden vor der Beerdigung, beschauten die Todtengräber nochmals die Geschwulst, und fanden zu ihrem Erstaunen swischen den Schenkeln der Leiche einen frischen weiblichen Fötus auf dem Sargboden liegen, welcher leblos die ausgespreitzten Hände und Füsse ihnen entgegenhielt und durch die frische Nabelschnur mit der Mutter noch in Verbindung stand. Jetst wurde M. gerufen und fand an der Leiche noch keine Verwesungsspuren. Die Beerdigung wurde inhibirt und Nachmittags nach nochmaliger legaler Besichtigung an der mütterlichen Leiche die Obduction vorgenommen. Der Befund vor und nach der Obduction seigte keine Erscheinungen, welche nur mit Wahrscheinlichkeit auf den vor 59 Stunden vermeintlich erfolgten Tod hätte schliessen lassen. Die Frau war su der Zeit nicht gestorben, sondern nur in einen hohen Grad von Syncope verfallen, während welcher die Frühgeburt eintrat. Die Eihäute platzten im Sterbebette während der grössten Athemnoth noch vor beginnender Syncope, der runde Körper, welchen die Todtengräber fanden, war wirklich ein Vorfall der Scheide, die Ausstossung der Frucht geschah erst in der Nacht vom 1sten bis 2ten April im Sarge. Für vorausgegangene Gasentwickelung, welche die Frühgeburt erzeugt haben könnte, fehlten alle Anbaltspunkte. Die geborne Frucht hatte zwar nicht geathmet, war aber lebend und hatte sich bewegt, wie die Stellung derselben deutlich nachwies.

(Verhandl. d. physik. mediz. Gesellsch. zu Würsburg, Bd. IV., Hft. 3, 8. 253, 1854.) Langheinrich: Beobachtungen über die Zeit des Wiedereintritts der Menstruation nach vorausgegangenen Entbindungen.

Aus den Beobachtungen des Verfs., wozu ihm 203 Frauen das Material boten, ergab sich Folgendes: Abgesehen von allen Nebenumständen kehrte bei 71 $\frac{1}{5}$ % der Frauen die Menstruation im Laufe der ersten 6 Monate nach der Entbindung zurück. Die Zeit differirte von 2.--3 Wochen bis zu 2.--2 $\frac{1}{2}$ -5 Jahren. Nach 6 Wochen wurde der Eintritt am häufigsten gefunden; doch waren unter der obigen Zahl 22 Fälle, wo erst nach 52 Wochen die Menses sich zeigten.

Als Nebenumstände wurden in Betracht gezogen:

- das Säugegeschäft. Bei Frauen, die selbst gestillt hatten, waren die Regeln in 63 bis 75% innerhalb der ersten 6 Monate eingetreten; es machte wenig Unterschied, ob die Frauen zum 1sten, 2ten, 3ten oder 4ten Male entbunden waren. Bei Müttern hingegen, die nicht selbst gesäugt hatten, stellten sich die Regeln fast immer schon im ersten halben Jahre wieder ein; nach der 3ten und 4ten Geburt bei 100%. Innerhalb der ersten 10 Wochen begannen von den ersteren 31%, von den letzteren 17% zu menstruiren. Es scheint also bei stillenden Müttern die Menstruation später zurückzukehren, während die Zahl der Geburten ohne Einfluss ist.
- Wo todte Kinder geboren waren, trat bei 94% der Frauen die Regel drei Monate nach der Entbindung, und bei 47% schon nach 4 Wochen ein.
- 4) Die Dauer der Lactation scheint keinen Einfluss auf den früheren oder späteren Wiedereintritt der Menses zu haben.
- 5) 22 % der Frauen bekamen ihre Menstruation während des Stillens.
- 6) Mit den wiederholten Geburten wurde das Auftreten der Regeln während der Lactation seltener, etwa in dem Verhältniss, dass nach der 1sten Entbindung etwa 15%, nach der 2ten 10%, nach der 3ten 8% menstruirten.
- 7) Mehrere Mütter, die während der Lactation menstruirten, setzten das Säugegeschäft fort. Der Gesundheitszustand der Kinder ist nicht besprochen.
- 8) Bei älteren Frauen trat die Menstruation früher wieder ein, als bei jüngeren.

9) 22% der Mütter wurden nach den wiederholten Geburten su derselben Zeit wieder menstruirt, unabhängig davon, ob sie ihre Kinder säugten oder nicht.\*)
(Scanzons's Beitr. zur Geburtskunde u. Gynäkologie, Bd. I., Heft 2 u. 3, S. 232, 1854.)

Kowalewsky: Bericht über die geburtshülfliche Abtheilung des Kaiserlichen Hebammen-Institutes zu St. Petersburg, umfassend die Jahre 1850-1854.

In dem vierjährigen Zeitraume wurden zusammen 2127 Schwangere aufgenommen und 2014 entbuuden. Darunter waren 45 Zwillingsgeburten, 88 Frühgeburten, 112 künstliche Geburten. 102 Kinder wurden todtgeboren, 28 scheintodt, 9 waren missbildet, 52 in Fäulniss übergegangen. Von den Wöchnerinnen erkrankten 429 und starben 46; von den Kindern erkrankten 123 und starben 18. -Aus den zahlreichen interessanten Angaben heben wir folgende hervor: Unter den 2000 Schwangeren wurde nicht beobachtet, dass die Menstruation mehr als ein Mal in den nach der Empfängniss folgenden Monaten stattgefunden hätte, und alsdann auch immer in geringerer Menge und kürzere Zeit dauernd. - Eclampsie kam 10 Mal vor, 9 Mal bei kräftigen Erstgebärenden; nur eine der Dieser günstige Ausgang wird bestimmt dem Kranken starb. wohlthätigen Einfluss der kräftigen, sowohl allgemeinen, als örtlichen Blutentleerungen zugeschrieben. Ausserdem wurden mit Vortheil die Inhalationen von Chloroform augewendet, welches augenscheinlich die Anfälle verkurzte und schwächte. - Die künstliche Frühgeburt wurde 3 Mal ausgeführt, 2 Mal mit Erhaltung des Lebens des Kindes, 2 Mal bei einer und derselben Frau. Dieselbe war rhachitisch verbildet, das Becken um 1" gleichmässig verengt. Ihre 4 vorausgegangenen Entbindungen mussten mittels der Zange und Perforation beendigt werden. Bei ihrer 5ten Schwangerschaft wurde nun im Sten Monate die künstliche Frühgeburt nach der Methode von Kiwisch eingeleitet. Während 5 Tage wurden warme Douchen auf den Muttermund angewandt, alle 3 Stunden, anfan-

D. Red.

<sup>\*)</sup> Nach den Beobachtungen von Brière de Boismont kehren die Regeln in der Mehrzahl der Fälle innerhalb der ersten 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung zurück. Unter 82 Frauen beobachtete er es bei 52. Wenn die Menses länger als 6-8 Monate ausbleiben, so glaubt B. fürchten zu müssen, dass eine krankhafte Affection des Uterus oder seiner Anhänge die Ursache sei.

gend von 26• bis 35•. Die Wehen erschienen am 5ten Tage, am 6ten wurde ein todtes Kind geboren. Im folgenden Jahre war dieselbe Frau wieder schwanger. Nach sweiwöchentlicher fruchtloser Anwendung der Methode von Kiwisch und Erweiterung des Muttermundes durch den Pressschwamm wurden die Eihäute künstlich gesprengt. 27 Stunden lang floss allmälig das Fruchtwasser ab, ohne Erscheinen der Wehen; dam traten Wehen ein, die nach 4 Stunden den Muttermund erweitert hatten, aber wieder nachliessen, so dass schliesslich mit der Zange ein lebendes Kind entwickelt wurde. - In dem 3ten Falle wurde wegen rhachitischen Beckens, mit Verkürzung der Conjugata von §", im 9ten Monate die künstliche Frühgeburt mittels des mit warmem Wasser gefüllten Kolpeurynter eingeleitet. Die Wehen traten nach 4 Stunden ein, hörten aber bald auf und erneuerten sich nicht mehr durch den Gebrauch des elastischen Tampons; die jetzt zu Hülfe genommene warme Douche war gleichfalls erfolglos. Hundert und achtzig Stunden nach dem Erscheinen der ersten Wehen wurden die Eihäute gesprengt und nach vier Stunden war ein lebendes Kind geboren. - Der Kaiserschnitt wurde 1 Mal gemacht bei einer sum 4ten Male regelmässig schwangeren Frau wegen einer Verengung des Beckens durch ein ausserhalb der Gebärmutter sich befindendes, mit der Synchondrosis ileo-sacralis unbeweglich verwachsenes Steinkind, welches 21/" tief in das Becken eindrang. Das 10 Pfd. schwere Kind wurde lebend geboren, die Mutter starb in Folge von Peritonitia. --

Zu den an Febris puerperalis Gestorbenen gehörten 4, welche mit Entzündung der Gebärmutter, des Bauchfelles und mit einer im Becken eingekeilten Schulter aufgenommen wurden. Vor ihrer Ankunft im Gebärhause wurden diese Kreissenden von Badstuben-Hebammen einer unsinnigen und grausamen Behandlung unterworfen; man stellte sie auf den Kopf, zog an dem vorgefallenen Arme, schüttelte sie, hob sogar die Kreissenden auf eine bedeutende Höhe und warf sie plötzlich auf die Diele. Ausser diesen 4 Kranken kamen noch auf 313 im Institute an Febris puerperalis Erkrankte 30 tödtliche Fälle, so dass von 13 Wöchnerinnen immer 2 am Kindbettfieber litten und von 10 Erkrankten 1 starb. Im Jahre 1852 erwies sich das Kindbettfieber bösartiger, was dem epidemischen Einfluss der Cholera äugeschrieben werden muss. Der allgemeine Charakter der Krankheit war ein entstindlicher. nur beim Ergriffensein der Venen ging er leicht in den typhösen über.

(Medis. Zeitung Russlands Nr. 12, 13, 14, Märs u. April 1854.)

### XI.

### Literatur.

Die Theorie und Praxis der Geburtshülfe. Dargestellt von Albert Krause, ordentlichem Professor der Medicin an der Universität Dorpat. Mit Abbildungen in Stahl und Holz. Berlin. Druck und Verlag von Georg Reimer. 1853. 8. Erster Theil. SS. XIV u. 429. Zweiter Theil. SS. XV. u. 614. (Preis: 6 Thlr. 20 Sgr.)

In der Einleitung giebt der Hr. Verf., nachdem er den Begriff "Geburtshülfe" festzustellen gesucht hat, den in seiner Darstellung eingehaltenen Gang kurz an. Er theilt, wie dies früher gebräuchlich gewesen, die Geburtshülfe in einen theoretischen und praktischen Theil. Der theoretische schildert den Bau der bei der Geburt (Fortpflanzungsacte) interessirten Gebilde, Anatomie, zeigt die Veränderungen, welche in ihnen vor, während und nach der Geburt eintreten müssen, Physiologie der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes, und weist auf die Abweichungen von dem natürlichen (gesundheitsgemässen) Gange hin, Pathologie. Der praktische Theil dagegen lehrt die Anwendung der Sinne zur Erkenntniss der verschiedenen Zustände. Untersuchung, stellt die Regeln auf, den regelmässigen Zustand su erhalten, Diätetik, weist endlich die Mittel nach, die Abweichungen von dem naturgemässen Verhältniss auf den natürlichen Weg surückzuführen oder su heben, medicinische oder mechanische Therapie.

Ueber diese etwas verschollene Eintheilung will Ref. mit dem Verf. nicht rechten, da man auf den ersten Blick sieht, dass zusammengebörende Dinge durch dieselbe getrennt werden. Dies hat der Hr. Verf. selbst empfunden, indem er z. B. die geburtsbülfliche Untersuchung auf die Auseinandersetzung der Menstruation folgen lässt.

Der Hr. Verf. beginnt mit der anatomischen Beschreibung der Theile, welche bei der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbette hauptsächlich in Betracht kommen, und liefert in grosser Ausführlichkeit die Anatomie des weiblichen Beckens, des Kindeskopfes und der weiblichen Geschlechtstheile Selbst für den Fall, dass der Hr. Verf. sein Werk vorzugsweise für Studirende geschrieben, kann eine so weitläufige anatomische Schilderung der genannten Gegenstände in einem Lehrbuche der Geburtshülfe nicht gerechtfertigt erscheinen. Bei einem Geburtshülfe Studirenden muss das Studium der Anatomie, Physiologie, altgemeinen und speciellen Pathologie und Therapie und der Arsneimittelichre vorausgesetzt werden. Durch solche Zugaben werden die Bücher ohne Noth übermässig voluminös und ungebührlich thener.

Das Beelkem (S. 5-32) wird weitläufig betrachtet. Mit allem Bedacht erörtert der Hr. Verf. dasselbe in geburtshülflicher Besiehung. Eine besondere Aufmerksamkeit ist den Flächen der Beckenhöhle und ihrem Einflusse auf den Geburtsbergang gewidmet. Die sur Lehre des fehlerfreien Beckens gegebenen Abbildungen versinnlichen den Gegenstand zweckentsprechend.

Den Neigungswickel des Beckeneingangs nimmt der Verf. zu 60•, den des Ausgangs zu 10• an.

Die Verschiedenheiten des Beckens, welche von dem Alter, dem Geschlechte und der Race abhängen, gehören mehr in die Anatomie als in die Geburtshühfe. So daukenswerth die Bemühungen Vrolik's und Weber's besüglich der Becken und Köpfe verschiedener Menscheuracen sind, darf doch nicht ausser Acht gelassen werden, dass bis jetzt noch zu wenige Exemplare von Becken fremder Racen untersucht sind, um auf diese wenigen Untersuchungen allgemeine Grundsätze bauen zu können. Darum scheint dem Ref. die Behauptung: Das herzförmige oder querelliptische Becken sei der Typus bei den Europäern, das runde bei den Amerikanern, das vierseitige bei den Mongolen, das keilförmige oder geradelliptische bei den Aethiopiern, gewagt.

Die Darstellung des Beckens mit seinen Weichtheilen und des daraus entspringenden Unterschieds von dem nackten Knochengerüste, enthält, so treffend sie ist, zu viele in die Anatomie su verweisende Dinge. — Die Abbildungen eines männlichen und eines weiblichen Körpers (Taf. VII.) gehören nicht in ein Lehrbuch der Geburtshülfe.

Der **Kindeskapf** (S. 32-35) ist in Bezug auf den Geburtsmechanismus gans sachgemäss beschrieben. Mit Recht richtet der Hr. Verf. bei dem Vergleiche der Verhältnisse des Kindeskopfes und des Beckens das Augenmerk auf folgende Punkte:

> 1) dass die Conjugata nicht den Längendurchmesser des Kopfes, sondern nur den queren durchtreten lässt

#### XL Literatur.

- dass der Längendurchmesser des Kopfes nur um ein Weniges kürzer, als der schräge im Eingauge, der gerade in der Mitte und dem Ausgange des kleinen Bekkens ist;
- dass sobald die Conjugata k
   ürzer als 2

   Zoll, sie der unuachgiebigen Sch

   delbasis den Durchgang weigert;
- 4) dass kein Durchmesser des Beckens so gross ist, wie der schräge Durchmesser des Kindeskopfes, daher man bei geburtshülflichen Operationen sich zu hüten hat, nach vorausgegangenem Rumpfe dem Gesichte eine solche Stellung zu geben, wobei das Kinn gegen die Schoossfuge gerichtet ist.

Die Abbildung eines kindlichen Skelets (Taf. XI.) ist eine überflüssige unpassende Zugabe.

Auch von den weiblichem Geschlechtstheilen, den innern sowohl als den äussern (S. 35-62), liefert der Hr. Verf. die vollständige Anatomie mit Abbildungen und eine Auseinandersetzung der Veränderungen der innern Geschlechtstheile in den verschiedenen Lebensaltern, die zweifelsohne mehr in ein Lehrbuch der Anatomie, als in das der Geburtshülfe gehören, wie das über die Menstruation (S. 62 bis 72) Gesagte mehr der Physiologie als der Geburtshülfe angehört.

Die geburtshällfliche Untersinchung (8. 75-94) ist in allen ihren Einzelnheiten gut und sweckgemäss abgehandelt, doch ist es kleinlich, die Hand des Geburtshelfers in den verschiedenen Stellungen behufs der Untersuchung (Taf. XXIII.) abzubilden.

Die Empfängmiss (S. 97-100) hat der Hr. Verf. nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Physiologie kurs erläutert. Eine Superföcundation hält er für möglich, wenn ein sweiter Beischlaf rasch auf den ersten folgt, ehe noch Veränderungen in der Schleimhaut der Gebärmutter den Zutritt des Sperma hindern. Hierdurch erklärt sich die Möglichkeit, dass bei Zwillingsschwangerschaft jedes Kind einen andern Vater hat. Eine Superfötation kann nur möglich werden, wenn sich vorher schon in der Bauchböhle oder in dem Eileiter eine Frucht ausgebildet (Graviditas extrauterina), und später die Empfängniss im Uterus eintritt, oder wenn die Gebärmutterhöhle durch eine senkrechte Scheidewand der Länge nach in swei Kammern abgetheilt ist, oder bei gedoppelter Gebärmutter.

Die Schwangerschaft (S. 101-264) wird sehr ausführlich abgehandelt. Der Hr. Verf. sagt: Gelangt das befruchtete Eichen in die Gebärmutter, so ist das eine regelmässige Empfängniss und die dadurch beginnende Schwangerschaft eine regelmässige oder Gebärmutterschwangerschaft. Wird das Eichen hieran verhindert, so entsteht eine regelwidrige Empfängniss oder die Schwangerschaft ausser der Gebärmutter. --Abgesehen davon, dass die Schwangerschaft ausserhalb der Gebarmutter nicht auf einer fehlerhaften Empfängniss beruht, entbehrt die hier gegebene Eintheilung in regelmässige und regelwidrige Empfängniss und Schwangerschaft jedes logischen Princips. Schon die Ausdrücke regelmässig und regelwidrig können die Bezeichnungen gesundheitgemäss und fehlerhaft nicht ersetsen. Tritt das befruchtete Ei in die Gebärmutterböhle und erlangt es daselbst seine vollständige Entwicklung, hat die Schwangerschaft überhaupt einen ungestörten, für Mutter und Frucht gedeihlichen Verlauf, so nennt man sie mit allem Fug eine gesundheitgemässe Schwangerschaft (Eukyesis). Man ersieht hieraus leicht, dass eine mehrfache Schwangerschaft (Graviditas multiplex) eine gesundheitgemässe sein kann, allein eine regelmässige kann man sie nicht nennen, da es nicht zur Regel, sondern zur Ausnahme gehört, dass eine Frau mit zwei, drei oder mehr Früchten schwanger ist. - Weicht die Schwangerschaft in einer der angeführten Beziehungen von der gesunden Beschaffenheit ab, so nennt man sie fehlerhaft (Dyskyesis). Zu den fehlerhaften Schwangerschaften zählen die Schwangerschaft am unrechten Orte, die Molenschwangerschaft und die zu kurz dauernde Schwangerschaft. Regelwidrig ist sonach nicht blos die Graviditas extrauterina, sondern auch jene Schwangerschaft, in welcher sich das Ei nicht gehörig entwickelt, oder in welcher die Frucht vor der Reife vom Uterus ausgeschlossen wird.

Für die Dauer der einfachen Schwangerschaft nimmt der Hr. Verf. 275 Tage an und stüzt sich hierbei auf Merriman's Beobachtungen, welcher bei 114 Fällen vollendeter Schwangerschaft 63 Mal die Geburt vor dem 280sten Tage und 51 Mal nach demselben eintreten sah. Aus 782 Fällen, welche Merriman, Murphy und Reid bezüglich der Schwangerschaftsdauer genau beobachtet haben, erhalten wir das Ergebniss, dass, vom letzten Tage der zum letzten Male erschienenen Menstruation an gerechnet, 38 Geburten swischen den 252sten und 259sten Tag fielen. 75 zwischen den 260sten und 266sten, 122 zwischen den 267sten und 273sten, 192 zwischen den 274sten und 280sten, 173 zwischen den 281sten und 287sten. 99 zwischen den 288sten und 294sten, 63 zwischen den 295sten und 301sten, und 20 zwischen den 302ten und 326sten Tag. --- Simpson's Zusammenstellung von Fällen Monatsschr. f. Geburisk, 1864, Bd. IV, Bft. 2. 10

über die Dauer der Schwangerschaft (Monthly-Journ. July 1853) waren wohl dem Hrn. Verf. bei Bearbeitung seines Werkes noch nicht bekannt. Nach jenem fällt die Mehrzahl der Geburten swischen den 274sten bis 280sten Tag.

Lassen sich diese nicht unerheblichen Schwankungen in der Dauer der Schwangerschaft zum grossen Theile durch den Umstand erklären, dass nur in seltenen Fällen der Tag der Empfängniss mit Gewissheit festzustellen ist, so darf man doch nicht unbeachtet lasseu, wie *Credé* richtig bemerkt, dass den einzelnen weiblichen Individuen eine verschiedene Zeitigungsfähigkeit und den einzelnen Früchten eine verschiedene Reifungsfähigkeit innezuwohnen scheine. Hierfür spricht die Analogie bei Hausthieren, namentlich bei Kühen. *Spencer* und *Tessier* haben in 1323 Fällen, wo nur eine einmalige Zulassung des Faselochsen zur Kuh stattgefunden, beobachtet, dass die Tragzeit zwischen 252 und 321 Tagen schwankt, die meisten Geburten aber in die 41. Woche fallen.

Der Hr. Verf. will eine Graviditas serotina nicht über den 308. Tag, also nicht jenseits des 11. Cyklus einer vierwöchentlichen Periode in juristischen Beziehungen gelten lassen. Bekanntlich lässt das römische Recht den 10. Sonnenmonat für die Anerkennung der Spätgeburten zu; den Partum undecimestrem erklärt der Codex Justinianus für implissimum et mirabilem; das französische Gesetzbuch nimmt den 300. Tag, das preussische Landrecht den 302. Tag als die äusserste Grenze an; das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch für Oesterreich erklärt Kinder, die nach geschlossener Ehe im 10. Kalendermonat entweder nach dem Tode des Ehemannes oder nach aufgehobener Ehe geboren werden, unbedingt für ehelich; die nach dem 10. Monat geborenen unterwirft es der Untersuchung der Kunstverständigen.

Die Frage, wieweit sich die Zeit einer Schwangerschaft binausdehnen könne, gehört in das Gebiet der Geburtshülfe, die auf solchen Beobachtungen in juristischer Hinsicht zu gründenden Lehren und Gesetze fallen aber der gerichtlichen Medicin anheim.

Bei der Darstellung der Entwickelung des Eies hat der Hr. Verf. die Arbeiten von Hunter, Lobsein, Seiler, Moreau, Dutrochet, Breschet, Coste, Velpeau, Bischoff, Wagner und Sharpey zu Grunde gelegt, dieselbe aber in einer so weiten Ausdehnung gegeben, wie sie sicher nicht in ein Lehr- oder Handbuch der Geburtshülfe passt. Der Entwicklung der Frucht und ihrer Anhänge sind allein 13 Tafeln mit 67 Figuren gewidmet. Wir besitzen über diesen Gegenstand so vortreffliche Werke, dass eine solche Ausführlichkeit in einer geburtshülflichen Schrift nicht gerechtfertigt erscheint. Dem Geburtsbülfe Studirenden muss die Ovologie und Embryologie aus der Physiologie und der Entwickelungageschichte des Eies bekannt sein. Uebrigens findet man in diesem Kapitel gans treffliche Bemerkungen, und Ref. macht in dieser Besiehung besonders auf das, was der Hr. Verf. über Haltung und Lage der Frucht in der Gebärmutter, die Veränderung der Organe des Kindes gleich nach der Geburt und den Mutterkuchen sagt, aufmerksam.

Die Veränderungen, welche die Schwangerschaft in den Genitalien, insbesondere in der Gebärmutter und deren Nachbarorganen, wie auch im ganzen Organismus erzeugt, sind mit vieler Sachkenntniss und Umsicht unter Benutzung der neuesten Untersuchungen geschildert; ebenso hat der Hr. Verf. mit grossem Fleisse und mit Sorgfalt Alles zusammengestellt, was der Diagnose der Schwangerschaft in den einzelnen Verbältnissen eine Grundlage geben kann. — Die Anleitung zur diätetischen Behandlung der Schwangerschaft ist kurz und gut.

Die Geburt (8. 265-379) theilt der Hr. Verf. in regelmässige (Eutokia) und regelwidrige (Dystokia) und beseichnet als regelmässig dann die Geburt, wenn das Ei reif, die Gebärmutter kräftig, ohne Beihülfe der Kunst, ohne grosse Anstrengung und Zeitaufwand ihre Aufgabe in einer gewissen Reihenfolge erfüllt, und die Mutter nebst dem Kinde wohlbehalten bleiben. Fehlt eine dieser Bedingungen, ist das Ei unreif, reicht die Kraft . nicht aus, ist die Anstrengung zu gross, die Zeit zu kurs oder su lang, kommen Mutter oder Kind in Gefahr oder gar su Schaden, so nennt er die Geburt regelwidrig. -- Zweckenteprechender dürften die in neuerer Zeit eingeführten Bezeichnungen "gesundheitgemäss" und "fehlerhaft" sein, da die tägliche Erfahrung lehrt, dass s. B. Unterendgeburten von der Natur ohne Nachtheil für Mutter und Kind beendigt werden, Niemand aber die Vorlage des Steisses und der Füsse des Kindes als Regel ansehen wird. Das Feststellen richtiger Bezeichnungen in der Wissenschaft ist keine Wortklauberei, da falsche Benennungen leicht su irrigen Begriffen führen.

Bei der Beschreibung der regelmässigen [gesundheitgemässen] Geburt behält der Hr. Verf., obgleich er die Annahme von drei Zeiträumen für sweckmässiger und ausreichend erachtet, die in den deutschen Lehrbüchern angenommenen fünf Zeiträume bei und giebt eine nähere Darstellung derselben im gewöhnlichen und weniger gewöhnlichen Hergange der Geburt.

Die Physiologie der Geburt ist mit Sorgfalt bearbeitet, die Thätigkeit der Gebärmutter in ihrer allmäligen Entwickelung, wie auch die der Bauchpresse während der Geburtsarbeit trefflich dargestellt. Dieses Kapitel enthält viel Beachtenswerthes. Ebenso ist mit Gründlichkeit und Umsicht der Mechanismus der Ge burt dargelegt, und die Bewegungen und Drehungen des vorliegenden Kindestheiles im mütterlichen Becken sind beobachtungstreu beschrieben. Die Geschichte des Mechanismus partus ist kurs beigefügt. Auf Grund eigner Anschauung schliesst sich der Hr. Verf. den Ansichten Naegele's, dessen Eintheilung in gewöhnliche und ungewöhnliche Lagen und Stellungen an und erläutert den Hergang der Geburt in den verschiedenen Kindeslagen durch genaue Beschreibung und viele mitunter instructive Abbildungen. — Der Verlauf der Zwillings- und Drillingsgeburt ist kurs angegeben.

Auf gediegene und umsichtige Weise setst der Hr. Verf. die Behandlung der gesundheitgemässen Geburt und des Wochenbettes ausführlich auseinander und theilt manche berücksichtigungswerthe Vorsichtsmassregel mit. Auffallend ist dem Ref., dass derselbe zum Verarbeiten der Wehen als Stützpunkt für die Füsse an das untere Ende des Bettes eine Fussbank und für die Hände 2 lange Handtücher an das Fussende der Bettpfosten befestigt anbringen lässt; da das Verarbeiten der Wehen gewiss nur ausnahmsweise und in seltenen Fällen zu empfehlen ist. Bis gegen das Ende des zweiten Zeitraumes lässt der Hr. Verf. die Kreissende nach ihrem Behagen herumgehen, sitzen oder liegen. 80bald aber der Muttermund bis zur Grösse eines Thalers eröffnet ist, räth er die Lage im Bette an, welche die Gebärende beliebig. noch verändern darf. Mit dem Beginn des vierten Zeitraumes hält er aber die Rückenlage für die beste, nur bei einer starken Abweichung der Gebärmutter nach der Seite, bei Hängebauch und bei der Gefahr eines zu raschen Durchtritts des Kopfes, nament. lich bei sprödem Damm und stürmischen Wehen empfichkt er die Seitenlage. Bei ungeberdigen Kreissenden und bei solchen, die auf eine ungestüme Weise die Wehen zu verarbeiten suchen, hat Ref. von der Seitenlage mit Entziehung aller Stützpunkte manchfachen Nutzen, zumal für die Erhaltung des Dammes, gesehen. --Der Hr. Verf. spricht sich mit Gründen für die Dammunterstütsung aus; seine Unterstützungsweise ist die früher gewöhnliche. In den geschichtlichen Bemerkungen über den Dammschuts heisst es: "Ritgen, welcher mit einem Cooper'schen Bruchmesser am äussern Rande der Vaginalöffnung 6-14 leichte Einschnitte machte, steht isolirt da." Jeden Falls ist es Pflicht eines Historikers, die Umstände anzugeben, unter welchen diese Einschnitte empfohlen worden sind und bei Ritgen um so nöthiger, als er bei

#### XI. Literatur.

verschiedenen Verhältnissen des Dammes verschiedene Verfahren angegeben hat, wovon sich der Hr. Verf. S. 122 f. in e. Ritgen's Lebr- und Handbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Mainz 1848. leicht überzeugen kann. — Wie Hüter hat auch Ref. schon zum Schutse des Dammes die Zange mit Erfolg angelegt, namentlich wenn der Kindeskopf stark gegen den hintern Theil des gespannten Mittelfieisches drückte, und nicht gegen die Schambeinfuge durch einen Druck des Handballens zu drängen war.

Ref. ist, nach seiner frühern Auseinandersetzung in den Heidelberger Jahrbüchern der Literatur, mit dem Hrn. Verf. bezüglich dessen, was er über die Aether- und Chloroformnarkose bei gesundheitgemässen Geburten sagt, ganz einverstanden. Bei diesen ist auf die Vortheile der künstlichen Anästhesie Verzicht zu leisten.

Die **Pflege der Wöchmerin und des Neuge**bormon (S. 389 – 429) ist umständlich und zweckgemäss angegeben. Bei Auseinandersetzung der Beschaffenheit der Milch hat der Hr. Verf. die Analyse von *Moleschott* übersehen. *Wolff's* Versuche über Milcherseugung bei Kühen waren ihm wohl noch unbekannt.

Der sweite Band beginnt mit der Pathologie der Schwangerschaft (S. 1-84). Bei der großen Menge von Veränderungen, welche durch die Ausbildung des Eies sowohl im Uterus, in den nahe und fern gelegenen Organen, als im ganzen Organismus hervorgerufen werden, sind Abweichungen von dem Gesundheitgemässen leicht erklärlich. Sie können Mutter und Kind und dessen Anhänge treffen. Bei Besprechung der Abweichungen mütterlicher Seits wendet sich der Hr. Verf. zunächst an diejenigen, welche der Uterus selbst veranlasst, dann an die von den naben und fernen Organen ausgehenden, zuletst an die des gauzen Organismus. Die einzelnen Beschwerden und Störungen geht er kurz durch; besondere Berücksichtigung ist der Blutung aus den Genitalien während der Schwangerschaft geschenkt. Die Form- und Lageveränderungen der Gebärmutter übergeht er hier und erörtert sie bei der Pathologie der Geburt, weil sie bei dieser vorsugsweise sur Geltung kommen. - Bei den Störungen vor-Seiten der Frucht zählt er die verschiedenen Bildungsanomalien auf und giebt die Erscheinungen des Absterbens des Fötus während des Uterinlebens an. Am Schlusse gedenkt er in kursen Umrissen der mit einer Krankheit complicirten Schwangerschaft und erinnert an die gesetzlichen Bestimmungen bei dem Tode einer Frau in den letzten drei Schwangerschaftsmonaten.

Der Pathologië der Geburt (8, 85-523) ist die

grösste Aufmerksamkeit gewidmet. Fehlerhaft wird die Geburt, wenn die Wohlfahrt der Mutter oder des Kindes, oder Beider bedroht oder wirklich gefährdet wird. Die Grade, in welchen dieses geschieht, umfassen die möglichsten Zufälle bis zum Tode. Die Grenzen des Normalen und Abnormen sind oft schwer abzustecken. Die Abweichung kann sich entweder über den ganzen Verlauf der Geburt, oder über einen Zeitraum, oder über einen Moment in demselben erstrecken. Durch gründliche Untersuchung und genaue Aualyse des einzelnen Falles muss sich der Geburtshelfer das richtige Urtheil bilden. Er hat wohl und genau darauf zu achten, wo das Gehurtshinderniss statthat, ob auf Seiten der Mutter oder des Eies. Liegt es in der Mutter, so ist su ermitteln, ob die Geburtskräfte oder die Geburtswege die Schuld tragen. In Bezug auf die Geburtskräfte sind als ursächliche Verhältnisse der Gesammtorganismus, die Wehen und die Bauchpresse näher zu erforschen, in Bezug auf die Geburtswege die äusseren Geschlechtstheile, die Scheide, die Gebärmutter, zumal der Muttermund, und das Becken su untersuchen. — Giebt das Ei Veranlassung sur Geburtastörung. so sind seine einzelnen Theile, die Frucht, das Fruchtwasser, die Eibäute, die Nabelschnur und der Mutterkuchen einer weitern Untersuchung su unterwerfen.

Hieran schliesst sich das fehlerhafte Verhältniss der Geburt zur Schwangerschaft, wenn letztere su früh oder zu spät beendet wird, wonach die seitliche Abweichung, nämlich die Früh- und Spätgeburt, den fehlerhaften Geburten beizuzählen ist. — Endlich gehört hierher die complicirte Geburt, wenn der Verlauf der Geburt durch irgend ein übles Ereigniss gestört oder unmöglich gemacht wird.

Im Wesentlichen folgt der Hr. Verf. Naegele's Eintheilung der feblerbaften Geburten.

Mit vielem Fleisse hat der Hr. Verf. die fehlerhafte Geburtskraft und die dabei su berücksichtigende Constitution der Kreissenden, die Geburtsstörung durch die Wehen, die Fehler der Gebärmutter binsichtlich der Lage- und Formabweichungen, die Geburtsstörung durch die Bauchpresse und die Fehler der Geburtswege bearbeitet.

Dem fehlerhaften Becken, seinem Einflusse auf Schwangerschaft und Geburt und dem dabei einzuhaltenden Benehmen des Geburtshelfers ist eine ganz besondere Sorgfalt geschenkt. Nachdem der Hr. Verf. das allgemein zu weite und symmetrisch zu enge Becken kurs betrachtet hat, geht er zur Erörterung des asymmetrisch zu engeff Beckens über. Er zählt hierher das rhachitische, osteomalacische, fracturirte, anchylotische, synostotische, coxarthrocacische und scoliotische Becken.

Mit besonderer Vorliebe ist das rhachitische Becken abgehandelt. Verf. betrachtet das schwach rhachitische, das eigentlich rhachitische und das atrophisch-rhachitische Becken mit jedesmaliger Rücksicht des Einflusses auf Conception, Schwangerschaft und Geburt, giebt die Diagnose und Messung genau an und verbreitet sich dann über Prognose und Behaudlung der Geburt. Die Schrift: "Das alterswidrige Becken von F. A. v. Ritgen", scheint er noch nicht gekannt zu haben. Bei Angabe des Verfahrens in dem einzelnen Falle beachtet er insbesondere die Grösse der Conjugata, die jedesmalige Lage des ausgetragenen Kindes, das Leben oder den Tod des Kindes und etwa hinzugetretene zufällige Erscheinungen, z. B. Vorfall der Nabelschnur, Vorfall des Armes neben dem Kopfe. An die vom Hrn. Verf. angegebenen Maasse der Conjugata werden sich wohl die Praktiker bei ihrer Verfahrungsweise nicht genau binden. Das, was Stein jun., Betschler, Naegele jun., v. Ritgen und Referent über den Mechanismus der Geburt in dem nicht allzubeschränkten rhachitischen Becken veröffentlicht haben, hätte wohl der Berücksichtigung verdient, da es der Beobachtung entnommen ist. Das Verfahren des Geburtshelfers bei engem Becken fordert eine reifliche Erwägung aller obwaltenden Umstände, wie auch eine genaue Kenntniss der Mittel, deren sich die Natur zur Vollendung der Geburt unter solchen Verhältnissen bedient.

Um nachzuweisen, wie weit die Ansichten der jetzigen Coryphäen in der Geburtshülfe nicht blos über die Eintheilung der Beckenverengung, sondern auch über den dabei zu wählenden Operationsact abweichen, hat der Hr. Verf. die Angaben von Carus, Kilian, Busch, Naegele, Grenser, v. Siebold, Kiwisch und Scanzoni zusammengestellt.

Das osteomalacische Becken wurde vom Hrn. Verf. viel kärglicher bedacht. Die Symptomatologie, Genesis, Diagnose und Behandlung der Osteomalacie gehören in ein Lehrbuch der Pathologie und Therapie, nicht aber in ein Handbuch der Geburtsbülfe. Trotz der weitläufigen Auseinandersetzung dieser Punkte hat der Hr. Verf. doch unberührt gelassen, dass Rhachitis und Osteomalacie keine wesentlich verschiedene Krankheiten sind. Schon Glisson beantwortete in der Mitte des 17. Jahrhunderts die Frage: ob die Rhachitis der Kinder und die der Erwachsenen eine und dieselbe Störung sei? mit Ja. Die anatomische Verschiedenheit der Rhachitis und Osteomalacie lassen sich, wie schon Trousseau und Lasögue und Henle bemerken, aus den Alters- und Entwickelungsverschiedenheiten der Knochen erklären. Die in der neueren Zeit von Naegele, Krombhols, Wallach, Otto, Grenser, Schöller und Hohl gefundenen, der osteomalacischen Verkrümmung äbnlichen kindlichen Becken geben der Ansicht von Glisson, die auch anderweitig durch die pathologisch - anatomischen Untersuchungen von Herm. Meyer und Hohl unterstützt wird und in jüngster Zeit immer mehr Anhänger findet, ein stärkeres Gewicht.

Bezüglich des fracturirten Beckens zählt der Hr. Verf. die einzelnen bekannt gewordenen Fälle auf, in welchen durch schiefe Heilung oder Callusbildung die Räumlichkeit des Beckens beschränkt worden ist. In der Regel heilen, wenn nicht wegen anderweitiger Verletzungen der Tod erfolgt, Brüche der Beckenknochen mit bleibender Dislocation der Bruchenden, wodurch je nach dem Sitze der Fractur Abweichungen der Form und Grösse des Beckens vorkommen. Der Hr. Verf. ist der Ansicht, es walte hier die Eigenthümlichkeit, dass die Fractur in der Nähe einer Symphyse auch ihren Einfluss auf diese erstrecke, so dass, während der Bruch sich consolidire, in ihr ebenfalls eine Knochenablagerung stattfinde, die zur vollständigen Synostose führen, ja dass schon Zerrung der entfernten Fuge dieselbe Wirkung haben könne, worin ein Wink für die Genesis der synostotischen Becken gegeben sei. Der vom Hrn. Verf. für diese Meinung als Beleg citirte Fall von A. G. Otto lässt, wenn man auch den Einfluss der Fractur eines Beckenknochens in der Nähe einer Symphyse auf diese nicht hestreiten will, doch Zweifel zu. Otto's Annahme, der rechte Schoossast sei bei der ersten Entbindung durch die Gewalt der Zange zerbrochen, die Schoossfuge gesprungen und die rechte Kreuzhüftbeinverbindung auseinander gewichen, ist nicht absolut nothwendig zur Erklärung der Erscheinungen an den genannten Fugen; indem die durch starke Quetschung der Weichtheile und der Beckenknochen entstandene weitgreifende Entzündung bei diesem allgemein zu kleinen Becken nach so schwerer und langdauernder Entbindung zur Erklärung der Vorgänge ausreicht.

Unter der Aufschrift "Das anchylotische Becken" erwähnt der Hr. Verf. nur kurs der Anchylose des Steissbeins, weil es im Becken nur ein wirkliches Gelenk, nämlich das zwischen dem Kreuz- und Steissbein, gebe. Den Einfluss dieser Anchylose auf die Geburt hält er meist für unerheblich; denn obgleich Trefurt behaupte, dass der Austritt des Kopfes wesentlich erschwert werde und der Hülfe der Zange bedürfe, ja Beispiele anführe, in denen der andringende Kindeskopf das verwachsene Steissbein unter einem deutlichen Krachen abgebrochen, so habe man doch auch beobachtet, wie bei dieser im Gansen seltenen Anchylose die Geburt ungestört vorübergegangen sei. Hier hätten Gwill. de la Motte (Traité complet des accouchemens naturels, non naturels et contre nature. p. 201) und Will. Smellie (A collection of cases and observations in midwifery. V. IL p. 6) Erwähnung verdient, da der Erste versichert, niemals eine Behinderung der Geburt durch eine Abnormität des Kreussteissbeingelenkes wahrgenommen su haben, und der Letste swei Fälle von Verknöcherung des Steissbeingelenks ohne Erschwerung dar Geburt beobachtet bat. Joh. eon Hoorn (Die swo um ihre Gottesfurcht und Treue willen von Gott wohl belohnte Weh-Mütter Siphra und Pua. Stockholm und Leipzig 1726. S. 72) war wohl der Erste, der auf die Steissbeinanchylose aufmerksam gemacht hat.

Ein synostotisches Becken nennt der Hr. Verf. dasienige. in welchem eine oder beide Hüftkreusbeinfugen verknöchert sind, sei es, dass diese Verknöcherung in einer Auflagerung oder Einlagerung von Knochenmassen besteht. Von geburtshülflichem Interesse sind vorzugsweise die Knocheneinlagerungen, da sie eine Deformität erseugen, welche einen grossen Einfluss auf das Geburtsgeschäft übt. Streng genommen gebört unter diese Rubrik auch die Verknöcherung der Schamfuge. Der Hr. Verf. handelt hier von dem einseitig oder schräg verengten und von dem doppelseitig oder querverengten Becken. Bezüglich der Entstehung solcher Becken glaubt er, dass sowohl ein Bildungsfehler als auch ein pathologischer Vorgang Anlass dazu geben könne. Er führt die verschiedenen Ansichten von Naegele, Martin, Danyau und v. Ritgen an und spricht sich endlich dahin aus. dass die meisten synostotischen Becken Veränderungen zeigen, welche man nur als das Erseugniss eines pathologischen Processes ansehen könne. Die Ansichten Busch's, Hohl's, Litzmann's und die neueste Ansicht Robert's über die Entstehungsweise dieser Becken waren dem Hrn. Verf. nicht bekannt. Ebenso kannte er noch nicht das von Seyfert und Lambl beschriebene querverengte Becken der Zigeunerin und das (von H. F. Naegele kurz augedeutete, von Scansoni nach einem Abdrucke in Papier måché aus der Fabrik von Guy-ainé abgebildete) in jüngster Zeit von F. Robert genau beschriebene und bildlich dargestellte querverengte Becken aus Paul Dubois's Sammlung.

In Besug auf die Diagnose des schrägverengten Beckens hat sich der Hr. Verf. fast gans auf die Angaben Naegele's beschränkt mit dem Beifügen, man möge die äussere Untersuchung durch die innere mit der halben Hand vervollständigen. Die Verfahrungsweisen zur Feststellung der Diagnose von Stein jun., Martin, o. Ritgen, Walter - Hunnius, Michaelis, Hayn und Litsmann, die von Hohl (das schräg-ovale Becken; Leipzig 1852, 8. 42 ff.) grossentheils schon susammengestellt sind, blieben unbeachtst. -Auffallend ist, dass der Hr. Verf. nicht erwähnt', dass es einseitig synostotische Becken ohne einseitige oder schräge Verengung giebt, und dass man schrägverengte Becken ohne Synostose findet. Crève sah 250 Ileosacralsynostosen ohne der schrägen Verengung zu gedenken. Weidmann und Sömmerring sahen ebenfalls solche Bekken, ohne dass ihnen die schrägovale Form aufgefallen wäre. Ritgen fand unter 14 Seitenbeckenbeinen, welche mit dem Kreuzbein mehr oder weniger in knochige Verbindung getreten, nur ein einziges mit der betreffenden Schiefheit des Beckens. Naegele und Caseaux führen schräg-verengte Becken mit einseitiger Atrophie des Kreuzbeins in der angrenzenden Hüftbeinpartie ohne Synostose an.

Mit Recht behauptet der Hr. Verf. in Uebereinstimmung mit Kilian, dass die schräg-ovale Form des Beckeneingangs keineswege das Charakteristische des einseitig synostotischen Beckens sei; denn man findet, ausser dem eben erwähnten, die schrägovale Form bisweilen auch beim coxarthrocacischen und rhachitischen Becken.

Unter der Aufschrift "Das coxarthrocacische Becken" beschreibt der Hr. Verf. a) das einseitig eingedrückte, b) das doppelseitig eingedrückte Becken. Carl Conr. Theod. Litzmann's treffliche Schrift: Das schräg-ovale Becken, mit besonderer Berücksichtigung seiner Entstehung im Gefolge einseitiger Coxalgie. Kiel 1853, und v. Ritgen's gediegene Abhandlung: Ueber die Erkenntniss des coxalgisch-schrägen Frauenbeckens (Monatsschr. für Geburtsk. Bd. II. Hft. 6. 8. 433 ff.) standen dem Hrn. Verf. bei Ausarbeitung seines Werkes noch nicht zu Gebote.

Bezüglich des scoliotischen Beckens bemerkt der Hr. Verf. im Allgemeinen nicht mit Unrecht, dass die Verbiegung der Wirbelsäule, abgesehen von der rhachitischen Verkrümmung, die das Becken mitergreift, nicht leicht einen so beträchtlichen Einfluss auf Form und Räumlichkeit des Beckens ausüben, dass daraus ein Geburtshinderniss entstehe; weil gewöhnlich jene Abweichungen der Wirbel nicht in der frühesten Jugend eintreten, sondern erst dann, wenn die Beckenknochen, zumal das Kreuzbein, schon soweit consolidirt sind, und ihre Befestigung so weit erstarkt ist, dass sie nur wenig verbogen und aus der Lage gedrängt werden

konnen. Auch kann die scoliotische Verkrümmung einen hohen Grad erreichen, wenn sie im späteren Alter durch eine kraukhafte Zerstörung der Wirbelkörper auftritt, ohne dass das Becken feblerhaft wird. Allein der Hr. Verf. hat, wie fast alle Geburtshelfer, die von Rokitansky so meisterhaft beschriebenen Missetaltungen des Beckens in Folge der verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsäule nicht in's Auge gefasst, und ein von diesem (in den österreich. medicin. Jahrbüchern. Neue Folge. Bd. 19.) 1839 geschildertes, für die Geburtshülfe höchst interessantes Becken gans unbeachtet gelassen. An diesem Becken ist, nach Rokilansky's Beschreibung, der erste Kreuzwirbel ungewöhnlich niedrig und nimmt mittelst zweier nach innen sehender, leicht concaver Gelenkflächen vor und über der Synchondrosis sacro-iliaca zwei vom untern Seitentheile des letzten Lendenwirbels abgehende Gelenkfortsätse so auf, dass letzteres im Kreusbeine wie eingekeilt erscheint, wobei es zugleich über die sehr abhängige Verbindungsfläche des genannten Kreuzwirbels sehr tief in das Becken gerückt ist und eben vor ihm auf 4" hervorragt. - Täuscht Ref. sich nicht, so gehört dieses von Rokitansky beschriebene Becken der. Gattung an, von welcher in jüngster Zeit H. F. Kilian in der sehr lehrreichen Abhandlung: "De Spondilolisthesi gravissimae pelvangustiae caussa nuper detecta. Bonnae 1853", die Beschreibung und Abbildung zweier Exemplare geliefert hat. Kiwisch (Die Geburtskunde. Erlangen 1851, II. Abth. S. 168 f.) hatte auf diese Beckengattung die Aufmerksamkeit der Geburtshelfer gelenkt.

Ueber die Geschwülste im Becken hat sich der Hr. Verfetwas weitläufig verbreitet. Die Exostosen im Becken sind su wenig berücksichtigt, den stachelförmigen geschieht kaum eine Erwähnung. Scansoni (Lehrb. der Geburtsh. 2te Aufl. S. 365) macht auf ein merkwürdiges Exemplar eines mit einer Unsahl compacter, pilzähnlich aufsitzender, gleichsam aufgeleinter, glatter, erbsen- bis bohnengrosser Exostosen besetzten Beckens im Prager pathologisch-anatomischen Museum mit wenigen Worten aufmerksam. Leider! erfahren wir über die Entbindung nur, dass diese mit der Zange beendet und dabei eine brückenförmig vom Kreusbeine über die rechte Synchondrosis sacro - iliaca zum rechten Darmbein gespannte, etwa 1" lange und 3" breite Exostose abgebrochen worden ist. Auch an die Geschwülste im Becken knüpft der Hr. Verf. geschichtliche Bemerkungen.

Die regelwidrige Tiefe des Beckens ist nur kurs berührt. Bei der regelwidrigen Neigung des Beckens bemerkt der Hr. Verf., dass weder eine zu geringe noch zu starke Neigung einen grossen Nachtheil auf Schwangerschaft und Geburt übe; doch könne mau der su starken am ehesten einen solchen zuschreiben.

Die fehlerhafte Geburt von Seiten des Eies kann durch jeden Eitbeil, Frucht, Nabelschnur, Eihäute, Mutterkuchen und Fruchtwasser bedingt werden.

Die Gehurtsstörung durch die Frucht wird veranlagst durch fehlerhafte Lage eines Kindestheiles, durch unsweckmässige Lage des ganzen Kindes, durch ungewöhnliche Grösse des ganzen Körpers oder einselner Theile und durch den Tod der Frucht während der Geburt. Mit vieler Sorgfalt und Umsicht sind das fehlerbafte Einstellen und der fehlerbafte Durchtritt des Kopfes, die seiteneren Kopflagen (Ohrlage, Stirnlage, Gesichtslage), der Vorfall der Extremitäten neben dem Kopfe, die fehlerhafte Lage der gansen Frucht, die Geburtsstörung durch übermässige Grösse der Frucht, durch Verknöcherung der Fontanellen, durch Wasserkopf, durch unförmlichen Leib des Kindes, durch Verwachsung von Zwillingen in diagnostischer und therapeutischer Besiebung bearbeitet. - Eine wirkliche Querlage des Kindes, wobei der Rücken oder Bauch dem Muttermunde entspricht, nimmt der Hr. Verf. bei einer ausgetragenen Frucht von gewöhnlicher Grösse nicht an, er bestreitet vielmehr aus der Eiform der Frucht und der ihr entsprechenden Gestalt des Uterus am Ende der Schwaugerschaft deren Möglichkeit. Mit Lee hält er die Abbildung auf der 33. Tafel des Werkes von W. Smellie, wo der Nabel des Kindes auf dem Muttermunde liegt und die Nabelschnur bis vor die äussern Genitalien vorgefallen ist, wie auch die äbnlichen Abbildungen in dem Buche der Boivis für imaginär. Er lässt nur die Schulterlagen gelten. Bekanntlich nehmen die Lachapelle, Paul Dubois, Cazeaux, Hunter, Lee, Merriman, Gooch, Boër, Osiander, Naegele, Ed. v. Siebold, Kilian, Grenser, Kiwisch, Scansoni u. A. ebenfails nur Schulterlagen an; wogegen Solayres de Rhenac, Baudelocque, Burns, Ramsbotham, Froriep, Joerg, Carus, Busch u. A. theils Nacken-, Hals-, Bauch- und Brustlagen, theils nur Brust- und Bauchlagen neben den Schulterlagen sulassen. - Die Selbstwendung und Selbstentwickelung des Kindes bei Schulterlage schildert der Hr. Verf. mit besonderer Berücksichtigung der Angaben Busch's. In den geschichtlichen Bemermerkungen führt er die verschiedenen Annahmen der Schriftsteller über die Schieflage des Fötus an und hält La Motte für deu Ersten, welcher die Ueberführung der Schulterlage in die Steisslage durch Naturkräfte lehrte, und Röderer für den Ersten, welcher

die Schultergeburt, unter der Beseichnung "partus corpore conduplicato", schilderte.

Den Vagitus uterinus nach zerrissenen Eihäuten giebt er su, bestreitet aber die Möglichkeit desselben vor dem Wasserabgange.

Mit Fleiss und Sorgsamkeit sind die Geburtsstörungen durch die Eihäute, durch die Nabelschnur, durch den Mutterkuchen und die dadurch veranlassten Blutungen abge-Dem Vorfall der Nabelschnur, der fehlerhaften Lösung handelt. des Mutterkuchens, der Placenta praevia und der versögerten Lösung des Kuchens im fünften Zeitraume ist eine besondere Aufmerksamkeit in theoretischer und praktischer Beziehung gewidmet. Bei Placenta praevia und starker Blutung stimmt der Hr. Verf. für schleunige Entfernung des Kindes durch die Wendung nebst Extraction, wenn die Hand ohne Gewalt durch den Muttermund dringen kann. Nicht sowohl die Grösse der Oeffnung des Muttermundes, als dessen Nachgiebigkeit muss die Frage entscheiden, ob man es wagen darf, mit Hülfe der Hand die Erweiterung des Mundes zu beschleunigen oder ob man dessen Eröffnung durch Erwecken stärkerer Weben der Gebärmutter selbst überlassen soll. Sind die Ränder des Mundes weich und nachgiebig, wie es in der Mehrsahl bei beendeter Schwangerschaft und reichlicher Blutung der Fall ist, so muss man voll Zuversicht an die Operation gehen. Es ist um so weniger zu saudern, als es sich hier oft um Minuten handelt und durch Versögerung der Hülfe Frauen häufig zu Grunde gehen. Ist die Schwangerschaft noch nicht beendet, sind noch keine Wehen eingetreten, oder die eingetretenen noch zu schwach, der Mutterhals noch lang, seine Lefsen hart und unnachgiebig, dann würde ein Versuch, mit-der Hand in die Gebärmutter einsudringen, vergeblich sein, oder er könnte, sollte er dennoch mit Gewalt durchgesetzt werden, durch Einreissen des Parenchyms ein trauriges Ende herbeiführen, oder der harte Muttermund würde nur die operirende Hand, aber nicht die Schultern und den Kopf des gewendeten Kindes durchlassen. In diesem Falle muss der Muttermund erst für die Eröffnung vorbereitet, und swar durch die eigene Kraft der Gebärmutter so weit eröffnet werden, dass er die Wendung gestattet. Ein Mittel, welches diesen Uebergang herbeisuführen vermag, liefert der Tampon, der hier um so wirksamer ist, als er bis dicht an die blutende Fläche reicht. Ist der Kräftezustand nicht zu sehr gesunken, so wird dieses Mittel seinen Dienst nicht versagen, bei hohem Grade von Erschöpfung aber die Eröffnung mittels der Hand keine ernstliche Hindernisse finden. Hüter's Thierblase und Braun's Colpeurynter als Tampon erwähnt

der Hr. Verfasser nicht. Ganz aus der Erfahrung gegriffen, worauf Ref. schon 1842 aufmerksam gemacht hat, ist die Bemerkung des Hrn. Verf's, dass die heftigsten Blutungen oft gleich nach Lösung des Mutterkuchens eintreten und es der kräftigsten Mittel bedürfe, diesen eine Schranke zu setzen. Ref. sah 9 Tage nach der künstlichen Entbindung bei Placenta praevia eine dem Leben der Wöchnerin in hohem Grade gefahrdrohende Blutung eintreten, nachdem der ganze Verlauf des Wochenbettes auch nicht die geringste Gefahr mehr ahnen liess Der Hr. Verf. räth in solchen Fällen eiskalte Injectionen von Wasser, gemischt mit gleichen Theilen Weinessig oder Franzbranntwein an. Innerlich giebt er Secale cornutum zu 1 Scrupel mit einer Drachme Tinct. Cinnamom. viertelstündlich. Sollte diess vergeblich sein, dann räth er das Einlegen von Eisstücken in die Vaginalportion, so wie das Auflegen eines nassen Sandsackes von 5-6 Pfund auf den Unterleib an, da dieser durch seine Schwere in Verbindung mit Kälte energische Contractionen sowohl im obern als untern Theile der Gebärmutter zu erwecken vermöge. Bei raschem Sinken der Kräfte empfiehlt er die Compression der Aorta mittels der Hand durch die Bauchdecken und selbst die Transfusion. Der Einbringung der Hand in den Uterus und der Entwickelung der Extremitäten erwähnt er nicht. Ref. hat von Einspritzungen einer verdünnten Auflösung von Ferrum muriatic, oxydulat, und oxydat, in die Gebärmutter mehrmal in verzweifelten Fällen raschen, günstigen Erfolg beobachtet, dagegen hat er nie eine erspriessliche Wirkung selbst von lange fortgesetzter Compression der Aorta gesehen.

Bei verzögerter Lösung des Mutterkuchens im fünften Zeitraume schliesst sich der Hr. Verf. denjenigen an, die eine baldige künstliche Lösung empfehlen. Er will sie über 2 Stunden nach dem Ausschlusse des Kindes nicht surücklassen. Im Allgemeinen dürfte dieser Ausspruch als Grundsatz anzunehmen sein. — Den Sits der Incarceratio placentae sucht der Hr. Verf., wie Ref. schon früher angegeben, im Muttermunde und deren Ursache, ebenfalls wie Ref., in einem Krampfe desselben.

Unter der Ueberschrift: "Der regelwidrige Eintritt der Geburt", ist die Früh- und Spätgeburt abgehandelt und besonders der Abort ausführlich und gut bearbeitet. Bei der Spätgeburt theilt er die Ansicht verschiedener Schriftsteller und die Beobachtungen mehrerer Geburtshelfer mit.

Eine Complication der Geburt nimmt man dott an, wo ungewöhnliche Ereignisse eintreten, welche vorzugsweise von einem krankhaften Zustande der Geburtskräfte oder Wege ausgehen.

Ferner von einer krankhaften Sympathie der nah oder fern gelegenen Organe. Hierzu zählt man sowohl innere als äussere Blutungen aus dem Bereich der Genitalien, Rupturen des Uterus, der Scheide, des Dammes, Krampf einzelner Organe, sowie des ganzen Ein grosser Theil dieser Geburtscomplicationen ward Körpers. schon früher berührt, der Hr. Verf. stellt sie aber hier noch einmal übersichtlich zusammen, um die Erkenntniss, Würdigung und Behandlung dieser meist bedenklichen Zufälle zu erleichtern, Ausführlich verbreitet er sich über die Eclampsie. Unter der Ueberschrift "Geschichtliches" stellt er die verschiedenen Ansichten über den Umfang dieser Krankheit, über die Diagnose, über das Verhältniss der Wehe und des Anfalls, über die Zeit des Eintritte. über die schweren Folgen sowohl während als nach dem Anfaile, über die Ergebnisse der Section, über die Entstehung und über die Behandlung zusammen. Bezüglich der Annahme von Urämie als Bedingung der Eclampsie sagt der Hr. Verf .: "Dieser chemischen Auffassung von Frerichs würden wir als pathogenetischem Versuche keinen grösseren Werth beilegen, wenn nicht für die Praxis Consequenzen zum grossen Nachtheil der Kranken erwüchsen. Bei einer toxischen Auffassung der Eclampsie muss man folgerecht an die antitoxische Behandlung als an die Hauptsache sich wenden, und an Stelle des Aderlasses und der Antiphlogistica Säuren setzen, wie wir dies schon bei Prof. Litzmann sehen, welcher Acidum benzoicum und Acidum citricum zur Neutralisation der giftigen Ammoniakverbindung in Anwendung bringt. Aus diesem Grunde müssen wir die Deutung, als entstände die Eclampsie lediglich durch eine Umsetzung des Harnstoffs in kohlensaures Ammoniak als eine bis jetzt noch des Beweises bedürftige, und sowohl mit der pathologischen Anatomie als der Therapie unvereinbare von der Hand weisen."

Die **Pathologie des Wochenbettes** (S. 525 – 589) umfasst hier nur jene krankhaften Erscheinungen, welche in unmittelbarem Anschluss an den Geburtsakt vorzugsweise die Thätigkeit des Geburtshelfers beanspruchen, also nur die Uterinblutungen und die Nachwehen. Die Gebärmutterblutungen im Wochenbette sind in pathologischer und therapeutischer Hinsicht sorgfältig dargestellt, und es ist eine geschichtliche Uebersicht des dabei eingehaltenen Verfahrens und der einzelnen in verschiedenen Zeiten empfohlenen Mittel beigefügt. Hier erwähnt der Hr. Verf. des von *Ritgen* angerathenen Einführens der Hand in die Gebärmutter. Den Dammriss, den Vorfall und die Umstülpung der Gebärmutter hatte der Hr. Verf. schon früher einer näheren Betrachtung unterzogen.

Den fehlerhaften Nachweben widmet der Hr. Verf. nur wenige Zeilen.

Bei der **Pathologie der Neugebormen** (8. 591 bis 614) erwähnt derselbe nur diejenigen Zufälle insbesondere, welche als unmittelbare Folge der Geburt angesehen werden können und demuach die Hülfe des Geburtsbelfers sunächst in Anspruch nehmen. Er beschäftigt sich hier mit dem Scheintod, der Lebensschwäche, der Kopfgeschwulst, den Verletzungen und Läbmungen der Neugebornen.

Hiermit schliesst der Hr. Verf. sein Werk. Das Ganze ist in einem wissenschaftlichen Geiste und die einzelnen Kapitel sind mit Sorgfalt und Umsicht bearbeitet; allein derselbe hat su viel Ueberflüssiges, in die Geburtshülfe nicht Gehöriges aufgenommen, das Fach überhaupt zu weit ausgedehnt. Merst er das Unnötbige aus, lässt er viele Tafeln, die grösstentheils doch nur Nachbildungen aus andern Werken sind, weg und fügt er dafür die geburtshülfliche Operationslehre in einer folgenden neuen Auflage bei, so kann sich diese Schrift unsern bessern Lehr- und Handbüchern der Geburtshülfe an die Seite stellen. — Die häufigen Druckfehler in den Eigennamen sind wohl der Entfernung des Verfassers vom Druckorte zuzuschreiben. Die typographische Ausstattung ist sonst lobenswerth.

Mainz.

Dr. Franz Ludwig Feist.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

# XII.

# Geburtshinderniss durch ausserordentliche Vergrösserung der Nieren des Fötus.

#### Von

### Dr. Ed. von Siebold in Göttingen.

Zu den selteneren Abnormitäten, welche auf den Umfang einzelner Körpertheile des Kindes den entschiedensten Binfluss haben und seine Ausscheidung bei der Geburt erschweren, gehören die Vergrösserungen der Nieren. Zu den wenigen Beobachtungen, welche uns darüber die geburtshüfliche Casuistik darbietet, soll in dem Folgenden ein neuer Beitrag geliefert werden.

Sophie O., 21 Jahr alt, zum ersten Male schwanger, wollte Mitte April 1859 empfangen und sich bis Anfang November stets wohl befunden haben. Um diese Zeit verlor sie eine sehr beträchtliche Menge Wasser aus der Scheide; dass dieses wahres Fruchtwasser gewesen, ist nicht zu bezweifeln, da bei der nach 4 Wochen eintretenden Geburt sich weder eine Blase gestellt, noch sonst Abgang von Fruchtwasser zu bemerken war. Die Geburt selbst nahm den 3. December früh 6 Uhr ihren Anfang: der Kopf lag vor, indessen liess die eigenthümliche Bildung desselben seine Stellung nicht deutlich erkennen. Alle Nähte klafften, was besonders an der Pfeilnaht in auffallendem Grade stattfand; die grosse Fontanelle war besonders gross und verlief weit in die Sutura sagittalis hinein. Ein vorhandéner Wasserkopf war daher nicht zu verkennen. Die auf dem Gebärbette angestellte Auscultation liess aber die Monatssehr. f. Geburtsk. 1884. Bd. IV. Bft. 3. 11

## 162 XII. Dr. v. Siebold, Geburtshinderniss durch

Herztöne des Kindes deutlich in der rechten Mutterseite erkennen: die Wehen liessen nichts zu wünschen übrig, der Muttermund öffnete sich allmälig mehr, der Kopf drang durch denselben und ward Nachmittags 42 Uhr geboren. nachdem die Geburtsschmerzen 10<sup>2</sup> Stunden gedauert hatten. Eine Umschlingung der Nabelschnur um den Hals konnte leicht über den Kopf hinübergestreift werden. Nun aber trat trotz der kräftigsten Contractionen des Uterus der Rumpf nicht weiter und forderte daher zum Einschreiten der Kunst auf. Ein Versuch, das Kind mittels der in die Achselhöhlen gebrachten Zeigefinger zu entwickeln, führte nicht zum gewünschten Ziel: das Kind konnte auf diese Weise nicht vorwärts gebracht werden. Es wurden daher die Arme gelöst, welche sich wider Vermuthen ausserordentlich klein zeigten; mit voller Kraft konnte nun mit beiden Händen an den durch die Entwickelung der Arme tiefer gekommenen und die äusseren Geschlechtstheile bereits überragenden Schultern gezogen werden, der bedeutende Widerstand aber liess nun eine abnorme Beschaffenheit des kindlichen Bauches vermuthen, wodurch dessen Ein- und Durchtritt durch die Beckenhöhle erschwert wurde. Eine nähere Untersuchung konnte nicht angestellt werden, da die in das Becken eingetretenen Theile dasselbe nach allen Richtungen hin ausfüllten. Mit dem grössten Kraftaufwande gelang es endlich noch den Händen, das (weibliche) Kind zu entwickeln, dessen Rumpf fast nur aus einem Bauche zu bestehen schien, so sehr war dieser in seinem Umfange ausgedehnt. Dieser betrug 17 Zoll von der Wirbelsäule bis über den Nabel herüher gemessen, die Länge des Bauchs vom nach oben gedrängten Processus xyphoideus bis zur Symphysis ossium pubis hatte 8 Zoll; das Kind war 7½ Pfd. burg. Gewicht schwer, seine Länge betrug 17", der Kopfumfang 14". Die Extremitäten waren sehr klein, wie sie bei einem siebenmonatlichen Kinde zu sein pflegen, offenbar waren sie in ihrer Ausbildung zurückgeblieben. Uebrigens hatte das Kind nach seiner Ausscheidung ein paar Athemzüge gethan, konnte aber zum vollen Leben nicht gebracht werden. Die Nachgeburt, welche bald nach der Ausscheidung des Kindes

von selbst abging, bot nichts Bemerkenswerthes; das Befinden der Mutter im Wochenbette blieb ein gutes.

Die am andern Tage angestellte Section, welche mein verchrter Freund und College Professor Dr. Förster unternehm, gab uns Aufschluss über die Ursache dieser ungewöhnlich schweren Entbindung. Schon die Percussion des Unterleibs liess feste Theile erkennen, welche den Bauch zu solch enormer Grösse ausgedehnt hatten. (Das Kind ward noch vor der Section abgezeichnet, und ich habe die Zeichnung in meinem Lehrbuche der Geburtshülfe, 2. Aufl. Braunschweig 1854. 8. S. 199. Fig. 66. in verjüngtem Maassstabe als Holzschnitt mitgetheilt.) Nach der Bröffnung der Bauchhöhle, aus welcher ein paar Esslöffel voll dünnen, gelblichen Serums herausgeflossen waren, zeigten sich sofort zwei enorme Geschwülste, rechts und links liegend. welche wie in einem Spalte die Gedärme zwischen sich bargen. Diese Tumoren wurden als die widernatürlich beschaffenen Nieren erkannt, welche den Bauch besonders nach den Seiten hin so beträchtlich ausgedehnt hatten. Es wurden die Nieren mit der nöthigen Vorsicht herausgenommen und einer genaueren Untersuchung unterworfen, deren Resultat sich als folgendes darstellte.

Das Gewicht beider Nieren beträgt beinahe 2 Pfund medic. Gew. Jede Niere ist 6" lang, 4" breit und 3" dick, stark gelappt, so dass sie nicht unähnlich der Oberfläche der grossen Hirnhemisphären zahlreiche Gyri mit tiefen Sulcis zeigen: die Zellhülle ist sehr fettarm, die Kapsel zart und der Oberfläche der Nieren fest anhängend. Nach deren Entfernung an verschiedenen Stellen zeigt sich die Oberfläche der Niere normal gefärbt, sehr locker, rauh durch eine äusserst feine Granulation, hie und da bemerkt man eben noch mit blossem Auge erkennbare, mit heller farbloser Flüssigkeit gefärbte Cystchen. Die Fläche eines in der gewöhnlichen Weise geführten Schnittes durch die Niere zeigte eine von der Norm völlig abweichende Textur. Es findet durchaus keine Sonderung zwischen Pyramiden und Rindensubstanz statt, sondern der grösste Theil der Niere besteht aus kleinen, eben noch mit blossem Auge sichtbaren Cystchen, neben welchen auch viele grössere von

## 164 XII. Dr. v. Siebold, Geburtshinderniss durch

¿ bis & Lin. Durchm. und weiche lockere, granulirte Nierensubstanz zu sehen ist. Die Cystchen haben hellen, farblosen Inhalt, liegen eng aneinander, an der Oberfläche der Niere sind sie ausserordentlich klein, und neben ihnen ist noch solides, aber sehr weiches und feinkörniges Nierengewebe vorhanden; nach dem Hylus zu werden sie grösser und constituiren fast das ganze Gewebe, indem sie enge aneinander liegen und zwischen ihnen nur sehr wenig solides Nierengewebe vorhanden ist. Die Schnittfläche zeigt ferner, dass die Einschnitte zwischen den gröberen Lappen fast durch die ganze Dicke der Nieren gehen, während die zwischen den kleineren Lappen seichter sind. Die Kelche und das Becken sind der Vergrösserung der Nieren angemessen ebenfalls vergrössert, die Kelche weite Blindsäcke bildend, in welche keine Pyramidenpapille einragt. Die Ureteren sind normal dick, daber im Verhältnisse zu den grossen Nieren sehr dünn, sie sind normal gebaut und nach oben und unten permeabel, so dass eine in sie eingeführte Sonde nach aufwärts in das Becken, nach unten in die Blase gebracht werden kann. Die Blase ist contrahirt, leer, die Urethra normal. Die Nebennieren sind platt und stark atrophisch.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt: 1) Da, wo mit blossem Auge keine Cystchen zu sehen sind, und das Gewebe solid, aber locker, weich und schwammig ist: a) gewundene normale oder meist gleichmässig und spindelförmig erweiterte Harnkanälchen mit übrigens normaler Textur eingebettet in lockeres, sparsames, gefässreiches Bindegewebe, daneben normale malpighische Körperchen. b) Blasenförmig erweiterte Harnkanälchen: ein Harnkanälchen von the Durchm. erweitert sich plötzlich zu einem runden Sack von 1." Durchm., aus welchem es en der entgegengesetzten Seite in normaler Weise wieder abgeht; oder der Sack erscheint nach einer Seite blind zu endigen, wobei aber möglicher Weise das abgehende Kanälchen übersehen sein kann. Die Säcke haben ganz die Textur der Kanälohen selbst: Homogene Grundmembran und Pflasterepithelium. Ihr Inhalt ist eine durchsichtige (flüssige) Substanz, so dass man bei verschiedenen Einstellungen des Focus den Sack

in genzer Dieke betrachten kann. 2) Die kleinsten mit blossem Auge sichtbaren Cystchen bestehen aus eben solchen aus Erweiterung der Harnkanälchen hervorgegangenen Säkken, das einmündende und ausmündende Kanälchen ist aber hier schon sehr selten zu finden, doch an einzelnen Objecten deutlich nachweisbar, die Wand besteht aus der homogenen Grundmembran und Pflasterepithelium, das umgebende auseinandergedrängte Bindegewebe bildet eine dünne Lage um den Sack als erster Anfang einer fibrösen Cystenwand. 3) Die grösseren Cystchen sind abgeschlossen und es lassen sich nirgend ein- oder ausmündende Harnkanälchen entdecken; ihre Wand ist fibrös, innen aber liegt die mit Epithelium überzogene Grundmembran und es wird dadurch gewiss, dass auch sie aus sackiger Erweiterung der Harnkanälchen hervorgehen, indem bei steigendem Wachsthum des Sackes allmälig das Kanälchen schwindet, und das umgebende Bindegewebe sich als fibröse Wand eng anlegt und verdickt. (Diese Cysten lassen sich völlig frei herauspräpariren, zum Zeichen, dass sie nicht etwa Lumina durchschnittener colossal erweiterter Kanälchen sind.)

Die beschriebenen Organe gehören also zu den fötalen Blasen- oder Cystennieren. S. *Förster*, Lehrb. der pathol. Anatomie. 3. Aufl. Jen. 1853. 8. S. 406, und Abbild. bei *Cruveilhier* Livr. 6. Pl. 6.

Ausserdem zeigte sich Hydrocephalus internus mit Verdünnung der Wandungen der grossen Hemisphären des Gehirns, daher die enorme Vergrösserung der Nähte und Fontanellen.

Eine Abbildung des vorstehenden Falles zu geben, um die Beschaffenheit und Lage der Nieren nach geöffneter Bauchhöhle zu verdeutlichen, glaubte ich mich um so mehr überheben zu können, da sich eine ganz ähnliche Beobachtung von Fr. Oesterlen in der früheren Reihenfolge unsers Journals (Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. 8. S. 384) abgedruckt findet, welcher eine sehr instructive Abbildung beigegeben ist, die mit dem hier mitgetheilten Falle die grösste Aehnlichkeit hat, so dass ich sie dreist für die Abbildung meines Falles ausgeben könnte. In der Oesterlen'schen Mittheilang hatte die Hebamme, noch ehe der herbeigerufene

## 166 XII. Dr. v. Siebold, Geburtshinderniss d. ausserord. etc.

Geburtshelfer angekommen, unter eingetretenen kräftigen Wehen das Kind vollends zu Tage gefördert, nachdem vorher das bis an den Bauch geborene Kind nicht weiter gerückt war und daher die Hülfe eines Arztes beansprucht.

Aehnliche Fälle haben J. Fr. Osiander (Gemeins. d. Zeitschr, f. G. Bd. 1. 1826. S. 167.), Mansa (Ed. v. Siebold's Journ. f. G. Bd. 15. 1836. S. 683), und Höring (Württemb. med. Correspond.blatt B. 7. S. 126) beschrieben. Die zwei zuletzt genannten Fälle erforderten ein sehr effectives Einschreiten der Kunst: bei Mansa hatte eine Hebamme den Kopf abgerissen; der Geburtshelfer, welcher den Haken in die Armhöhle setzte, riss die Arme, erst den einen, dann den endern, ab und sah sich zuletzt genöthigt, das Kind zu exenteriren. - In dem von Höring beschriebenen Falle hatte ein Wundarzt das Kind zerstückelt, war aber nach der Wegnahme des Kopfes und der Brust doch nicht im Stande, den Rest des Kindes zu entfernen. Höring stiess bei der Untersuchung zuerst auf die zurückgebliebenen Rippen und Rückenwirbel des Kindes. Erstere konnte er leicht mit der Hand entfernen. Beim abermaligen Einführen der Hand stiess er auf eine ziemlich grosse festweiche Masse, die er ebenfalls ohne Schwierigkeit auszog, beim ersten Anblick für eine degenerirte Placenta hielt, die aber bei der späteren Untersuchung als die entartete rechte Niere erkannt wurde. Als der Verf. zum dritten Male mit der Hand einging, fühlte er noch eine bedeutend grosse festweiche Masse von unbestimmter Form und eine häutige Partie; als er letztere mit den Fingern anzog und fasste, folgte die zweite Hälfte des Kindes. - In dem von Osiander beschriebenen Falle lag das Kind mit dem Steisse vor, es bedurfte nur der Herabstrockung des einen Fusses, an welchem das Kind dann entwickelt werden konnte. Es zuckte einige Mal, konnte aber nicht am Leben erhalten werden; es trug freilich auch noch alle Zeichen der Unreife an sich.

Beachtungswerthes über diese Degenerationen, welche den Geburtshelfer in grosse Verlegenheit bringen können, hat Hohl in seiner trefflichen Schrift: Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder. Halle 1850. 8. S. 305 u. folg. mitgetheilt, worauf wir noch schliegslich

## XIII. Br. Lehmann, Ein Wort üb. d. Boecker'schen etc. 167

verweisen. Er hebt mit Recht hervor, dass der Geburtshelfer in solchen Fällen Alles daran setzen soll, die Extraction des heil gelassenen Kindes zu ermöglichen, um sich der widerwärtigen Eröffnung und Evisceration der Bauchböble zu überheben. Er stellt indessen nicht in Abrede, dass in seltenen Fällen die Verkleinerung der Bauchhöhle nach dem Tode des Kindes nicht zu umgehen sein mag, und dass sie selbst nothwendig werden kann, um der Hand einen Weg zu bahnen, wie es in einem von *Haase* (Neue Zeitschr. f. G. Bd. 11. S. 262) mitgetheilten Falle wegen einer durch Physconie vergrösserter Leber geboten war.

# XIII.

# Auch ein Wort über den Boecker'schen Kaiserschnitt. \*)

### Von

### Dr. Lehmann in Oberwinter.

Boecker spricht in seinem Büchelchen über gerichtliche Medizin, an der Stelle, wo er davon handelt, dass Kinder schon während des Geburtsaktes in der Gebärmutter strangulirt werden können, dass folglich nicht jede strangulirt gefundene Kinderleiche auf ein Verbrechen schliessen lasse, von einer Brfahrung, welche er selbst zu machen Gelegenheit hatte. Er war nämlich als consultirender Arzt zu einem bereits vier Mal vier und zwanzig Stunden dauernden Geburtsgeschäfte gerufen worden, in welchem eine Strictura uteri das trotz aller lege artis aufgewandten Mittel unbesiegbare Geburtshinderniss war. Als alle Mittel vergeblich blieben und die Frau unter den unsäglichsten Schmerzen

<sup>\*)</sup> Boecker's "Memoranda der gerichtlichen Medinin." S. 140.

einem unvermeidlichen Tode entgegen ging, wurde der Entschluss, die Frau durch den Kaiserschnitt zu entbinden, ausgeführt. Die Frau starb; das Kind war todt. Dieses hatte eine Strangulationsrinne um seinen Hals. Also, lehrte Boecker, könnten Erwürgungen an Kindern von Seiten des Uterus im eigentlichsten Sinne vorkommen.

Das, was in jenem Büchelchen nun zu dem kürzlich angedeuteten Zwecke ausgesprochen, und wofür der genannte Fall mitgetheilt worden — ich glaube die ganze Mittheilung besteht aus 25 Zeilen — gab einem scharfen Kritiker Veranlassung, den dort angeführten Kaiserschnitt mit Fehde zu überziehen und den Ausführer desselben mit Vorwürfen zu verfolgen.\*)

Woran der Verfasser der Memoranda gewiss nicht dachte, als er jene oben angedeutete Erfahrung drucken liess, das erfolgte; es erfolgte ein Streit über die Zulässigkeit seines Kaiserschnittes, ein Streit, welcher, meines Bedünkens, von Seiten des Angreifenden viel zu viel persönliche Färbung hatte, als dass die Wissenschaft daraus hätte Vortheil ziehen können.

Möge es mir erlaubt sein, die so angeregte Frage noch etwas genauer zu prüfen. Vielleicht gelingt es mir, die streitenden Parteien zu versöhnen, vielleicht die schwere Anklage eines unberechtigt vollzogenen Kaiserschnittes zu entfernen, vielleicht auch, wie es der Kritiker in der deutschen Klinik wohl beabsichtigte, der Wissenschaft zu dienen.

Die Aufgabe, welche sich die vorliegende Arbeit gestellt hat, ist, den Kaiserschnitt, wie ihn *Boecker* mitgetheilt hat, als aus den Umständen berechtigt hervorgegangen, zu rechtfertigen, und deshalb die Indicationenreihe für die Zulässigkeit des Kaiserschnittes zu erweitern. —

Die einzige Gesetzgeberin für die Indication eines Heilmittels ist die Erfahrung. Was sie bestätigt, das erkennt die Wissenschaft an, und sollten Jahrbunderte alte Vorurtheile dadurch angegriffen werden. Die Erfahrung beschränkt oder erweitert den einem Heilmittel angewiesenen Wirkungskreis.

<sup>\*)</sup> Deutsche Klinik, 1853, Nr. 19.

Wie dies für jedes innere und äussere Heilmittel nachgewiesen werden kann, so ist besonders die Geschichte grosser Operationen in dieser Beziehung interessant, und unter den grossen Operationen ist sicherlich der Kaiserschnitt der grössten eine.

Verfolgen wir denselben bis in die ersten Zeiten seiner Existenz auf geschichtlichem Boden, so finden wir den Kaiserschnitt in's Leben gerufen durch die drängende Stimme der eisernen Noth, welche nicht lange Ueberlegung lässt, sondern rasches, unbedingtes Handeln heischt. Der bedrängte Schweineschneider Jac. Nufer aus Siegershausen war es, welcher in seiner Herzensangst, als dreizehn Hebammen seine Frau nicht entbinden konnten, mit dem Messer den Bauch der Kreissenden aufschnitt und sie von ihrem Kinde glücklich entband.

Er konnte nicht genaue anatomische Kenntnisse des weiblichen Beckens haben, nicht die Conjugata mit Baudelocque'schem Compas d'épaisseur messen. Auch ist für unsere Untersuchung gleichgültig, ob diese erste Sectio caesarea ein eigentlicher Kaiserschnitt oder ein Bauchschnitt bei Graviditas extrauterina gewesen ist; es liegt uns hier nur daran, zu beweisen, wie die Noth beten lehrt, wie in der Verlegenheit des Herzens der helfen sollende Arzt zum Aeussersten schreitet, um dem Drange seiner Pflicht zu genügen.

Es ist zufällig geschehen, dass die so zuerst ausgeführte Operation mit glücklichem Erfolge gekrönt worden war. Jedenfalls trug dieser Erfolg aber nicht wenig zu der freundlichen Aufnahme derselben bei. Denn die praktische Heilkunst ist natürlicher Weise nur dem Mittel besonders hold, welches seine Brauchbarkeit bereits in der That bewiesen hat.

Nachdem nun die Operation der Sectio caesarea so in's Leben getreten war, wurde sie im sechszehnten Jahrhundert von *Franc. Rousset\**) durch die Mittheilung von neun glücklichen Kaiserschnittsfällen immer weiter verbreitet und verallgemeinert.

<sup>\*)</sup> Assertio historica et dialogus apologeticus pro caesareo partu. Par. 1590.

## 170 XIII. Dr. Lehmann, Auch ein Wort über den

Mit wechselndem Glücke traten nun Streiter für und gegen die neue Operation auf, bis die letztere Partei in Sacombe, dem Gründer der Ecole anticésaréenne, ihren entschiedensten Vertreter fand. Dieser Letztere hielt sich sogar für verpflichtet, in einer Eingabe an das Ministerium alle diejenigen, welche die berüchtigte Operation wagen würden, als Mörder zu bezeichnen.\*) Ja, er ging soger soweit, die Behauptung zu thun, Rousset habe den Kaiserschnitt deshalb vertheidigt, damit die Pläne der Katharina von Medicis, welche die Weiber der Hugenotten vernichten wollte, und zur Erreichung dieses Zweckes ihn bestochen habe, zur Ausführung kämen.\*\*)

Diese geschichtlichen Notizen sollen hier blos dazu dienen, den Beweis zu führen, von welchen verschiedenen Gesichtspunkten aus die fragliche Operation von jeher betrachtet wurde. Selbst heute, nachdem dieselbe nun fast drei Jahrhunderte geübt, beschrieben, besprochen, angegriffen und vertheidigt wurde, ist das Lager der Aerzte bei Beurtheilung derselben noch keinesweges ungetheilt.

Ist auch die Meinung, welche Sacombe vertrat, dass der Kaiserschnitt einem Morde gleich zu setzen sei, allgemein aufgegeben, so schwankt doch das Urtheil über die Zulässigkeit und den Werth der Operation auf und ab. Während die deutschen Geburtshelfer unter gewissen genau bestimmten Verhältnissen des mütterlichen Beckens und bei Leben des zu gebärenden Kindes immer und ohne Ausnahme die Sectio caesarea gemacht wissen wollen, weisen die Engländer und Franzosen diese Forderung auf das Entschiedenste zurück und empfehlen, die Frucht zu enthirnen und zu zerstückeln, um das mütterliche Leben desto sicherer zu erhalten.\*\*\*)

Auch in unserm eigenen Vaterlande, wo doch die tüch-

<sup>\*)</sup> Sacombe le fondateur de l'école anti-césaréenne au citoyen ministre de l'Intérieur. Par. 1798.

<sup>\*\*)</sup> Rousset Elém. de la science des accouch. etc. Pref. p. IX und p. 283 und in etc. Lucine française No. II p. 78. 79.

<sup>\*\*\*)</sup> Vergl. John Burns: Introduction to the practice of midwifery etc. p. 411. und Churchill: Operative midwifery etc.

tigsten Lehrer den Keiserschnitt sehr hoch halten, praktisiren in Städten und auf dem Lande Geburtshelfer genug, weiche sich der englischen und französischen Ansohauungsweise zuneigen. Was beweisen nun diese Aufzählungen anders, als dass die in Deutschland für die Ausführung des Kaiserschnittes gestellten Indicationen keineswegs absolut sicher begründet und mit Erfahrung und Denken vereinbar sind! Die Zukunft wird auch an ihnen noch Vielerlei zurechtzurücken haben.

Ich versuche es nun, die heute in Deutschland geltenden Indicationen für den Kaiserschnitt einer schärferen Beurtheilung zu unterwerfen und folge bei Aufzählung derselben mit geänderter Reihefolge *H. F. Kilian.*\*)

Kürzlich aufgefasst soll nach ihm der Kaiserschnitt gemacht werden:

- Bei solcher Beekenenge, bei welcher ein lebendes Kind nur mit Verlust seines Lebens geboren werden kann;
- 2) bei solchen verstorbenen Schwangern, welche ein lebensfähiges Kind im Uterus tragen;
- 3) bei absoluter Beckenenge, bei welcher jede andere Entbindungsart unmöglich ist.

Diese drei Indicationen nehmen also unter 3 eine unabweisbare Rücksicht für die Mutter, welche, da eine andere Entbindungsart nicht denkhar ist, ohne Kaiserschnitt zu Grande gehen müsste. Wird dabei ein lebendes Kind gewonnen, so ist das ein erfreuliches Accidens. Jedoch müsste die Operation auch bei notorisch todtem Kinde vorgenommen werden.

Unter 1. und 2. ist das Kind dasjenige, welches den Ausschlag giebt, und zwar wird das Leben desselben dem der Mutter in solchen Fällen, welche unter 1. gehören, gleichgestellt oder wohl gar vorgezogen. Ich habe oben bereits berührt, wie diese Anschauung von bei weitem nicht allen Geburtshelfern getheilt wird, und wie zwei ganze Nationen gerade entgegengesetzt handeln.

Es wird darauf ankommen, festzustellen, welche Ope-

<sup>\*)</sup> Kilian, H. F., Die operative Geburtshülfe. 1849. S. 735.

ration mehr Leben erhält, der Kaiserschnitt bei 2 $\frac{1}{2}$ " Conjugata, oder die Kephalotripsie bei denselben Beckenverhältnissen. Nach den Zusammenstellungen von *C. Kayser* und von *Michaelis* und *Leoy* ist die Tödtlichkeit des Kaiserschnittes bis 1839 berechnet worden für das Leben der Mütter auf circ. 0,62 (zwischen 0,55 und 0,69), für das der Kinder = 0,30.\*) Wenn also hundert Mal der Kaiserschnitt vollzogen worden war, so lebten dadurch 38 Mütter und 70 Kinder.

Wenn wir nun den Arbeiten *Wilde's* folgen,\*\*) so dürfen wir unter 100 Perforationsfällen 80-90 glückliche Ausgänge für das Leben der Mütter annehmen. Sagt man also, es würden 0,85 Mütter nach geschehener Perforation erhelten, so wird damit ziemlich richtig das Verhältniss gegeben sein.

Wir dürfen allerdings nicht übersehen, dass in der letzteren Behandlungsweise durchaus keine Aussicht für Erhaltung der Kinder gegeben ist, während der Kaiserschnitt 0,70 lebende Kinder gewährt. Es ist aber in den eben angegebenen Zahlen ausgedrückt, dass bei Perforation circ. 28 pCt. Mütter mehr erhalten werden, als bei Kaiserschnitt, dass also 28 lebende Mütter als Aeguivalent 70 lebenden Kindern gegenübergestellt werden können. Bedenkt man die grosse Sterblichkeit des kindlichen Alters, namentlich bei solchen Kindern, welche grösstentheils ohne Mutter aufwachsen sollen; überlegt man ferner, wie schwer der bereits gekannte Werth eines erwachsenen Menschen mit dem eines noch werdenden Wesens in Vergleich zu stellen ist: so wird es ausserordentlich schwer sein, eine mit ausschlagenden Gründen gezeichnete Wahl zu treffen. Wenn der Numerus der Menschenleben allein entscheidend wäre, so dürfte ein Zweifel nicht weiter aufkommen können. Wo aber das Quale so sehr immer in Betracht gezogen werden wird, wie es bei Menschenleben geschieht, da könnte bisweilen ein Einziges bei Weitem den Werth von Vielen übersteigen.

<sup>\*)</sup> H. F. Kilian's operat. Geburtshülfe, 1849. S. 728.

<sup>\*\*) &</sup>quot;Das weibliche Gebärunvermögen." S. 121.

Doch sind alle diese Betrachtungen nur individuelle ' und werden ebenso ihre Anhänger, wie ihre Gegner finden. Sie sollen daher auch nur dazu dienen, darauf aufmerksam zu machen, dass es die ärztliche Freiheit beschränken heisst, wenn man befiehlt, bei einer Conjugata von 2½" und lebendem Kinde den Kaiserschnitt zu machen. Wie oft mag mit dieser Indication Missbrauch getrieben werden!

ich selbst bin Zeuge gewesen, wie einer der grössten Fachlehrer der heutigen Zeit sich anschickte, bei einer Rhachitica die Sectio caesarea zu machen. Der Fall betraf eine poliklinische Kreissende, deren Becken von mir sowohl als auch von noch zwei andern zur Assistenz mitgenommenen Aerzten untersucht worden war Alle kamen darin überein, dass die Conjugata des vorliegenden Beckens sehr bedeutend verkürzt sei. Der Zeigefinger konnte, wenn men zwei Finger einführte, das Promontorium, wenn auch mit Mühe, erreichen. Der äusserst erfahrene Lehrer beurtheilte die Länge der Conjugeta, auf 24". Seit vielen Stunden waren die kräftigsten Wehen zur Austreibung des Kindes unfähig gewesen. Schon lagen die Instrumente mit weissem Tuche bedeckt fertig da; schon waren die Rollen der Assistenten bestimmtest vertheilt, schon wurde in dem ärmlichen Hause nach einem passenden Operationstische gesucht und derselbe vorbereitet : da erfolgten nochmals heftige Wehen; es schrie unter der Decke, und die 24" grosse Conjugata hatte ein vortrefflich gebildetes, sehr starkes und gut entwickeltes Kind lebendig; durchgelassen, ohne dass dasselbe nur scheintodt gewesen wäre. - Die Assistenten staunten, wie ihr Lehrer selbst. Die Instrumente wurden wieder eingepackt und die Allmacht der Natur wurde von uns Allen bewundert. Es ist aber genz gewiss, dass der Kaiserschnitt, wenn das Neugeborene nur noch ein Weniges hätte auf sich warten lassen, ausgeführt worden wäre. Wir untersuchten alle noch ein Mal das Becken und blieben ohne Aufklärung darüber, wie ein Körper von 5" Durchmesser durch diesen Weg hatte gehen können. Ich kann heute zu dieser Beobachtung noch hinzufügen, dass, wie ich auf Erkundigung erfuhr, dieselbe Frau nach der mitgetheilten Ge-

. .

könne. Wo aber solche Fälle beobachtet werden, welche die ältere Anschauung nicht kannte, da muss der Ausdruck jener Anschauung geändert werden.

Versuche ich, alle dienigen Umstände kürzlich zu bezeichnen, welche einen berechtigten Kaiserschnitt hervorgerufen haben. Hinterher wird es mir erlaubt sein, eine Indication aufzustellen, welche dem gewünschten Zwecke entspreche.

Wir finden mehrere Male die Lageveränderung des schwangern Gebärorganes in einem grossen Bruchsacke<sup>(\*)</sup> und einen ähnlichen Fall, in welchem. dieselbe Lageveränderung ohne Möglichkeit der Reposition Veranlassung zum Kaiserschnitt wurde.<sup>(\*\*)</sup>

Ferner sind die Beckenwege häufig durch Osteosteatome, durch fibröse oder lipomatöse Geschwülste in dem Grade verengert gefunden worden, dass an ein Hindurchgehen auch des kleinsten Kindes nicht gedacht werden durfte. \*\*\*)

Ich übergehe absichtlich noch andere krankhafte Verhältnisse der Beckenorgane; welche wohl als den Kaiserschnitt erfordernd betrachtet worden sind, als z. B. vollkommene Degeneration des untern Uterinsegmentes, gänzliche Verschliessung der Vagina, dem Bersten nahe Aneurysmata u. s. w., weil die Berechtigung dieser Indicationen keineswegs als bewiesen betrachtet werden darf.

Wenn wir aber die oben kurz berührten Beobachtungen übersehen, so wird es unabweisbar feststehen, dass solche Zustände, welche eine Entbindung auf irgend eine andere Weise unmöglich machen, zum Kaiserschnitt nicht allein berechtigen, sondern sogar verpflichten. Deshalb ist es klar, dass die erste Indication zum Kaiserschnitt folgendermassen ausgedrückt werden muss:

Der Kaiserschnitt muss überall da unternommen wer-

11

<sup>\*)</sup> Theop. Fischer in London im Edinb. Monthly-Journ. 1842. \*\*) Gaz. méd. 1840, Nr. 45, p. 715.

<sup>\*\*\*)</sup> Hooper im Januar-, Februar- und Märzbeft d. Lancet. Vergl. auch H. F. Kikan's operative Geburtshülfe.

den, wo die Geburt eines Kindes auf eine schonendere Weise unmöglich ist.

Dieses Gesetz umfasst in seiner allgemeinen Haltung alle die Einzelbeobachtungen, welche bis jetzt in der Literatur die unumgängliche Nothwendigkeit des Kaiserschnittes zum Gegenstande hatten. Ob die absolute Beckenenge osteomalacischen Ursprunges, ob durch Afterproduction und Geschwülste hervorgebracht, oder ob die Lage des Uterus in einem Bruchsacke bei sonst normalem Becken die Geburt unmöglich macht, der Kaiserschnitt ist an seinem Platze. Es ist daher zweckmässig, wenn der jüngere Geburtshelfer es ausgesprochen findet, dass er in allen solchen Fällen, in denen eine Entbindung auf andere Weise unmöglich ist, den Kaiserschnitt unternehmen soll.

Man könnte diese Auseinandersetzung für Spitzfindigbeit und Kleinigkeitskrämerei auffassen, wenn man sich nicht erinnern mächte, dass in der ganz neuesten Zeit zwei Rälle der allerunbekanntesten Art zur Beobachtung der Geburtshelfer gebracht worden sind, welche einen präciseren Ausdruck der Indication zum Kaiserschnitte dringenet erfordern. Der erste Fall dieser Art ist der *Boecker*'sche.\*) Nachdem dieser zuerst offen herauszutreten gewagt hatte und dadurch ein sehr unerquicklicher Streit angeregt worden war, ersehien alsbald ein zweiter von *Erhardt\*\**) in Petersthal.

Beide Rälle erzählen, dass es Entbindungen gebe, bei welchen alle mechanischen Verhältnisse durchaus normal, die Stimmung des Uterus aber so unheilbar krankhaft sei, dass eine Entbindung durchaus unausführbar wäre. Der Uterus war im *Boecker*'schen Falle von einer Striktur ergriffen, welche fünf Mal vier und zwanzig Stunden hindurch mit allen gekannten und empfohlenen Mitteln behandelt, aber in keiner Weise verändert worden war. Die Striktur

\*) Memorand. der gerichtlichen Medic. S. 140 und Deutsche Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde u. s. w. von Schneider und Schürmeyer u. s. w., III. '1. 1854. S. 199.

\*\*) Deutsche Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde u. s. w. neue Folge. Bd. I. Hft. 4. S. 337.

Monateschr. f. Geburisk, 1854. Bd. IV, Hft. 3.

## 178 XIII. Dr. Lehmann, Auch ein Wort über den

hatte sich um den Hals des Kindes gelegt und denselben so strangulirt, dass später eine deutliche Rinne am Halse des gestorbenen Kindes sichtbar war. Boecher war consultirender Arzt. Der erste College hatte schon alle energischen Hülfsmittel gegen den krankhaften Zustand des Gebärorganes in Bewegung gesetzt. Nach Boecker's Zutreten wurde das Nöthige nochmals wiederholt. Kein Erfolg nach irgend einer Seite. Denkt sich der praktische Geburtshelfer einen Augenblick recht lebhaft Angesichts eines solchen widerwärtigen Falles, so wird er sich schwerlich mit Bestimmtheit sagen können, was er zu thun für gut halten würde. Er würde es nicht können, trotzdem bei dem Studirtische viel leichter Pläne ausgeheckt, als dieselben im ungemüthlichen, die Ruhe des Geistes so anfechtenden praktischen Leben ausgeführt werden können. Selbst der Kritiker, welcher im Feuilleton der deutschen Klinik\*) mit solcher Siegesgewissheit das Boecker'sche Handeln in jenem Falle angreift, hat doch - was eigentlich der Kern seiner Kritik hätte sein müssen - hinzuzufügen vergessen, was er denn eigentlich in solchem Falle zu thun für gut gehalten haben würde. Dadurch würde jene Kritik belehrend geworden und mehr einen wissenschaftliehen Charakter angenommen haben. Jetzt aber verräth der negative Inhalt mit der hämischen Form eine Absichtlichkeit, welche - ich will es offen gestehen - zuerst den Gedanken zu diesen Zeilen gab. Ich fragte mich selbst, was ich in solchem unglücklichen Falle zu thun im Stande gewesen wäre? und konnte nur zu der Antwort kommen: Entweder die Kreissende unenthunden sterben lassen, oder die geringe Möglichkeit der Lebenserhaltung im Kaiserschnitte sehen. Ob nun das Erstere rühmlicher, ob es menschlicher gewesen wäre, das mag Jeder nach seinem Gefühle beurtheilen. Jedenfalls wäre es nach der bestehenden Wissenschaft eher zu vertheidigen gewesen; und das ist der Boden, auf welchem der Kritiker in der deutschen Klinik steht. Es fragt sich aber, ob der Arzt seinen Beruf besser erkenne, welcher in einem gegebenen Falle

\*) l. c.

frei, nach gut überlegten Gedanken, unabhängig von ausgesprochenen sogenannten Indicationen handelt, oder der, welcher knechtisch vor diesen letzteren kniet und alles selbstständige Handeln anstreitet. Ich nehme keinen Anstand, nach reiflicher Ueberlegung die Erklärung abzugeben, dass, hätte mir das Geschick einen solchen *Boecker'*schen Fall vorgeführt, ich eben so rathlos gewesen sein würde, als *Boecker* es war und sein Kritiker es zu sein scheint.

Der praktische Geburtshelfer wird Boecker daher dankbar sein, dass er den ominösen Fall zur öffentlichen Kunde gebracht hat. Solche Fälle können jedem Arzte auf dem Lande vorkommen, und Feinde giebt es überall. Es werden sich jetzt vielleicht noch andere Sachverständige hören lassen, zumal Dr. Erhardt einen gleichen Fall zur Kenntniss gebracht hat.\*) Dieser letztere unterscheidet sich vom Boecker'schen nur darin, dass die Striktur unbesiegbar im untern Uterinsegment vorhanden war, während in dem ersteren dieselbe höher oben ihren Sitz hatte, so dass die stundenglasförmige Einschnürung gebildet wurde. Erhardt spricht nach seiner Beobachtung schon aus, was ich hier zu unterstützen wage, dass in solchen Fällen, wo alle Mittel vergeblich zur Heilung einer Striktur erschöpft sind und keine Aussicht zur Heilung besteht, der Kaiserschnitt indicirt sei. Denn ohne dieses allerdings traurige Mittel ist, wie die Erfahrung lehrt, der todtliche Ausgang doch gewiss, während die Operation doch einige Hoffnung zur Lebenserhaltung giebt. Ausserdem weiss jeder praktische Geburtshelfer, wie furchtbar schmerzbaft und guälend eine Strictura uteri ist. Es sind ja nicht unbekannte Fölle, dass Kreissende im wüthendsten Schmerze sich selbst mit einem Messer den Bauch aufgeschnitten haben. Vergleichen wir mit diesem Grade und mit dieser Höhe des Schmerzes den durch die Sectio caesarea erzeugten, so wird der letztere viel geringer erscheinen; und wird der Tod auf dieselbe dann erfolgen, so ist die unglückliche Frau sicherlich leichter gestorben, als wenn sie mit ihrer

\*) l. c.

,

12\*

## 180 XIII. Dr. Lehmann, Auch ein Wort über den

Striktur und dem Kinde im Uterus zu Tode gefoltert worden wäre. — Ich verkenne dabei keineswegs, dass hier die Operation, für den Fall sie das Leben der Mutter nicht erhalten hat, die Stelle eines euthanasischen Mittels vertrat. So parodox dies dem Unerfahrenen erscheinen mag, so gewiss wird jeder mit dem Gegenstand Bekannte zugestehen, dass, wenn unter zwei Todesarten einer kreissenden Frau unabweisbar gewählt werden muss, es leichter sei, an den Folgen eines Kaiserschnittes, als einer Uterusstriktur und daraus hervorgehenden Unmöglichkeit der Entbindung zu sterben.

Wie wenig erfreulich also eine Operation sein mag, welche, obwohl sie das Leben der Mutter und des Kindes zu erhalten zum Zwecke hat, häufig bei notorisch abgestorbenem Kinde und bei sehr geschwächtem Leben der Mutter unternommen werden muss, so wird sie doch immer in diesen Gottlob seltenen Fällen eine ultima ratio bleiben. Auch sind diese Fälle von dynamischen Hindernissen in ganz derselben Lage, wie solche, bei denen mechanische Hindernisse die Geburt absolut unmöglich machen. Bei diesen letzteren wird ohne allen Streit die Nothwendigkeit des Kaiserschnitts eingesehen, selbst wenn das Kind abgestorben ist, weil eben kein anderer Ausweg übrig bleibt. Boecker und Erhardt haben die Wissenschaft also durch die Wahrnehmung bereichert, dass es auch unseren heutigen Mitteln absolut unbesiegbare dynamische Geburtshindernisse geben könne.

Während Erhardt auf seine Beobachtungen den Ausspruch wagt, dass der Geburtshelfer zum Kaiserschnitte in solchen Fällen verpflichtet sei, spricht Boeker nur die Berechtigung aus. Ich stehe mit meiner Ueberzeugung auf Seiten Erhardt's und möchte überall da, wo gegen eine bestehende Striktur alle empfohlenen Mittel, vom Aderlass bis zum Aether und Chloroform, welche Boecker damals noch nicht in ihrer Anwendung kennen konnte, vergeblich angewandt worden sind, die Verpflichtung zum Kaiserschnitt ausgesprochen haben.

Die Frage, wann eine Striktur als unheilbar zu betrachten sei, bleibt hierbei vorläufig dem vorsichtigen Ermessen des gewissenhaften Geburtshelfers überlassen. Wenn alle Mittel erschöpft sind, wenn eine ärztliche Berathung unter zweien oder mehren Collegen stattgefunden hat und die Unheilbarkeit der Striktur und damit die Unmöglichkeit der Entbindung feststeht: so muss zum Kaiserschnitte um so rascher geschritten werden, als sonst die vollends heruntergekommenen Kräfte der armen Frau jeden Hoffnungsstrahl zur Rettung wegnehmen.

Bei dieser Gelegenheit kann ich nicht umhin, den Kritiker in der deutschen Klinik,\*) welcher so stolz und sicher auf Boecker wiederholt den Stein wirft, weil dieser bei einem so heruntergekommenen Leben seiner Kreissenden die gefährliche Operation ausführte, zu fragen, ob er vielleicht in früherem Stadium operirt haben würde. Vielleicht möchte Nachdenken, dass dieser Fall der erste seiner Art war, dass derselbe "eben seines Gleichen suchte," doch eine mildere Beurtheilung zulassen. Ob man dann die Boecker'sche Operation eine "Obduction an lebendigem Leibe" nennen darf, werden die Aerzte schon entscheiden. Mit viel grösserem Rechte scheint mir der Kaiserschnitt an eben Verstorbenen, vielleicht nur scheinbar Verstorbenen, eine "Obduction an lebendigem Leibe" zu sein. Wir kennen die Fälle, in denen die Todtgeglaubte unter den blutigen Händen des Operateurs die Augen wieder aufschlug.\*\*) Sollte nicht die Mutter zu retten dasjenige gewagt werden dürfen, was das Gesetz, das Kind zu erhalten, seit undenklichen Zeiten geheiligt hat?

Zum Schluss noch ein kurzes Wort, wie ich das Motiv, welches *Boecker* zu seinem Kaiserschnitt bewog, aufgefasst habe. Der angeführte Kritiker hält sich an die in den "Memoranden der gerichtlichen Medizin" ganz aphoristisch niedergeschriebenen Worte:\*\*\*) ..... Als unsere gemeinschaftlichen Bemühungen die Striktur nicht zu entfernen

<sup>\*)</sup> Deutsche Klinik, Januar 1854. Nr. 3.

<sup>\*\*)</sup> Bodin, Essai sur les accouchements. Par 8. p. 135. — Vergl. die Literatur in *H. F. Kilian:* "Die operative Geburtshülfe." Bd. II. S. 741.

<sup>\*\*\*)</sup> L. c. S. 140.

### 182 XIII. Dr. Lehmann, Auch ein Wort über den

und den Kindeskopf nicht von der Stelle zu rücken vermochten, machte ich bei einem Becken von mindestens 34" Conjugata und längst todtem Kinde den Kaiserschnitt, um nur die Gebärende aus unsäglichen Schmerzen zu erretten." Es verräth mehr als Befangenheit, wenn man aus diesen Worten lesen will, das einzige Motiv zum Kaiserschnitte seien die Schmerzen der Kreissenden gewesen. Es geht aus der ganz kürzlich mitgetheilten Geburtsgeschichte vielmehr hervor, dass das Hinderniss, die Strictura uteri, unbesiegbar bestehen blieb, weshalb die Anforderung zu entbinden immer dringender werden musste, je länger das Geburtsgeschäft gedauert hatte. Denkt man nun die aussergewöhnlich heftigen Schmerzen hinzu, so konnten sie allerdings bei den ohnehin schon genug geängetigten und gemüthlich affizirten Geburtshelfern zuletzt den Ausschlag geben helfen und zu der Operation drängen, welche vor ihnen noch kein Geburtshelfer unter denselben Umständen gemacht hatte. Während diese die sachgemässe Auffassung ist, so stellt jener mehrgenannte Kritiker den Fall so dar, als wäre der Kaiserschnitt allein als euthanasisches Mittel augewandt worden. Den Beweis dafür findet er in dem Ausdrucke Boecker's: "nur um die Gebärende aus unsäglichen Schmerzen zu erretten" und jener Wortlaut ist: "um nur.... zu erretten."

Freilich giebt sich der Kritiker in seinem zweiten Auftreten \*) das Ansehen, als habe er nicht den Boecker'schen Kaiserschnitt selbst verurtheilt, sondern nur den Zeitpunkt, in welchem derselbe vorgenommen wurde, als Grund zu seinem Urtheile angesehen. — Ich meines Theils konnte in dem ersten Artikel nur das finden, dass die Indication des Boecker'schen Kaiserschnittes angegriffen, ja der Urheber der Mittheilung sogar lächerlich werden müsse. — Erst als dieser durch eine etwas ausführlichere Beschreibung des Falles sich rechtfertigt,\*\*) recurrirt der Kritiker auf die näheren Umstände, in welchen die Kreissende sich befand

<sup>\*)</sup> Deutsche Klinik Nr. 3. 21. Januar 1854,

<sup>\*\*)</sup> Deutsche Zeitschrift I, c.

und hält wegen eben dieser die gemachte Operation für durchaus unschicklich.

Es ist aber nicht rationell, so zu handeln, wie der Kritiker es wünscht. Die Kreissende stirbt in einem solchen Falle, wenn sie nicht entbunden wird, an der Striktur des Gebärorganes. Das einzige noch übrig bleibende Mittel, diese Striktur zu lösen, ist das schneidende Messer; deshalb muss es als letzte und allein noch mögliche Hülfe betrachtet werden. Oder würde der Kritiker es auch für unerlaubt halten, eine incarcerirte Hernie, zu welcher er nach vier Tagen ihres Bestehens gerufen würde, mit Hülfe des Messers zu reponiren, selbst wenn der Kranke in sehr gefährlichen und wenig Hoffnung gebenden Umständen sich befände? Es bleibt doch immer noch zu hoffen übrig, dass nach Aufhebung der Causa proxima des Uebels die fest gedämpfte Lebensflamme wieder aufleuchten werde. Gerade so waren die Verhältnisse im Boecker'schen Kaiserschnittsfalle. Die Operation war also in keiner Weise unberechtigt.

Lassen wir aber den Kritiker und seine Recension, so bleibt uns aus dem Streite der Gewinn, dass wir erfahren haben, es können in der Natur solehe dynamische Geburtsstörungen vorkommen, welche die Sectio caesarea erfordern. Diese Erfahrung wird keinesweges dazu führen, leichtsinnig zu machen und zu grundlosem Handeln zu verleiten. Sie wird aber in solchen verzweifelten Fällen, wie sie Boecker und Erhardt erlebt haben, die quälenden Zweifel entfernen und die Gemüthsruhe des unglücklichen Praktikers erhalten, wenn auch nur durch das schlecht tröstende:

"Solamen miseris, socios habuisse malorum."

## XIV.

## Zweite Mittheilung über meinen Hysterophor.

Von

Dr. J. H. G. Zwanek in Hamburg.

Es veranlassen mich mehrere Ursachen, eine zweite Mittheilung über meinen Hysterophor zu machen. Ich möchte meinen Ideengang mittheilen, welcher mich bei der Ausführung des von mir aufgefundenen neuen Principes leitete, damit Nachahmer, derer schon ziemlich viele entstanden sind, nicht auf Abwege gerathen, die ich, als fehlerhaft, längst verlassen habe, oder die aus der ersten Zeit meiner Erfindung ein Modell zum Vorbilde haben. Dann möchte ich auf eine recht wesentliche Verbesserung aufmerksam maohen, welche den Wirkungskreis meines Instrumentes bedeutend vergrössert und will sodann einige Krankengeschichten hinzufügen, die, wegen ihrer Seltenheit und wegen des augenfälligen Nutzens meines Hysterophor's, von lateresse sind. Durch diese und ähnliche Erfahrungen bin ich immer mehr von der Ueberzeugung durchdrungen worden, dass dies Instrument alle bisherigen derartigen Instrumente weit hinter sich zurück lässt und dass das Princip, wenn auch möglicherweise besser durchgeführt, doch schwertich übertroffen und verdrängt werden kann. Ich gestehe gern, dass das jetzige Instrument meine ersten Brwartungen weit ubertrifft und nehme solches für mich, als ein Verdienst meines emsigen Fortstrebens in Anspruch, während ich die geistige Idee für einen glücklichen Fund halte.

Ich komme nun zu einigen Specialien bei der Ausführung. Die ersten ungefensterten Blätter waren der Zange von Osiander und dem Kilian'schen Elythromochlion entnommen; jedoch ging ich sehr bald zu den gefensterten Blättern über und bin dabei geblieben, weil das Instrument dadurch mehrere Berührungspunkte erhält, somit fester anliegt und zugleich den Ausflüssen mehr Spielraum gegeben wird. Ueber die Länge der Blätter habe ich mich in meiner ersten Mittheilung schon ausgesprochen. Ich wurde von den zu langen Blättern, wegen des erregten Druckes und der erregten Schmerzen, zurückgebracht, dagegen lasse ich die Blätter häufig breiter machen, damit bei Scheidenvorfällen nichts von den Wandungen daneben herabfallen kann.

Als es sich zuerst herausstellte, dass Gutta percha wegen seines Verhaltens in der Wärme allein nicht zur Ausführung meiner Idee sich eigne, suchte ich nach einer festen, metallischen Unterlage und verfiel zuerst auf verzinntes Eisenblech und verzinnten Eisendraht, musste jedoch sehr bald wieder davon abstehen, weil sie zu leicht rosten und nicht Festigkeit genug besitzen. Dann wurde Britisch Metall genommen, was schwer oxydirt, allein das Instrument wurde dadurch zu schwer. Endlich liess ich Messing nehmen, welches sich sehr zweckmässig erweist, weil es den ammoniskhaltigen Feuchtigkeiten, womit es in Berührung kommt, sehr gut widersteht und durch Ueberzüge von Lack leicht geschützt werden kann.

Das Ueberziehen mit Gutta percha war zuerst mit grossen Schwierigkeiten verbunden, weshalb nach einem Surrogat gesucht wurde. Lack-, Harz- und Wachsüberzüge waren nicht dauerhaft genug und ging ich nun zum Gummi elasticum über, welches den Vortheil hat, dass es sich so leicht verarbeiten lässt. Von bekannten Personlichkeiten nenne ich nur den Herrn Sanitätsrath Dr. Droste, welcher schon im Jahre 1848 Instrumente in dieser Art gesehen hat.

Leider musste ich auch von diesem Stoffe sehr bald wieder abstehen, denn es entstanden dadurch unerträglich riechende Ausflüsse aus der Scheide, deren Erklärung vielleicht in seinem eigenthümlichen Verhalten zur Wärme oder seiner Anschmiegungsfähigkeit zu suchen ist.

Durch diese Umstände wurde ich zur Gutta percha zurückgedrängt und es gelang zuerst meinen Arbeitern, nur mit Fäden von diesem Stoffe die Instrumente zu umwickeln, worauf sie dann mit einem guten Lack überzogen wurden. Das Sprichwort: Aller Anfang ist schwer, bestätigte sich auch hierbei, denn sehr beld kamen feste, sehr gute Ueberzuge zu Stande und in neuester Zeit arbeitet eine Presse mit vier Stanzen, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, grössere Mengen zu liefern.

Andere und wohl noch grössere Schwierigkeiten stellten sich der zweckmässigen Construction der Stiele entgegen, besonders in Hinsicht auf die Fixirung und den Schluss derselben. Eine Menge Versuche wurden gemacht und wieder verlassen, von denen die meisten auf Rechnung der Stiele zu schieben sind und worüber fast vier Jahre vergingen, so dass ich erst im Jahre 1851 es wagte, mit meiner Erfindung öffentlich hervorzutreten. Zuerst verfiel ich in den Fehler, sie zu kurz machen zu lassen, wobei eine zweite Person zum Anlegen und Entfernen nöthig war, die längeren Stiele erst gaben dem Instrumente die gegenwärtige Vollendung, sie gestatten, dass die Leidende es selbst anlegen und entfernen kann, sind somit vom grössten Nutzen für das sociale Leben und ausserdem der eigentliche Stützpunkt für die Blätter, indem sie dieselben in der Querlage erhalten.

Endlich blieb mir nun noch das anscheinend Einfachste, eine zweckmässige Schliessung, zu construiren übrig. Weil ich fürchtete, eine Schraube werde sich zurückdrehen und von selbst öffnen, aber wünschte, dass die Kranke selbst die Schliessung leicht besorgen könne, ging ich mit einigem Misstrauen an die Sache und war auch gezwungen, in kurzer Zeit eine Menge verschiedener Schliessungsmethoden zu verwerfen. Zuletzt habe ich auch in dieser Beziehung das Gewünschte vollkommen erreicht. Durch die negativen Erfolge war ich gezwungen, wieder zur Schraube zurückzukehren, die jetzt von der Art construirt ist, dass sie nur so weit zurückgedreht werden kann, bis die Stiele sich öffnen. Dass die Schraube sich von selbst zurückgedreht habe, ist mir nie vorgekommen, wohl aber einmal, dass man sie zu fest gedreht hatte und es einer Zange zur Lösung derselben bedurfte. Ferner kamen mir einige Fälle vor, in welchen die Stiele, Blätter oder Schrauben durch rohe Handhabung gebrochen waren, ebenso brachen einige Gewinde, als sie noch gegossen wurden, oder die Stifte in den Gewinden rosteten, als sie noch aus Eisendraht verfertigt wurden, was jetzt nicht vorkommt, da Alles viel sorgfältiger gearbeitet und Eisendraht vermieden ist.

Die Stiele werden jetzt in vier Grössen von  $1\frac{1}{2}$ , 2,  $2\frac{1}{4}$ und 3 Zoll Länge, so wie von verschiedener Krümmung angefertigt. Eine sehr wesentliche Verbesserung ist noch die, dass die Stiele der neuesten Instrumente sich nur am Ende berühren, weil sich sonst die Scheidenwandungen leicht dazwischen klemmen.

In Vorstehendem glaube ich für Nachahmer hinreichend Winke zur Benutzung und Vermeidung gegeben zu haben, zweifele jedoch, dass sie Seide dabei spinnen werden, da das Instrument sehr genau gearbeitet werden muss und Wiederverkäufern, nachdem Stanzen und Presse angeschafft sind, hier ein sehr guter Rabatt bewilligt wird.

Ein hochgeachteter Lehrer einer deutschen Hochschule machte mich schon im vorigen Herbst auf ein Schriftchen aufmerksam, worin ein Plagiat an meiner Erfindung gemacht Ich liess mir das Buch kommen und fand allerdings sei. Winke darin, welche glauben machen konnten, es habe dem Verfasser etwas Aehnliches vorgeschwebt, wie mein neues Princip. Wenn man aber die Art der Ausführung ansieht, so scheint es doch kaum glaublich, dass dem Verfasser etwas so Einfaches vorgeschwebt haben könne, weil das Ganze der Ausführung von keinem praktischen Auffassungsvermögen Zeugniss ablegen würde. Es trifft dieses Instrument derselbe Vorwurf, welcher auch dem von Kiwisch gemacht ist, denn so wie bei diesem der Uterus neben der Birne herabfällt, so muss auch bei jenem der Uterus neben der Tulpe herabfallen', von den Scheidenwandungen nicht einmal zu reden.

Etwas auffallend erscheint in jener Schrift, nachdem der Verfasser einen grossen Theil der Instrumente gegen Prolapsus uteri et vaginae angeführt und als unzureichend bezeichnet hat, die Bemerkung: er habe meinen Aufsatz über meinen Hysterophor, — welcher das Neueste sei, — erst drei Monate nach dessen Erscheinen in der Monatsschrift für Geburtshülfe zu Gesicht bekommen, nachdem seine Erfindung schon in's Leben getreten, was ja allerdings möglich ist; sehr naiv ist dagegen die Bemerkung: er habe sich vorgenommen, etwas Besseres zu schaffen. Wir zweifeln, dass ihm solches gelungen. Der Titel jener Schrift hat auch deshalb ein besonderes Interesse für mich, weil er Etwas verspricht, was das Instrument schwerlich leisten kann, nämlich Radical-Heilnug, welches dagegen mein Hysterophor mit einer kleinen Zugabe leistet, ohne dass ich darnach gesucht habe.

Diese Zugabe ist ein Ueberzug von lockerem Baumwollenzeuge, meistens Strumpfzeug. Meine erste Idee war, den Hysterophor mit lockeren Stoffen zu überziehen, welche in Arzneistoffe getaucht werden sollten, um diese Stoffe bei Reizungen, Auflockerungen und Geschwüren des Uterus und der Scheidewandungen mit den betroffenden Theilen für längere Zeit in Berührung zu bringen. An Erschlaffung hatte ich zuerst kaum gedacht und doch zeigt es sich dagegen als besonders heilkräftig. Mir liegen seit einem Jahre schon zwei Fälle von Heilungen vor. Die eine Frau wurde gänzlich geheilt, die andere muss aus Vorsicht zwar noch ein Instrument tragen, aber ein viel kleineres und mit einem sehr dünnen Stoffe überzogen. Um die Erschlaffung zu heben, wende ich eine Abkochung von Eichenrinde in ordinairem Rothwein an, irgend ein anderer adstringirender Stoff wird dasselbe thun. Natürlich muss die Wäsche geschützt werden, weil diese Mittel unvertilgbare Flecke zurücklassen. Zu dem zuerst genannten Zwecke habe ich sehr verschiedene Stoffe, je nach dem Grade, angewandt, als: Borax, Kalkwasser, Chlorkalkauflösung. Zinkvitriol, Bleizucker, bis zum Höllenstein, oder was mir sonst angezeigt schien.

Die Glanzseite meines Hysterophors bieten die Fälle, wo die grösseren Instrumente nöthig sind. Ich werde mir erlauben, ein Paar der interessantesten mitzutheilen.

Eine arme Frau, ausserhalb der Stadt wohnend, kam im vorigen Sommer zu mir und wünschte ein Instrument, "weil ihr die Mutter niedergefallen wäre." Als ich untersuchen wollte, griff ich schon zwischen den Schenkeln in eine Kloake von Eiter. Es war der Uterus, welcher, über sechs Zoll im Durchmesser haltend, gänzlich excoriirt und mit eiternden Geschwüren überzogen, zwischen den Schenkeln lag. Ich nahm ein Paar grosse Instrumente mit verschiedenen Stielen, wollte den Uterus zurückbringen, welches jedoch nicht gelang. Jetzt erst erfuhr ich, der Vorfall sei seit drei Monaten nicht mehr zurückgegangen und seit der Zeit die Eiterung entstanden Es bedurfte einer sehr anhaltenden Compression, ehe es mir gelang, den Uterus zurtickzubringen, dann erhielt die Frau ein Instrument und ging leicht und behaglich davon. Meine Zeit war gerade sehr in Anspruch genommen, so dass ich nichts über diesen Fall notiren konnte. Trotz aller angewandten Mühe hat es bisher nicht gelingen wollen, die Frau aufzufinden. Nach meiner Ueberzeugung spricht dies für den guten Erfolg, sonst würde die Frau ihren Thaler nicht im Stiche gelassen haben.

Der zweite Fall ist ein ähnlicher, mit Einklemmung des Uterus. Am 20. Juni dieses Jahres wurde von einer Madame L. zu mir geschickt. Es ist eine ziemlich grosse aber schwächliche Frau von 46 Jahren. Sie hatte vor 22 Jahren zuerst geboren, war im ersten Wochenhette sehr krank geworden und hatte von ihrem damaligen Hausarzte am 9ten, 11ten und 13ten Tage Brechmittel bekommen. Nach ihrer Herstellung fühlte sie, dass sich von Zeit zu Zeit etwas in die Scheide herabdränge; da sie aber in der Lage war, sich pflegen zu können, nahm es nicht sehr zu, bis nach dem letzten Wochenbette vor neun Jahren. Seitdem verschlimmerte sich das Uebel so, dass der Uterus sich zwischen die Schenkel legte und die Frau zwang, das Bette zu hüten, wobei sie ihn mit Chamillen - Umschlägen zu behandeln pflegte, bis er von selbst wieder zurückging. Im vorigen Jahre kam dies immer häufiger, so dass ihr jetziger Hausarzt, Herr Doctor Herzfeld, schon im Winter rieth, sich an mich zu wenden, wozu sie sich jedoch damals nicht entschliessen mochte. Als ich endlich zur Untersuchung aufgefordert wurde, lag der Uterus zwischen den Schenkeln, reichlich 8 Zoll sich herab erstreckend und 7 Zoll im Durchmesser haltend. Am untern Ende lag das Orificium uteri

١

### 190 XIV. Dr. Zwanck: Mittheilung üb. meinen Hysterophor.

in Form einer prall gestopften Wurst, in welches ich die Finger schieben konnte; es hielt circa 6 Zoll im Durchmesser. Ich erfuhr nun, die Kranke habe schon 8 Tage in dieser Lage im Bette fast schlaflos zugebracht, suchte den Uterus zurückzubringen, welches jedoch nicht gelingen wollte. Ich musste förmlich die Taxis machen, indem ich alle Finger um den Uterus legte, ihn immer mehr zusammendrückte, bis es endlich gelang, auch den Rest zu reponiren, wozu über eine Viertelstunde nöthig war. Zuerst legte ich der Dame eins der grössern Hysterophore ein, schon jetzt aber trägt sie eins der grösseren Mittelsorten und besucht mit Vergnügen wieder Gesellschaften. — Aus Rhein-Preussen wurde mir ein ähnlicher Fall von Einklemmung gemeldet, wo, nach geschehener Zurückbringung des Uterus, derselbe glückliche Erfolg eintrat.

Ich würde meine Leser ermüden, wenn ich auch nur einen geringen Theil der mir zur Kenntnissnahme vorgekommenen interessanten Fälle mittheilen wollte. Nur bemerken will ich noch, dass sehr oft Vorfälle der vorderen Scheidenwand vorkommen, mit darin befindlicher Harnblase, welche bis zur Grösse eines Kindeskopfes steigen. Die Frauen können dann nicht eher uriniren, bis die Geschwulst einigermassen zurückgebracht ist.

Solche Kranke müssen ein breites und dickes Instrument tragen und den Urin nie lange anhalten, damit die Blase sich nicht sehr füllen kann. Meine Erfahrungen hierüber sind nicht alt genug, doch meine ich, das Uebel müsse bei Anwendung gerbstoffiger Mittel in vielen Fällen geheilt werden können. Die meiste Geduld und Zeit erfordern die Fälle mit kranken Scheidewandungen, für diese Fälle ist der Ueberzug ein unvergleichliches, fast nicht zu entbehrendes Hülfsmittel.

Die Fabrikation und Verpackung geschieht noch fortwährend unter meiner Aufsicht. Die letztere habe ich deshalb beibehalten, um bei einzelnen Bestellungen, für genau beschriebene Fälle, das passliche Instrument auswählen zu können. Uebrigens sind zur Bequemlichkeit für die Käufer schon an ziemlich vielen Plätzen Depots vorhanden, wo ein Jeder das Aussuchen hat. Die betreffenden Inhaber derselben werden solches in den Localblättern anzuzeigen nicht unterlassen.

# XV.

# Statistische Berichte über die Wirksamkeit des Chloroforms bei Entbindungen.

#### Von

#### Dr. Helfft in Berlin.

Ueber die Wirksamkeit eines Arzneimittels und dessen heilsame Erfolge können nur massenhafte Beobachtungen genügenden Aufschluss geben, daher sind statistische Zusammenstellungen in der Heilkunde von eben so hohem Werthe, wie auf allen anderen Gebieten der Wissenschaft, der Industrie und Volkswirthschaft. Die englischen Aerzte sind den anderen Nationen hierin vorangeschritten und haben uns erst den Weg gezeigt, auf dem wir zu einem unumstösslichen Resultate zu gelangen vermögen; in allen Fällen, wo wir daher über den Werth eines Heilmittels oder einer neuen Heilmethode uns Gewissheit verschaffen wollen, dürfen wir die statistischen Nachweise englischer Aerzte nicht unberücksichtigt lassen und so begrüssen wir mit Freuden die sehr schätzenswerthen Zusammenstellungen des Dr. Atthill über die Fälle, in welchen seit dem October 1851 in dem Rotunda-Hospital in Dublin das Chloroform bei Kreissenden in Gebrauch gezogen wurde.

Bei normalem Verlaufe der Geburt wurde dasselbe nicht angewendet, sondern nur 1) in allen Fällen, wo instrumentelle Hülfe erforderlich war, 2) wo die Wendung gemacht werden musste; 3) bei einigen regelwidrigen Steissund Fusslagen; 4) hin und wieder bei sehr langdauernden

## 192 XV. Dr. Helft, Statistische Berichte über die

Entbindungen, wo die Kreissenden durch die anhaltenden Leiden erschöpft waren; 5) in einigen Fällen, wo die Frauen mehr als gewöhnlich zu leiden schienen, nervös, reizbar und sehr unruhig waren, und endlich 6) auch bei convulsivischen Anfällen.

In der ersten Reihe der Fälle, wo instrumentelle Hülfe nöthig ist, kann dem Chloroform nicht genug Lob gespendet werden. Die erschöpfte Kreissende ist unruhig und ungeduldig und der Gedanke, dass zur Beendigung der Geburt die Anwendung eines Instrumentes nothwendig sei, erfüllt sie neben ihrer bereits unglücklichen Lage mit Schrecken; die Zange lässt sich ferner wegen grosser Unruhe oder anderer misslicher Zustände nicht immer mit Leichtigkeit anlegen. Die anästhesirende Wirkung des Chloroforms beseitigt alle diese Uebelstände. Die Kreissende kann in jede zweckmässige Lage gebracht werden und der Geburtshelfer wird sicherer und mit leichterem Herzen operiren, wenn er weiss, dass die Kranke von jedem Schmerze befreit bleibt.

Ebenso wirksam erweist es sich bei der Wendung, die auch in Folge der aufgebobenen Thätigkeit des Uterus (denn eine solche findet in den ersten Monaten nach dem Eintritt der vollkommenen Anaesthesie statt) weit leichter ausführbar ist.

Bei Steiss- und Fusslagen, wo bei der Extraktion des Kopfes Schwierigkeiten zu befürchten sind, wegen der Unmöglichkeit, die Kranke ruhig zu halten, besonders wenn solche Lagen bei Erstgebärenden vorkommen, ist es rathsam, das Chloroform in Gebrauch zu ziehen, wenn der Steiss das Perinäum auszudehnen beginnt. Der Erfolg war stets ein günstiger.

In allen Fällen, wo die Kreissende durch eine schwere Geburt in hohem Grade leidet, zeigt sich das Chloroform von grossem Nutzen; wird die Einwirkung des Mittels eine längere Zeit, z. B. eine oder zwei Stunden hindurch unterhalten, so gewinnt die Kreissende neue Kräfte, der Uterus contrahirt sich wiederum stark und die Entbindung geht glücklich und schnell von statten.

In Betreff der eigenthümlichen Wirkungen des Chloro-

### Wirksamkeit des Chloroforms bei Entbindungen. 193

forms, wenn es bei Kreissenden bis zur vollständigen Anaesthesie angewandt wird, hat die Erfahrung im Hospitale die von Denham gemachten Beobachtungen bestätigt. dass die Thätigkeit des Uterus anfangs suspendirt ist, gewöhnlich aber nach Verlauf einer Viertelstunde sich wieder einstellt; dass die Wehen regelmässig und kräftig wiederkehren und die austreibende Kraft des Organs auf keine Weise beeinträchtigt wird. - Indessen ist nicht zu leugnen, dass in solchen Fällen stets eine grössere Neigung zu Blutflüssen stattfindet, mithin sich der Uterus nicht so schnell und so kräftig zu contrahiren scheint, wie gewöhnlich, sondern vielmehr eine Art von Erschlaffung im Muskelgewebe zurückbleibt. ' In der Hospitalpraxis, wo stets Vorsichtsmassregeln getroffen sind und die Wöchnerinnen fortwährend unter Beobachtung bleiben, ist dieser Umstand nicht von so grossem Belange. Es ist daher rathsam, längere Zeit hindurch einen Druck auf die Bauchdecken auszuüben, oder wenn es nöthig sein sollte, ununterbrochen einige Zeit hindurch die Kälte anzuwenden; als allgemeine Regel gilt, die Binde nicht eher anzulegen, als bis die Wirkungen des Chloroforms vollständig geschwunden sind.

Wir lassen hier nun die Zahlen der in den einzelnen Categorieen behandelten Fälle mit Angabe des Ausganges folgen:

	Kinder			м	Mütter			Jrsaci ies de			
Summa.	lebend ge- boren	todigeboren	todt und putrid	deneten	gestorben	maniakalisch	Perstonitis	Ruptura, uteri	Convulsionen	Phlebitis	Sterblichkeits- Verhältniss.
82	69	15	2	78	4	1	1	1	1	1	1 su 20 <del>1</del>

1. Zangenoperationen.

Summa mit	M	Intt	er			chen Fodes,		
Einschluss einer Evisceration	genesen	gestorben	maniakalisch	Peritonitis	Convulsionen	Ruptura uteri	Brand -	Sterblichkeits- Verhältniss.
38	30	8	1	2.	1	3	2	1 su 4;

2. Perforationen.

÷

3. Wendungen.

·	Kinder.			Mai	ter	Ursachen des Todes.			
Semma	lebend ge- boren	todtgeboren	Todt und putrid	genesen	gestorben	Peritonitis	Ruptura uterj	Convulsionen	
19	9	4	0	12	1	0	1	0	
		I	• •	I I			<b>I</b>	r !	

4. Regelmässige Geburtslagen.

-	Kin	der	Mu	ter
Summa	lebend geborene	todt- geborene	; genesene	an Perito- nitis gestb.
4	3	1	3	1

,	Kin	der	Mütter			
Summa	lebend geborene	todt- geborne	genesen	gestorben		
3	3	0	3	0		

# 5. Fuss- und Steisslagen.

6. Vorfall der Nabelschnur mit regelmässiger Entbindung.

	Kin	der	Ma	tter
Summa	lebend geboren	todt- geboren	genesen	gestorben
. 1	0	1	1	0

7. Alle Fälle, in denen Chloroform angewandt worden.

Mü	ttei	r	Kinder						
Summa	Summa gene-gestor- sen ben		Summa	lebend geboren	todt- geboren	todt und putrid			
143	143 127 1		110	85	21	3			

Wenn wir erwägen, dass unter 143 Fällen, wo das Chloroform in Anwendung gezogen wurde, nur 16 unglücklich verliefen, so ist dies ein höchst glänzendes Resultat, zumal, wenn man berücksichtigt, dass mit Ausnahme von 7 alle zu den schweren oder complicirten Geburten gehörten. Unter den 16 tödtlich endenden befanden sich 4, wo

13\*

Convulsionen stattgefunden hatten und zum Chloroform als letztem Rettungsanker geschritten wurde. Von den 12 übrigen Wöchnerinnen starben 4 in Folge von Peritonitis, bei zweien derselben war das Becken so regelwidrig gebaut, dass eine sehr schwere Geburt vorauszusehen war; in fünf Fällen erfolgte eine Ruptur des Uterus; in 2 war eine Verstreichung der Weichtheile eingetreten, von denen die eine Kranke an einer alten Blasenscheidenfistel gelitten.

Aus diesem Berichte folgt daher unstreitig, dass das Chloroform umsichtig angewandt sehr heilsame und treffliche Dienste in der Geburtshülfe zu leisten im Stande ist.

Auch Dr. Beatty, Professor der Geburtskunde an dem Royal-College der Wundärzte Irlands, tritt als warmer Vertheidiger der Anwendung des Chloroforms bei Kreissenden auf und theilt in dem Dublin guaterly Journal (Mai 1854) einen Fall von Eclampsia puerperalis mit, wo ihm die Inhalationen ausgezeichnete Dienste leisteten. Er liess sie vornehmen, ehe der Paroxysmus zum Ausbruch kam, verkürzte denselben dadurch und bewirkte ein längeres Intervall zwischen den einzelnen Anfällen. Auch in diesem Falle ging der Stupor allmälig in einen maniakalischen Zustand über, was bei allen Individuen beobachtet wird, die von heftigen Convulsionen heimgesucht werden. Hier zeigte sich aber das Chloroform ebenfalls sehr wirksam, indem die Kranke sich schnell beruhigte und bei der fortdauernden Einwirkung des Mittels bald in Schlaf verfiel. Als sich beim Erwachen noch Zeichen von heftiger Aufregung kundgaben, wurde sie durch eine neue Inhalation abermals beruhigt; 12 Stunden lang wurde nun die Einwirkung des Mittels unterhalten, worauf, wenn auch langsam, die vollständige Genesung erfolgte.

# XIV.

# Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

# Dritter Bericht,

den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,

von

Dr. Busch.

(Forteetzung.)

15. Umschlingung der Nabelschnur.

Bei einer sehr grossen Zahl von Geburten fand sich die Nabelschnur mehr oder minder fest, einfach oder mehrfach um den Hals des Kindes geschlungen, und zwar im Ganzen in 653 Fällen. Die Umschlingung war 495 Mal einfach, 124 Mal doppelt, 29 Mal dreifach und 5 Mal vierfach. In Hinsicht auf die Festigkeit wurden 3 Grade unterschieden: im ersten Grade ist die Schlinge so locker um den Hals gelegt, dass sie nach der Geburt des Kindeskopfes über diesen fortgehoben werden kann; im zweiten lässt sie sich nur soweit lockern, dass die Schultern und der Rumpf des Kindes durch sie hindurch gleiten können, und im dritten Grade umschliesst die Nabelschnur fest den Hals und es ist die Schlinge nicht zu lockern. Dass die Umschlingung der Nabelschnur in den beiden ersten Graden dem Leben des Kindes nachtheilig werden sollte, ist wohl nicht zu fürchten, und dient die Lockerung der Schlinge mehr dazu, die Nabelschnur selbst und namentlich den Nabel von einer vielleicht statthabenden nachtheiligen Zerrung zu

### 198 XVI. Dr. Busch, Die geburtskülfliche Klinik an der

.

befreien. Von grösserer Bedeutung ist die Umschlingung dritten Grades, bei welcher die Halsblutgefässe des Kindes durch die fest angezogene Nabelschnur zum Theil oder ganz comprimirt werden können, ferner die Circulation in den Nabelschnurgefässen gestört wird, und endlich durch die von Natur oder in Folge der Umschlingung kurze Nabelschnur die Geburt in nachtheiliger Weise gehemmt wird. Wenn nun die Fälle, in welchen der Tod des Kindes bei einer solchen festen Umschlingung der Nabelschnur um den Hals vorgekommen ist, zu den seltenen gehören, so mag die Vorsicht, mit welcher dieselben im Kreise der Wirksamkeit des Entbindungs-Institutes behandelt werden, den Grund dazu abgeben. Trat nämlich nach der Geburt des Kindeskopfes bei fester Umschlingung der Nabelschnur um den Hals eine Zögerung in der weitern Entwicklung des Kindes ein, so wurde die Nabelschnur am Halse des Kindes durchschnitten. Diese Operation wurde 18 Mal ausgeführt, und die Kinder wurden darauf lebend geboren oder vorhandene Asphyxie bald beseitigt. In einem Falle des Jahres 1843 wurde der Tod eines Kindes der festen, nicht beseitigten Umschlingung um den Hals zugeschrieben.

### 16. Wahre Knoten der Nabelschnur.

In 9 Fällen kamen wahre Knoten in der Nabelschnur vor, und zwar immer nur ein Knoten in einer Nabelschnur; sie waren mit Ausnahme eines in der Klinik 1842 gefundenen doppeltgeschürzten Knotens einfach. Was die Festigkeit der Verschlingung betrifft, so war diese in der Regel locker und leicht zu lösen, und nur ein Mal wurde in der Klinik 1844 ein Knoten so fest geschürzt gefunden, dass an der Stelle der Durchschlingung in Folge des Druckes die Sulze der Nabelschnur völlig geschwunden war, und diese nur aus den Gefässen mit der Scheide bestand. Das unter diesen Umständen geborene Kind war längere Zeit abgestorben; die übrigen Kinder hatten durch die Verschlingung der Nabelschnur keinen Schaden erfahren.

### 17. Abweichungen in der Länge der Nabelschnur.

In der grösseren Zahl der Geburten betrug die Länge der Nabelschnur 16 bis 24", von welchem Maasse, als das normale angenommen, in einer Reihe von Fällen Abweichungen vorkamen. In dieser Beziehung wurde:

a) eine zu lange Nabelschnur bei 178 Kindern gefunden, und zwar beirug das Meass derselben:

	~~~	. ~ <b>р</b>				400			
25	Zoll	in	•	•				24	Fällen,
2 <del>6</del>	"	"	•					25	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
27	,,	,,		•				-87	,,
28	"	',,						81	"
29	"	· ,,	•			•		5	"
30	"	,,				:		11	,,
31	"	,,		:	`.			· 8	"
32	"	"·	•		•	•		8	,,.
38	,,	<b>,</b> .		•				5	"
34	,,	,,		•	•			3	,, , ,,
35	"	"	•			•	•	4	"
36	"	"	•		•	•	•	6	,,
38	,,	"	•	•	•	•	•	2	,,
40	"	"	•	•		•	•	6	ʻ <b>,</b> ,
42	"	,,		•	•	•	•	2	"
48	"	"		•	•	۰.	•	1	"
							•	178	Fälle.

b) eine zu kurze Nabelschnur kam vor von:

6	Zøll	in			•		•	1	Fall,	
7}	"	"	•	•		•	•	3	Fällen,	
9	,,	,,			•	•		5	"	۰.
10	,,	"						5	,,	
11	"	"			•.	•		4	"	•
12	,,	"			•	•	•	5	"	
13.	"	,,	•		•	•	•	19	"	
14	"	**	•		•		•	40	53	
15	,,	,,	•		•	•	•	56	<b>3</b> 7	
	•							138	Fälle.	

18. Insertio funiculi velamentalis.

Die Einsenkung der Nabelschnur in die Eihäute statt in die Placenta kam in 29 Fällen vor, und zwar 10 Mal im Jahre 1842, 1 Mal im J. 1843, 2 Mal im J. 1844, 4 Mal im J. 1845, 5 Mal im J. 1846 und 7 Mal im J. 1847. Die Insertion fand immer in der Nähe der Placenta statt, im weitesten Falle 4 Zoll vom Rande derselben. In 3 Fällen wurde zugleich die Beobachtung gemacht, dass die Nabelschnur sich einige Zolle vor ihrer Insertion in drei Stränge spaltete, von denen sich einer oder zwei in die Eihäute senkten; in einem 4ten Falle spaltete sich auch die Nabelschnur in zwei Stränge, welche aber beide unmittelbar in die Placenta eintraten. - Nur ein Mal wurde ein nachtheiliger Einfluss von dieser velamentalen Insertion bemerkt, indem bei unvorsichtigem Zuge an der Nabelschnur dieselbe aus der Insertionsstelle ausriss, und nun zur Entfernung der Placenta die ganze Hand in die Gebärmutter eingeführt werden musste.

# 19. Abweichungen der Placenta in Beziehung auf Grösse, Form und Textur.

a) Abweichende Grösse der Placenta, welche in der Klinik nach jeder Geburt, und in der Poliklinik bei auffallenden Erscheinungen an derselben gewogen und untersucht wird, fand sich in den vorliegenden Jahrgängen in bedeutender Zahl vor. So betrug das Gewicht in mehr als 70 Fällen 1; Pfd.; in 28 Fällen 1; Pfd.; in 5 Fällen 2 Pfd.; in 2 Fällen 23 Pfd. und in 1 Falle wog eine Zwillingsplacenta 3 Pfd. In Beziehung auf unter dem Normalverhältnisse stehender Schwere fand sich in 171 Fällen die Placenta nur 🕻 Pfund schwer, in 17 Fällen 🛓 Pfd. Die Placenta eines im 7ten Mondsmonate der Schwangerschaft geborenen Kindes wog nur 2 Pfund. - In den meisten Fällen stand das Gewicht der Placenta mit dem Gewichte des Kindes im Verhältniss, und so wurde in den 3 Fällen von 2 Pfd. schwerer Placenta ein Kind von 8 Pfd., eines von 9 Pfd. und eines von 10 Pfd. geboren; bei den Placenten von 21 Pfd. wurde nur bei einem Kinde das Gewicht

genau bestimmt: es betrug 9 Pfd. Die kleinen Placenten, namentlich die von  $\frac{1}{2}$  Pfd. Gewicht, gehörten auch kleineren Früchten an, von denen sich nur 3 zu einem Gewichte von über 5 Pfd. bis zu 6 $\frac{1}{2}$  Pfd. fanden; die anderen wogen wenig über 4 Pfd. bis zu 3 $\frac{3}{4}$  Pfd.

b) In Beziehung auf die Form der Placenta, die quadrate, eckige, längliche abgerechnet, welche in einigen Fällen beobachtet wurden, kamen nur wenige Abweichungen vor. Es wurden nämlich bei 4 Geburten Placenten gefunden, welche in ihrer Mitte-eine tiefe Furche zeigten, die ihnen das Anschen gab, als seien sie hier aus zwei Stücken zusammengeschmolzen, wodurch in einem Falle die Form einer Bohne hergestellt wurde. Die Trennung des Gewebes an dieser Stelle durchdrang jedoch in keinem Falle die ganze Substanz, sondern war nur theilweise, so dass eben eine tiefe Furche gebildet wurde, in welche sich in 3 Fällen die Nabelschnur einsenkte. Im 4. Falle fand die Theilung nicht in der Mitte der Placenta statt, und es hatte die Nabelschnur in dem grösseren Lappen derselben ihre Insertionsstelle. -- In 3 anderen Fällen fand sich eine vollständig abgetrennte kleine Placenta succenturiata.

c) Abweichungen in der Textur der Placenta kamen folgende vor:

1. Mürbe, leicht zerreissbar war das Gewebe in 3 Fällen, in deren zweien lebende Kinder geboren waren; in dem dritten war das Kind jedoch schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben gewesen, und die Placenta erst 30 Stunden nach der Geburt des Kindes ausgeschieden worden. Sie hatte ein fauliges Ansehen.

2. Speckartige Degeneration bis zu Taubeneigrösse fanden sich in 4 Placenten.

3. In einer Placenta fanden sich einzelne Cotyledonen knorpelfest, und von heller, weisslicher Farbe.

4. Zwei Placenten hatten auf der Uterinfläche einen sehnigen Ring, welcher  $\frac{1}{2}$  Zoll von der Peripherie entfernt im ganzen Umkreise derselben verlief.

5. In 3 Fällen fanden sich an einzelnen Stellen der Placenten, welche wegen zu fester Adhärenz an der Ute-

### 202 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

ruswand künstlich hatten gelöst werden müssen, sehnige Fäden, welche die Verbindung hergestellt hatten.

6. Kalkablagerungen in das Gewebe der Placenta wurden in 61 Fällen in grösserer Ausdehnung gefunden.

Ein Nachtheil für die Ernährung und das Leben der Kinder führten diese Abweichungen der Placenta nicht herbei.

# 20. Retention der Nachgeburt.

In 142 Fällen wurde die Nachgeburt noch längere Zeit nach der Geburt des Kindes in der Gebärmutter zurückgehalten, und zwar entweder in Folge von ganzer oder theilweiser fester Adhäsion an der Uterinwand, oder von Adynamia uteri, oder von krampfhafter Striktur der Gebärmutter. In 126 Fällen wurde durch gleichzeitige Metrorrhagie die Anzeige zur künstlichen Fortnahme der Nachgeburt gegeben, in 16 Fällen war aber eine solche Indication nicht. vorhanden, und es wurde die Ausstossung jener zunächst der Natur überlassen. Bei der Leitung des Nachgeburtsgeschäftes wurde überhaupt nach den Regeln, wie sie in dem Lehrbuche für Geburskunde, und in den beiden früheren Berichten über die Wirksamkeit in der geburtshülflichen Klinik ausgesprochen sind, verfahren und im Allgemeinen die Nachgeburt erst dann künstlich entfernt, wenn von ihrem längeren Zurückbleiben Gefahr für die Frauen befürchtet wurde. In 4 Fällen wurde die Ausstossung ganz der Natur überlassen, welche sie auch in resp. 2 Stunden, 3 Stdn., 12 Stdn. und 30 Stdn. bewirkte. In den weiteren 12 Fällen. wurde die Lösung der fest sitzenden Placenta nach 8 bis. 20stündiger Retention künstlich bewirkt. In einem Falle starb die Frau, ohne dass die Placenta hatte gelöst werden können, 12 Stunden nach der Geburt des Kindes, indem nicht zu beseitigender Krampf den Muttermund fast ganz verschloss. Ausserdem starben 8 Entbundene in Folge des Brutverlustes 3 und 4 Stunden nach der Entbindung.

21. Die geburtshülflichen Operationen.

Es ist schon oben bei Gelegenheit der Störungen des Geburtsverlaufes durch Beckenbeschränkungen, ausgesprochen, dass als leitender Grundsatz bei Behandlung der Geburten festgehälten wurde, die Natur walten zu lassen, so lange das Wohl von Mutter und Kind es gestatten und erst dann operativ einzugreifen, wenn das Leben und die Gesundheit der Letzteren durch den Verlauf der Geburt gefährdet erscheinen. Wenn daher die Zahl der im vorliegenden Zeittaume ausgeführten Operationen verhältnissmässig nicht gering ist, so liegt dies mehr in den oft erwähnten ungünstigen Verhältnissen der Entbundenen, als in einer Vorliebe zum Operiren, für welches im Gegentheile feststehende Indicationen streng eingehalten werden. Demgeniäss kommen auch Operationen in der Enthindungs-Anstalt selbst seltener, als in der Poliklinik vor, weil die grössere Zahl der in jener behandelten Personen schog längere Zeit vor ihrer Eatbindung zu einer regelmässigen und gesundheitsgemässen Lebensweise angehalten wird, und ihre Entbindung von Anfang an richtig geleitet worden kann. Daher betreffen auch die schwereren hier vorkommenden Geburten zum Theil Personen, welche erst nach längerer Dauer der Geburt die Aufnahme in die Entbindungs-Anstalt nachsuchten, wie das Referat der einzelnen pathologischen. Zustände nachweist. Bei den letztern ist eine Zahl der vorgekommenen Operationen bereits angegeben, welche hier noch ein Mal übersichtlich mit aufgeführt werden sollen.

a) Zangenoperationen.

Die Zange wurde überhaupt bei 317 Geburten angewendet, und zwar 274 Mal bei vorangehendem Kopfe des Kindes und 43 Mal bei zögerndem Austritte des Kindeskopfes nach der Geburt des Rumpfes bei Steiss- und Fusslagen der Kinder und nach der Wendung auf die Füsse. Dieser letzteren wird bei Gelegenheit der Wendungen und Extractionen nähere Erwähnung geschehen, und sollen zunächst nur die Zangenoperationen bei vorangehendem Kopfe des Kindes besprochen werden.

: Die Anzeigen zu diesen 274 Zangengeburten waren folgende:

1. Eclampsie der Kreissenden in 2 Fällen, und zwar 1 Mal in der Klinik 1843 und 1 Mal in der Poliklinik 1846. Beide Fälle sind bei Gelegenheit der Geburtsstörung durch

## 204 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Eclampsie der Kreisenden unter Nr. 2. und 4. näher angegeben.

2. Ruptura uteri in einem Falle, und zwar im Jahre 1843 bei einer zum 10. Male Gebärenden von 39 Jahren. Bei sehr kräftigen Wehen war hier eine Ruptur der Gebärmutter entstanden, als der Kindeskopf in Ster Lage fest im Becken stand. Das Kind wurde todt mit der Zange entwickelt, und die Mutter starb 43 Stunden nach der Entbindung.

3. Scheidenvorfall in 2 Fällen, welche bereits unter den Störungen der Geburt durch Vorfall der Scheide und Gebärmutter in den Jahren 1848 und 1846 angeführt sind. Beide Kinder wurden lebend geboren; das eine von nur 7monatlicher Reife starb kurze Zeit nach der Geburt.

4. Erschöpfung der Kräfte der Kreissenden und grosse Aufregung in 6 Fällen, und zwar 3 Mal im Jahre 1843, 2 Mal im J. 1844 und 1 Mal im J. 1847. Die Geburten betrafen in 3 Fällen Erstgebärende und in 3 Fällen Mehrgebärende, und waren sämmtlich in den ersten Perioden durch Krampf der Gebärmutter gestört worden, gegen welchen krampfstillende Mittel, in einem Falle auch ein Aderlass angewendet worden waren. In der dritten Geburtsperiode konnte in diesen Fällen weder durch Mutterkorn noch durch Borax eine erfolgreiche Thätigkeit in der Gebärmutter erweckt werden, und es musste endlich nach einer Dauer der Geburt zwischen 30 bis 40 Stunden dieselbe mit der Zange beendigt werden. Die Kinder wurden sämmtlich in Kopflagen geboren, und zwar 5 lebend, 1 aber todt mit den Zeichen schon eingetretener Fäulniss.

5. Allgemein zu kleines Becken in 3 Fällen: 2 Mal im J. 1843 und 1 Mal im J. 1844. Es ist ihrer schon bei den Störungen der Geburt durch Beckenbeschränkung gedacht worden; die Kinder wurden lebend geboren. (Vergi. Störungen der Geburt Nr. 10 - a.)

6. Beschränkung im Beckenausgange in 21 Fällen, und zwar gehören hierher 16 Trichterbecken zweiten Grades, mit hinlänglich weiten oberen Aperturen und gleichmässiger Beschränkung der Durchmesser der dritten und vierten Apertur; ferner 3 Fälle von Beschränkung des .

Quérdurchmessers im Beckenausgange durch Aneinanderrücken der Sitzbeinhöcker und 2 Fälle von Verkürzung des geraden Durchmessers im Beckenausgange durch Anchylose des nach vorn gerichteten Steissbeines. In 19 Fällen reichten einige Traktionen mit der Zange zur Heberwindung des Hindernisses aus, und nur in 2 Fällen waren 11 his 12 kräftige Tractionen zur Entwickelung des Kopfes erforderlich. In dem einen dieser Fälle war das Hinderniss durch ein Trichterbecken gegeben (im Jahre 1846) in dem andern (1847) durch Verkürzung des Queerdurchmessers im Beckenausgange. Die Kinder kamen sämmtlich lebend zur Welt. (Vergl. Störungen der Geburt Nr. 10. b, d und e.)

7. Rhachitische Beschränkung des Beckens in 46 Fällen, von denen 1 der Klinik und 8 der Poliklinik 1842. 4 der Poliklinik 1843, 1 der Klinik und 7 der Poliklinik 1844, 14 der Poliklinik 1845, 1 der Klinik und 4 der Poliklinik 1846, und 1 der Klinik und 5 der Poliklinik 1847 angehören. Wie schon oben bemerkt, war in mehreren Fällen die Beschränkung in hohem Grade vorhanden und veranlasste eine so feste Einkeilung im Beckeneingange, dass nur mit grossem Kraftaufwande der Kopf durch die Zange entwickelt werden konnte. Einige der Kinder brachten die Beweise davon in tiefen Eindrücken am Scheitel- und Stirnbeine mit auf die Welt, welche beim Durchgange durch den beschränkten Beckeneingang vom Promontorium veranlasst waren, bei den lebend geborenen Kindern aber ohne nachtheiligen Binfluss auf ihr Gedeihen blieben. Bei allen Kindern waren die Kopfknochen mehr oder weniger übereinandergeschoben und die Queerdurchmesser des Kopfes In 5 Fällen gelang es nicht, selbst mit dadurch verkürzt. grossen Kraftaufwande in 20 Tractionen und darüber die Geburt durch die Zange zu beendigen; es musste in einem derselben erst der Schädel perforirt und in 4 die Kephalotripsie ausgeführt werden. - Von den 46 geborenen Kindern kamen 32 lebend zur Welt: 7 derselben waren Anfangts asphyktisch, und zwar in apoplektischem Zustande, wurden aber durch eine Blutentziehung, Auftröpfeln von Aether und kalte Uebergiessungen des Kopfes im warmen Bade zu sich gebracht. Von den 14 todtgeborenen Kindern

war eins schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben, und trug Spuren der begonnenen Fäulniss; die andern 13 verloren das Leben im Verlaufe der Geburt. --- Von den Müttern, deren mehrere ein Mal und öfter durch die Zange, und eine durch Perforation des Kindes entbunden worden waren, starben zwei im Wochenbette. (Vergl. Störungen der Geburt Nr. 10. c.)

Einkeilung des Kindeskopfes durch Grösse 8. oder ungünstige Stellung desselben bedingt in 17 Fällen. und zwar 4 Mal in der Klinik und 3 Mal in der Poliklinik 1843. 1 Mal in der Klinik und 1 Mal in der Poliklinik 1844, 2 Mal in der Klinik und 4 Mal in der Poliklinik 1846, und 2 Mal in der Poliklinik 1847. Der Grund der Einkeilung des Kindeskopfes lag stets in dem Missverhältnisse seines Umfanges zum Beckenraume, das einerseits durch die im Allgemeinen ungewöhnliche Entwicklung des Kindeskörpers, andererseits durch weit vorgeschrittene Ossification der Schädelknochen und geringe Nachgiebigkeit derselben bedingt wurde. Hierdurch wurde in einigen Fällen von günstigen Kopflagen bei Kindern von 7 Pfd. Gewicht und darunter die grosse Schwierigkeit der Zangenoperation, welche bis zu 12 Tractionen erforderte, erklärlich. Bei 6 Kindern war die Entwicklung überhaupt weit vorgeschritten; es betrug das Gewicht über 8 Pfund, und zwar 1 Mal 8; Pfd., 1 Mal 8k Pfd., 1 Mal 9 Pfd., 1 Mal 10 Pfd., 1 Mal 104 Pfd. und 1 Mal 12 Pfd.; bei einem besonders starken Kinde, dessen noch unten vrwähnt werden soll, wurde das Gewicht nicht bestimmt. In 4 Fällen wurde die Einkeilung des Kindeskopfes ausserdem durch die Stellung in die 3te Lage begünstigt. -- Von den Kindern wurden 13 lebend und 4 todtgeboren; enter den letztern war eins von 10; Pfd. Gewicht, das in der isten Schädellage geboren wurde; 2 hatten die 3te Schädellege bis zum Ende der Geburt, und eins die 2te Schädellage gehabt. Dies letzterwähnte Kind gehörte einer Frau von 27 Jahren und kräftigem Körper an, welche drei Mal geboren hatte, und die beiden letzten Mate mit der Zange entbunden worden war. Nachdem bei vollständig eröffnetem Muttermunde der Blasensprung orfolgt war, hörten die Wehen gänzlich auf und kehrten erst nach

### Königi, Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. / 207

80: Stunden wieder, während welcher Pause Mutterkorn, Zimmttinktur, kalte Umschläge auf den Unterleib. Aderlass angewendet waren. Nunmehr traten, sie aber sehr kräftig auf, vermochten aber den in 2ter Lage stehenden Kindeskopf hicht über den Beckeneingang hinaus zu bringen. Sowohl die feste Binkeitung des Konfes als die zunehmende Aufregung der Kreissenden, welche sich wie eine Trunkene gebärdete, machten die Beendigung der Geburt nöthig, und so wurde etwa 12 Stunden später die Zange angelegt. Der Kopf følgte, den kräftigen Tractionen sehr langsam, und nachdem etwa 20 derselben gemacht worden waren, zeigte sich plötzlich neben der Zange ausfliessendes Gehirn. Da das Leben des Kindes jetzt als bestimmt erloschen angenommen werden musste, wurde die Zange kräftig zusammengedrückt und der Kopf nun unter reichlichem Ausflusse von Gehirn in weiteren 10 Tractionen entwickelt. Nach Entwicklung des starken Kindes ergab sich, dass das linke Zangenblatt den Schädel perforirt hatte.

9. Bedeutende Kopfgeschwulst der Kinder in 60 Fällen, und zwar 5 Mal in der Klinik und 19 Mal in der Poliklinik 1842, 12 Mal in der Poliklinik 1843, 1 Mal in der Klinik und 2 Mal in der Poliklinik 1844, 2 Mal in der Klinik und 10 Mal in der Poliklinik 1845, 2 Mal in der Pojiklinaik 1846, 1 Mal in der Klinik und 6 Mal in der Poliklinik 1847. Nur in einem Falle war die Operation nicht. von günstigem Erfolge, indem das Kind todt geboren wurde; von den 59 lebend geborenen Kindern war eine grosse Zahl Anfangs apoplektisch-asphyktisch, wurde aber durch Blutentziehung u. s. w. belebt. Zur Bestimmung des Zeitpunktes, wann bei Bildung der Kopfgeschwulst eine Beschleunigung der Geburt nothwendig wird, blieb auch hier die Beschaffenheit des Fötalherzschlages entscheidend, insofern er mit der Zunahme der Lebensgefahr für das Kind an Frequenz abnimmt.

10. Bedeutende Gesichtsgeschwulst bei mangehafter Webenthätigkeit in 2 Fällen, 1 Mal in der Poliklinik 1842 und 1 Mal daselbst 1845. Im erstern Falle wurde das Kind bei einer 42jährigen Mehrgebärenden in der 2ten Gesichtslage todt entwickelt, im andern bei einer Erstgebärenden von 21 Jahren asphyktisch, ebenfalls in 2ter Ge-

## 208 XVI. Dr. Busch, Die geburtshuffliche Klinik an der

sichtslage nach einer schweren Operation von 20 Tractionen. Dies Kind wurde zum Leben gebracht.

11. Wehenschwäche und Wehenmangel in 92 Fällen, nämlich 23 Mal in der Poliklinik 1842. 1 Mal in der Klinik und 9 Mal in der Poliklinik 1843, 1 Mal in der Klinik und 20 Mal in der Poliklinik 1844, 21 Mal in der Poliklinik 1845, 7 Mal in der Poliklinik 1846 und 1 Mal in der Klinik und 9 Mal in der Poliklinik 1847. In 66 von diesen Fällen ging der Gebrauch wehenbefördernder Mittel, namentlich des Mutterkorns und der Zimmttinktur der Anwendung der Zange voraus; in den anderen Fällen wurde die Hülfe der Anstalt so spät in Anspruch genommen, dass die bereits eingetretene Gefahr für das Leben des Kindes den Gebrauch dynamisch wirkender Mittel nicht mehr gestattete. ----Es wurden 82 Kinder lebend und 6 todtgeboren; von den letztern war eins schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben. - Die Operationen selbst gehörten zu den leichteren und in der Regel gelang die Entwicklung des Kopfes mit einigen Tractionen.

12. Vorfall der Nabelschnur in 17 Fällen, in welchen 10 Kinder lebend und 7 todtgeboren wurden; unter den letzteren war eins bereits längere Zeit vor der Geburt abgestorben. (Vergl. Störungen der Geburt Nr 14.)

13. Rigidität und Enge der äussern Geschlechtstheile, welche die Wehenkraft nicht zu überwinden vermochte, mit Bildung von Kopfgeschwulst in 5 Fällen, welche im Jahre 1842 vorkamen, und sämmtlich Erstgebärende betrafen. Der Kopf des Kindes wurde hier vorsichtig und ohne Gewalt über den Damm hervorgehoben und so sile 5 Kinder lebend geboren.

Es wurden also von 274 durch die Zange gebornen Kindern 229 lebend und 45 todt zur Welt gebracht. Von diesen letzteren waren 5 schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben, und 40 hatten das Leben unter der Geburt, grossentheils aber wahrscheinlich vor der Zangenoperation verloren. Dies gilt namentlich von den Fällen, in welchen die Zange durch Ruptura uteri und Eclampsie der Kreissenden indicirt wurde, und von denen, in welchen nach Reposition der vorgefallenen Nabelschnur später noch die Zange angewendet wurde. — Von den Entbundenen starben 3 im Wochenbette, und zwar eine nach Ruptura uteri, und die beiden andern nach schweren Operationen; es war also das Resultat für die Mütter ein sehr günstiges, insofern nur in zweien der Todesfälle der Grund mit in der Zangenoperation gesucht werden konnte.

b) Wendung auf den Kopf durch innere Handgriffe wurde 1 Mal in der Klinik im Jahre 1842 bei einem Zwillingskinde ausgeführt. Der Fall betraf eine 30jährige Zweitgebärende, bei welcher das erste Zwillingskind aus der 2ten Schulterlage 2ten Unterart auf die Füsse gewendet und lebend entwickelt worden war; das zweite Kind trat in derselben Lage zur Geburt, und wurde bei noch stehendem Wasser durch Einleiten des Kopfes mit der Hand in den Beckeneingang in die 3te Schädellage übergeführt. Die Geburt, in deren Verlaufe der Schädel aus der 3ten in die 2te Lage überging, wurde nun der Natur überlassen, und von dieser mit Erhaltung des Kindes beendigt.

c) Wendung auf die Füsse.

Die Wendung auf die Füsse wurde überhaupt bei 104 Geburten ausgeführt, und fand ihre Indication in 73 Fällen in regelwidriger Lage des Kindes, welche in eine günstigere umgewandelt werden musste, und in 31 Fällen in Umständen, welche die Geburt in gefahrbringender Weise für die Mutter oder das Kind complicirten und deshalb die schleunige Beendigung derselben erforderten. Von den 103 entbundenen Frauen — es fanden sich ein Mal beide Zwillingskinder in regelwidriger Lage — waren 14 Erstgebärende und 89 Mehrgebärende, und zwar wurde bei 9 Erstgebärenden und 63 Mehrgebärenden die Wendung zum Zweck der Lageverbesserung, und bei 5 Erstgebärenden und 26 Mehrgebärenden zur Beschleunigung der Geburt ausgeführt. Von den 104 geborenen Kindern wurden 69 lebend und 35 todtgeboren.

1. Wendung auf die Fusse als Lagever-

besserungsact.

Regelwidrige Lage des Kindes gab in 73 Fällen Anzeige zur Wendung auf die Füsse, und zwar fand sich 18 Mal

Monatssohr. f. Geburisk. 1854. Bd. IV, Hft. 3.

# 210 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

die 1ste Schulterlage, 32 Mal die 2te Schulterlage, 10 Mal die 3te Schulterlage, 9 Mal die 4te Schulterlage, 2 Mal eine hohe Schieflage, 1 Mal eine hohe Querlage und 1 Mal eine Kopflage mit vorliegendem Fusse. In 41 Fällen wurde die Wendung bei noch stehendem Fruchtwasser ausgeführt; bei 32 Fällen war das Fruchtwasser aber bereits abgeflossen, ehe ärztlicher Beistand von der Anstalt aus eintreffen konnte, und zwar in 23 Fällen seit mehreren Stunden bis zu drei Tagen. Wiewohl hierdurch der Act der Wendung immer erschwert wurde, konnten die Schwierigkeiten doch in der grössern Zahl der Fälle bald überwunden werden, und war auch das Resultat verhältnissmässig günstig.

Von den 73 Kindern kamen 52 lebend zur Welt, oder asphyktisch und wurden belebt, und 21 wurden todtgeboren oder mit so schwachen Lebenszeichen, dass eine Wiederbelebung nicht gelang. Von diesen 21 todtgeborenen Kindern waren 6 schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben und zeigten Spuren der begonnenen Fäulniss; 7 Kinder hatten das Leben bei langer Dauer der Geburt verloren, ehe ärztlicher Seits zu ihrer Beendigung geschritten werden konnte, und 3 Kinder fanden ihren Tod durch Druck auf die bei der Wendung vorgefallene, schon schwach pulsirende Nabelschnur; 5 Kinder starben unter der Wendung und der nachfolgenden Fussgeburt. Es kommen somit auf 52 durch die Wendung auf die Füsse lebend geborene Kinder nur 5, welche durch diese Operation ihr Leben verloren.

In 27 Fällen wurde das Kind nur auf einen Fuss gewendet, in 46 Fällen wurden aber beide Füsse erfasst und durch den Muttermund herabgeführt. Wiewohl die Vorbereitung der Geburtswege für den Durchtritt des Kindeskopfes vollständiger geschieht, wenn der vorausgekende Steiss durch einen aufgeschlagenen Schenkel in seinem Umfange vergrössert ist, wurde doch in vielen Fällen bei nahe aneinanderliegenden Füssen des Kindes es vorgezogen, beide zugleich herabzuleiten, insofern die Umstände erwarten liessen, dass auch die folgende Fussgeburt künstlich werde bewerkstelligt werden müssen. Dies war denn auch bei 50 Geburten der Fall, die kleineren manuellen Hülfen bei Entwicklung der Arme und des Kopfes nicht gerechnet. In 36 Fällen gelang es, das Kind mit den Händen vollständig zu extrahiren; in 14 weiteren Fällen wurde zwar der Rumpf leicht entwickelt, der Kopf widerstand aber dem Zuge der Hände und musste mit der Zange entwickelt werden. Von den 23 der Natur überlassenen durch die Wendung gebildeten Fussgeburten wurden auch nur 14 vollständig durch dieselbe beendet; bei 8 musste der steckenbleibende Kopf noch mit der Zange, und bei einem sogar mit dem Kephalotriben entwickelt werden. - Die Anzeige zur Extraction des Kindes an den Füssen war in den meisten Fällen ungenügende Thätigkeit der Gebärmutter zur Ausschliessung des Kindes, mit welcher in einigen allgemeine Erschöpfung der Kräfte der Kreissenden verbunden war; in anderen Fällen wurde sie durch den bei der Wendung entstandenen Vorfall der Nabelschnur und durch grosse Lebensschwäche des Kindes bedingt. - Für die Anwendung der Zange galt der Grundsatz, sie nie früher anzulegen. als bis wiederholte Anwendung der kunstgemässen Handgriffe die Ueberzeugung der Unzulänglichkeit der letztern zur Entwicklung des Kopfes dargethan hatten, wozu wenige Versuche ausreichend sind; dann aber auch mit derselben nicht zu zögern. Diesem Verfahren ist der glückliche Ausgang vieler schwieriger Geburten zuzuschreiben.

In Bezug auf den Zeitpunkt, zu welchem die Wendung vorgenommen werden konnte, war das Verhältniss günstig, indem 41 Mal die Wendung bei noch stehendem Fruchtwasser ausgeführt wurde. Die Operation war hierbei stets ohne grosse Schwierigkeit, und es wurden dabei 13 Mal nur ein Fuss, 28 Mal aber beide Füsse herabgeführt. In 17 Fällen konnte die Geburt des Kindes weiter der Natur überlassen werden, welche sie in 14 Fällen beendete; in den übrigen 3 musste der Kopf mit der Zange entwickelt werden. In 24 Fällen machte die mangelhafte Wehenthätigkeit die Ausziehung des Kindes an den Füssen nöthig und war dabei noch 7 Mal die Entwicklung des Kopfes mit der Zange erforderlich. Von den Kindern wurden 32 lebend und 9 todtgeboren; unter den letzteren befanden sich 5, welche schon die Spuren der Fäulniss trugen, und 1, das vor der

## 212 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Operation bereits abgestorben war. — Eine der Mütter starb im Wochenbette.

Kurze Zeit nach Abfluss des Frachtwassers wurde die Wendung in 10 Fällen gemacht, war auch hier in der Regel ohne Schwierigkeit auszuführen und nur in einigen Fällen durch krampfhafte Contraction der Gebärmutter erschwert. In 9 Fällen musste wegen unzureichender Wehenthätigkeit die Extraction des Kindes gemacht und dabei 4 Mal der Kopf mit der Zange entwickelt werden. In einem Falle musste wegen rhachitischer Beschränkung des Beokens die Geburt des Kopfes durch die Kephalotripsie bewirkt werden. Von den Kindern wurden 6 lebend und 4 todtgeboren: von den letztern befand sich 1 schon im Zustande der Fäulniss, 1 war vor der Geburt abgestorben und 2 verloren ihr Leben unter der Geburt.

In 22 Fällen wurde die Wendung gemacht, nachdem das Fruchtwasser schon vor längerer Zeit, von mehreren Stunden bis zu 8 Tagen, abgeflossen war. Bei mehreren dieser Fälle war das Kind schon mehr oder weniger fest in den Beckeneingang getrieben, und wurde von dem stark contrahirten Uterus eng umschlossen; in anderen Fällen trat kurz nach dem Abflusse des Fruchtwassers, oder mit der Erweiterung des Muttermundes Wehenschwäche ein, wodurch dann die Wendung bedeutend erleichtert wurde. Von den Entbundenen war nur 1 Erstgebärende, 31 aber Mehrgebärende, und zwar kam von den letzteren 1 zum Sten Male, 1 zum 9ten Male, 1 zum 10 Male, 1 zum 13ten Male und 1 zum 14ten Male nieder. Binige waren sohon ein oder selbst mehrere Male durch die Wendung entbunden worden. Die Kindeslagen waren 30 Mal Schulterlagen, wobei 9 Mal ein Arm vorgefallen war; 1 Mal eine hohe Schieflage und 1 Mal eine hohe Kopflage mit vorliegendem Fusse. Von diesen 22 Geburten gehörten: 6 in die Poliklinik 1842; 4 in die Poliklinik 1843; 3 in die Poliklinik 1844; 1 in die Poliklinik 1845; 5 in die Poliklinik 1846 und 3 in die Poliklinik 1847. Die einzelnen Fälle waren:

1. Bei einer zum 14ten Male gebärenden Frau von 43 Jahren, welche bereits 24 Stunden gekreisst hatte, war das Fruchtwasser seit längerer Zeit abgeflossen, als sie die 1

Hülfe der Anstalt in Anspruch nahm. Das Kind lag in der Isten Schulterlage 2ten Unterart, und die Schulter war schon durch die Wehen tief in das Becken herabgedrängt, während die Füsse nach vorn im Hängebauche zu fühlen, der Fötalherzschlag nicht mehr zu hören war. Um leichter zu den Füssen gelangen zu können, wurde die Frau auf die rechte Seite gelegt und mit der linken Hand vorsichtig und nicht ohne Mühe zu den Füssen vorgedrungen, welche beide gefasst wurden. Während ein Assistent den Bauch mit den flach aufgelegten Händen nach aufwärts drängte, gelang nach einigen vergeblichen Versuchen die Wendung des Kindes, das nun schnell extrahirt wurde, aber todt zur Welt kam. (Polikl. 1842.)

2. Eine 42 Jahre alte, zum 13ten Male gebärende Frau, welche mehrere Male durch die Wendung und durch Zangenoperation entbunden worden war, hatte gegen Mittag die ersten Wehen gefühlt, sich in ihren häuslichen Arbeiten aber nicht stören lassen, bis gegen 4 Uhr Nachmittags mit dem Blasensprunge eine grosse Menge Fruchtwasser abfloss. Die Frau liess nun eine Hebamme rufen, welche sich bis Mitternacht mit ihr beschäftigte, dann aber die Hülfe der Anstalt in Anspruch nahm. Was in dieser Zeit geschehen war, wurde nicht völlig klar, indess stand nach den Aeusserungen der Hebamme, welche über Lähmung ihres Armes klagte und die Nabelschnur um Hals und Leib des Kindes geschlungen gefunden haben wollte, zu vermuthen, dass bereits Wendungsversuche gemacht seien. Bei der vorgenommenen Untersuchung fand sich das Kind in einer hohen Schieflage, der 1sten Schulterlage 1sten Unterart entsprechend; der Fötalherzschlag war kaum wahrnehmbar. Beim Einführen der Hand zur Wendung traten so heftige Contractionen der Gebärmutter ein, dass mit derselben nicht zu den Füssen vorgedrungen werden konnte. Es wurden daher in kurzen Pausen 2 Dosen Tinct, thebaica gegeben, und nach einer halben Stunde wieder die Wendung versucht. Nicht ohne Mühe gelang es jetzt, mit der rechten Hand den linken Fuss des Kindes zu ergreifen und herabzuführen; die Wendung des Kindes gelang jedoch erst nach einer Sten Gabe Tinct. thebaica und bei äusserer Unterstützung

### 18. Insertio funiculi velamentalis.

Die Einsenkung der Nabelschnur in die Eihäute statt in die Placenta kam in 29 Fällen vor, und zwar 10 Mal im Jahre 1842, 1 Mal im J. 1843, 2 Mal im J. 1844, 4 Mal im J. 1845. 5 Mal im J. 1846 und 7 Mal im J. 1847. Die Insertion fand immer in der Nähe der Placenta statt, im weitesten Falle 4 Zoll vom Rande derselben. In 3 Fällen wurde zugleich die Beobachtung gemacht, dass die Nabelschnur sich einige Zolle vor ihrer Insertion in drei Stränge spaltete, von denen sich einer oder zwei in die Eihäute senkten; in einem 4ten Falle spaltete sich auch die Nabelschnur in zwei Stränge, welche aber beide unmittelbar in die Placenta eintraten. - Nur ein Mal wurde ein nachtheiliger Einfluss von dieser velamentalen Insertion bemerkt, indem bei unvorsichtigem Zuge an der Nabelschnur dieselbe aus der Insertionsstelle ausriss, und nun zur Entfernung der Placenta die ganze Hand in die Gebärmutter eingeführt werden musste.

## 19. Abweichungen der Placenta in Beziehung auf Grösse, Form und Textur.

a) Abweichende Grösse der Placenta, welche in der Klinik nach jeder Geburt, und in der Poliklinik bei auffallenden Erscheinungen an derselben gewogen und untersucht wird, fand sich in den vorliegenden Jahrgängen in bedeutender Zahl vor. So betrug das Gewicht in mehr als 70 Fällen 1; Pfd.; in 28 Fällen 1; Pfd.; in 5 Fällen 2 Pfd.; in 2 Fällen 24 Pfd. und in 1 Falle wog eine Zwillingsplacenta 3 Pfd. In Beziehung auf unter dem Normalverhältnisse stehender Schwere fand sich in 171 Fällen die Placenta nur & Pfund schwer, in 17 Fällen & Pfd. Die Placenta eines im 7ten Mondsmonate der Schwangerschaft. geborenen Kindes wog nur & Pfm n den meisten Fällen stand das Gewicht der dem Ge des Kindes im Verhältnig von 2 Pfd, schu von 9 Pfd. center

genau bestimmt: es betrug 9 Pfd. Die kleinen Placenten, namentlich die von ½ Pfd. Gewicht, gehörten auch kleineren Früchten an, von denen sich nur 3 zu einem Gewichte von über 5 Pfd. bis zu 6½ Pfd. fanden; die anderen wogen wenig über 4 Pfd. bis zu 3½ Pfd.

b) In Beziehung auf die Form der Placenta, die quadrate, eckige, längliche abgerechnet, welche in einigen Fällen beobachtet wurden, kamen nur wenige Abweichungen vor. Es wurden nämlich bei 4 Geburten Placenten gefunden, welche in ihrer Mitte-eine tiefe Furche zeigten, die ihnen das Ansehen gab, als seien sie hier aus zwei Stücken zusammengeschmolzen, wodurch in einem Falle die Form einer Bohne hergestellt wurde. Die Trennung des Gewebes an dieser Stelle durchdrang jedoch in keinem Falle die ganze Substanz, sondern war nur theilweise, so dass eben eine tiefe Furche gebildet wurde, in welche sich in 3 Fällen die Nabelschnur einsenkte. Im 4. Falle fand die Theilung nicht in der Mitte der Placenta statt, und es hatte die Nabelschnur in dem grösseren Lappen derselben ihre Insertionsstelle. - In 3 anderen Fällen fand sich eine vollständig abgetrennte kleine Placenta succenturiata.

c) Abweichungen in der Textur der Placenta kamen folgende vor:

1. Mürbe, leicht zerreissbar war das Gewebe in 3 Fällen, in deren zweien lebende Kinder geboren waren; in dem dritten war das Kind jedoch schon längere Zeit vor der Geburt abgestorben gewesen, und die Placenta erst 30 Stunden nach der Geburt des Kindes ausgeschieden worden. Sie hatte ein fauliges Ansehen.

2. Speckartige Degeneration bis zu Taubeneigrösse fanden sich in 4 Placenten.

3. In einer Placenta fanden sich einzelne Cotyledonen knorpelfest, und von heller, weisslicher Farbe.

4. Zwei Placenten batten auf der Uterinfläche einen welcher ½ Zoll von der Peripherie entfernt bise derselben verlief.

> un fanden sich an einzelnen Stellen der vwegen zu fester Adhärenz an der Ute-

# 214 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

vom Bauche aus. Die Extraction des todten Kindes ging leicht von statten. (Polikl. 1842.)

3. Bei einer 31 jährigen Drittgebärenden waren schon längere Zeit Wehen vorbanden, als eine Hebamme herbeigerufen wurde. Diese fand das Kind in einer Querlage, ging mit der Hand in die Gebärmutter, sprengte die Blase und suchte die Wendung auszuführen, musste aber nach mehreren vergeblichen Versuchen davon abstehen. Als von der Anstalt Hülfe eintraf, fand sich das Kind in der 1sten Schulterlage 2ten Unterart mit vorgefallenem linken Arme und fest im Beckeneingange stehender Schulter. Mit der linken Hand wurde mit nicht zu grosser Schwierigkeit die Wendung ausgeführt, und da völliger Wehenmangel vorhanden war, gleich die Extraction gemacht und so das Kind noch lebend entwickelt. (Polikl. 1842.)

4. Eine 28jährige Zweitgebärende mit rhachitischem in der Conjugata um ½ Zoll beschränktem Becken hatte seit 24 Stunden gekreisst und vor mehreren Stunden das Wasser verloren, als sie die Hülfe der Anstalt nachsuchte. Das Kind fand sich in der 1sten Schulterlege 1sten Unterart mit vorgefallenem rechten Arme. Ohne grosse Schwierigkeit wurde das Kind mit der rechten Hand auf einen Fuss gewendet, und da eine Schlinge der nicht pulsirenden Nabelschnur mit vorfiel, sogleich extrahirt, was wegen der Bekkenbeschränkung nur mit grosser Schwierigkeit gelang. Das Kind kam todt zur Welt. (Polikl. 1842.)

5. Bei einer 38 jährigen zum 5ten Male gebärenden Frau war das Fruchtwasser seit längerer Zeit abgeflossen, als sie aus der Anstalt Hülfe verlangte. Das Kind fand sich in der 4ten Schulterlage 1sten Unterart mit vorliegendem rechten Arme und wurde in die 4te Fusslage gewendet. Da sich hierbei die Nabelschnur pulslos erwiesen hatte, wurde die Extraction gemacht, wobei die Lösung des rechten über den Nacken geschlagenen Armes besondere Schwierigkeit verursachte. Das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde aber belebt. (Polikl. 1842.)

6. Bei einer 27 jährigen Zweitgebärenden war seit mehreren Stunden das Fruchtwasser abgeflossen, der rechte Arm des Kindes war vorgefallen, die Schulter tief in das Becken getrieben, und die Lage 2te Schulterlage 2te Unterart. Mit grosser Schwierigkeit und unter Zurückdrängen der Schulter gelang es, die Hand einzuführen und das Kind auf die Füsse zu wenden. Wegen des schwachen Fötalherzechlages wurde gleich darauf die Extraction vorgenommen, bei der sich jedoch der Kopf in dem etwas engen Becken einkeilte und mit der Zange entwickelt werden musste. Das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde wiederbelebt, blieb aber schwach und starb einige Stunden nach der Geburt. (Polikl. 1842.)

7. Eine Frau von 33 Jahren hatte 8 Mal leicht und glücklich geboren. Bei der jetzigen 9ten Geburt erfolgte der Blasensprung 5 Stunden nach Beginn der Wehen; dennoch rief die Frau, durch den glücklichen Verlauf der früheren Geburten sorglos gemacht, erst 12 Stunden nach dem Blasensprunge eine Hebamme zu Hülfe. Diese erkannte eine regelwidrige Kindeslage und suchte Beistand aus der Anstalt nach. Es fand sich vollständige Eröffnung des Muttermundes und das Kind in der 1sten Schulterlage 2ten Unterart mit vorgefallenem linken Arme. Starke Contraction der Gebärmutter machte die Wendung sehr schwierig, indess gelang sie nach einigen Bemühungen, und ebenso folgte das Kind der manuellen Hülfe bis zu den Schultern. Der Kopf blieb aber stecken, und musste mit der Zange entwickelt werden. Die Verzögerung dieses letzten Actes der Operation trug wahrscheinlich die Schuld, dass das Kind todt zur Welt kam. (Polikl. 1843.)

8. Eine Frau von 27 Jahren, welche unter 6 Mal ein Mal durch die Wendung entbunden worden war, suchte Hülfe von der Anstalt nach, als bei der 7ten Geburt das Fruchtwasser schon 5 Stunden abgeflossen war. Wegen der 4ten Schulterlage 2ten Unterart des Kindes wurde die Wendung vorgenommen und bei völligem Wehenmangel ohne Schwierigkeit ausgeführt. Während der Operation war die Nabelschnur nur schwach pulsirend gefühlt, weshalb sogleich die Extraction gemacht wurde, welche auch bis zum Kopfe leicht gelang; der letztere blieb aber im Becken steeken und konnte erst mit mehreren kräftigen Tractionen

# 216 XVI. Dr. Busch, Die geburtsbülliche Klinik an der

der Zange entwickelt werden. Das Kind war stark asphyktisch, wurde jedoch nach ½ Stunden belebt. (Polikl. 1843.)

9. Eine Frau von 36 Jahren rief bei ihrer 9ten Geburt erst 17 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers Hülfe aus der Anstalt herbei, welche das Kind in der 2ten Schulterlage 1sten Unterart mit weit vorgefallenem linken Arme fand. Der Fötalherzschlag war sehr matt und verlangsamt. Es wurde, da der Muttermund vollständig eröffnet war, zur Wendung geschritten, bei der es jedoch nur einen Fuss zu erreichen gelang; die Wendung auf diesen konnte erst nach wiederholtem Aufwärtsdrängen der Schulter mit dem Daumen vollführt werden. Wegen der vorhandenen Lebensschwäche des Kindes wurde sogleich die Extraction gemacht und das Kind asphyktisch geboren; nach längere Zeit fortgesetzten Belebungsversuchen gelang es, dasselbe zu regelmässigem Athmen zu bringen. (Polikl. 1848.)

10. Eine Drittgebärende von 37 Jahren rief die Hülfe der Anstalt mehrere Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers an, als das Kind in der 1sten Schulterlage 2ten Unterart bereits tief in den Beckeneingang getrieben und der linke Arm bis vor die Geschlechtstheile vorgefallen war. Starke Contractionen der Gebärmutter erschwerten das Eindringen der Hand sehr, so dass sie nur bis zum Knie des einen Fusses gelangte. Dies wurde nun zunächst hach abwärts geleitet, dann der Fuss ausgestreckt und bei Unterstützung durch die auf den Bauch gelegte Hand die Wendung auf diesen vollendet. Wegen des schwachen Fötalherzsohlages wurde die Extraction vorgenommen, durch die schnell ein asphyktisches Kind entwickelt wurde, dessen Belebung bald gelang. (Polikl. 1843.)

11. Bei einer Frau von 28 Jahren, welche bereits 2 Mal langsam, aber ohne Kunsthülfe geboren hatte, floss das Fruchtwasser bald nach Eintritt der Wehen ab, welche nach kurzer Dauer nachliessen und eine Pause bis zum äten Tage machten. Als jetzt Hülfe aus der Anstalt geholt wurde, war der Muttermund vollständig erweitert und das Kind lag in der 2ten Schulterlage 1sten Unterart mit vorgefallenem linken Arme, Bei der immer noch geringen Wehenthätigkeit gelang die Wendung auf einen Fuss verhältnissmässig leicht, mit der dann wegen Vorfalls einer Nabelschnurschlinge die Extraction verbunden wurde. Das Kind kam scheintodt zur Welt, wurde aber belebt. (Polikl. 1844.)

12. Eine Frau von 32 Jahren hatte ein Mal 4 Wochen zu früh ohne Kunsthülfe geboren, und war das 2te Mal durch Wendung des Kindes auf die Füsse und Extraction entbunden worden. Bei der jetzigen 3ten Geburt wurde nach 12stündiger Dauer derselben und nach vor mehreren Stunden erfolgtem Blasensprunge die Hülfe der Anstalt angerufen. Das Kind fand sieh bei vollständiger Bröffnung des Muttermundes in der 2ten Schulterlage 2ten Unterart, welche bei der geringen Wehenthätigkeit, nach Ergreifen beider Füsse, ohne besondere Schwierigkeit in die 3te Fusslage umgewandelt wurde. Wegen der vorhandenen Wehenschwäche wurde das Kind extrahirt und lebend geboren, (Polikl. 1844.)

13. Eine Frau von 35 Jahren war 4 Mal entbunden, und zwar das letzte Mal durch die Wendung des Kindes auf die Füsse und Entwicklung des Kopfes mit der Zange. Mehrere Stunden nach dem durch kräftige Wehen bewirkten Blasensprunge wurde Hülfe von der Anstalt geholt und das Kind in der 2ten Schulterlage 1sten Unterart mit herabgetriebenem linken Ellenbogen gefunden. Es war inzwischen eine grosse Wehenpause eingetreten, welche die Wendung sehr begünstigte, die bei vorhandener Kreuzung der Füsse auf den dem Beckeneingange zunächstliegenden ausgeführt wurde: Wegen Wehenschwäche wurde die Extraction vorgenommen; das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde aber belebt. (Polikl. 1844.)

14. Von einer 35jährigen Zweitgebärenden wurde nach längerem Abflusse des Fruchtwassers und vollständiger Erweiterung des Muttermundes Hülfe von der Anstalt verlangt. Die Untersuchung ergab das Kind in 2ter Schulterlage 2ten Unterart mit noch kräftigem Herzschlage, und es wurde deshalb zur Wendung geschritten, welche auch nach Beschwichtigung der heftigen Contractionen der Gebärmutter durch Opiumtinktur ohne Schwierigkeit gelang. Mit der Wendung fiel die Nabelschnur vor, weshalb sogleich die

## 218 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Extraction unternommen wurde, die auch bis zu der Schulter rasch erfolgte, an dem einen über den Nacken geschlagenen Arm und dem Kopfe aber ein grosses Hinderniss fand, so dass letzterer mit der Zange entwickelt werden musste. Das Kind kam dennoch lebend zur Welt. (Polikl. 1845.)

15. Eine Frau von 20 Jahren hatte 2 Mai im 3ten Monate abortirt und 1 Mai im 8ten Monate ein bald nach der Geburt gestorbenes Kind geboren. Am normalen Ende der 4ten Schwangerschaft floss mit den ersten Wehen das Fruchtwasser ab und das Kind stellte sich in der 1sten Schulterlage 1sten Unterart zur Geburt. Nachdem längere Zeit bis zur Erweiterung des Muttermundes verflossen war, wurde die Wendung auf beide Füsse unter geringen Schwierigkeiten ausgeführt, und dann bei Entwicklung des Rumpfes wegen Wehenmangels die nöthige Nachhülfe gegeben. Der Kopf musste mit der Zange entwickelt werden; das Kind wurde todtgeboren. (Polikl. 1846.)

16. Eine Frau von 39 Jahren war 3 Mal leicht und 1 Mal durch die Wendung entbunden worden. Bei der jetzigen Geburt floss das Fruchtwasser früh ab, und der rechte Arm des in 2ter Schulterlage 2ter Unterart befindlichen Kindes fiel vor. Die Wendung des Kindes auf einen Fuss wurde ohne grosse Schwierigkeit ausgeführt und die Fussgeburt der Natur fast ganz überlassen. Das sehr grosse Kind zeigte sich schwach, und starb 2 Stunden nach der Geburt. (Polikl. 1846.)

17. Bei einer Mehrgebärenden von 26 Jahren, bei weloher das Fruchtwasser lange vor Erweiterung des Muttermundes abgeflossen war, wurde die: Wendung des Kindes aus der 4ten Schulterlage 2ten Unterart ebenfalls ohne bedeutende Schwierigkeit auf einen Fuss bewirkt, und wegen der gesunkenen Lebenskraft des Kindes die Extraction gemacht. Es gelang jedoch nicht das Kind zu beleben. (Poliklinik 1846.)

18. Eine Frau von 31 Jahren hatte 4 Mal geboren, bei der 5ten Geburt floss das Fruchtwasser früh ab und der rechte Arm des Kindes fiel bei der 1sten Schulterlage 1sten Unterart vor. Es wurde die Wendung auf einen Fuss gemacht, und die Fussgeburt dann der Natur überlässen, welche dieselbe auch bis zum Kopfe bewirkte; der Austritt des letztern wurde jedoch durch die sehr fest um den Hals geschlungene Nabelschnur gehemmt, und musste deshalb die Zange zu seiner Entwicklung angelegt werden. Das Kind kam lebend zur Welt. (Polikl. 1846.)

19. Bei einer 37jährigen Frau, welche zum 10ten Male gebar, war das Fruchtwasser früh abgeflossen, und das Kind stand in 3ter Schulterlage 1ster Unterart fest, als die Hülfe der Anstalt gefordert wurde. Mit einiger Schwierigkeit wurde das Kind auf einen Fuss gewendet, und dann wegen Vorfalls der pulslosen Nabelschnur extrahirt. Es kam asphyktisch zur Welt, wurde aber belebt. (Polikl. 1846.)

20. Eine Frau in den zwanziger Jahren, welche 1 Mal geboren hatte, nahm die Hülfe der Anstalt in Anspruch, als lange Zeit das Fruchtwasser abgeflossen und der Muttermund vollständig erweitert war. Die Gebärmutter hatte sich fest um das in 4ter Schulterlage 1ster Unterart stehende Kind zusammengezogen, und machte das Eindringen der Hand zur Wendung unmöglich. Erst nach einer wiederholten Gabe von 10 Tropfen Tinct. thebaica liess die Gontraction soweit nach, dass die Wendung auf beide Füsse ausgeführt werden konnte. Bis zum Kopfe bewirkte dann die Natur die Geburt; jener keilte sich aber im Beckeneingange fest, und musste mit der Zange entwickelt werden. Das asphyktisch geborne Kind wurde bald belebt. (Poliklinik 1847.)

21. Bei einer Drittgebärenden von 37 Jahren war ebenfalls nach Abfluss des Fruchtwassers die Hülfe der Anstalt nachgesucht. Das Kind hatte die 2te Schulterlage 1ste Unterart, und wurde eng von der Gebärmutter umschlossen, deren krampfhafte Contraction erst nach 30 Tropfen Tinct. thebaica, in 3 Gaben gereicht, soweit nachliess, dass die Hand zur Wendung eingeführt werden konnte. Das Kind wurde auf einen Fuss gewendet, und wegen Pulslosigkeit der Nabelschnur extrahirt. Es gelang nicht, das Kind zu beleben. (Polikl. 1847.)

22. Eine 38jährige Mehrgebärende nahm die Hülfe der Anstalt 4 Stunden nach Abfluss des Fruchtwasser und nach Erweiterung des Muttermundes in Anspruch. Das Kind wurde

#### 220 XVI. Dr. Basch, Die geburtshülfliche Klinik an der

unter grossen Hindernissen Seitens der Gebärmutter auf einen Fuss gewendet und wegen Pulslosigkeit der Nabelschnur extrahirt. Es kam todt zur Welt. (Polikl. 1847.)

2. Wendung auf die Füsse als Beschleunigungs-Act der Geburt.

Als Beschleunigungsact der Geburt wurde die Wendung auf die Füsse überhaupt in 31 Fällen ausgeführt, von denen 1 der Poliklinik 1842, 7 der Poliklinik 1843, 1 der Klinik und 4 der Poliklinik 1844, 1 der Klinik und 6 der Poliklinik 1845, 1 der Klinik und 5 der Poliklinik 1846, 1 der Klinik und 4 der Poliklinik 1847 angehören. Die Anzeige zur Beschleunigung der Geburt wurde 6 Mal durch regelwidrigen Sitz der Placenta auf dem Muttermunde oder an dessen Rande, und dadurch bedingten Blutfluss gegeben; 28 Mal durch Vorfall der Nabelschnur, 1 Mal durch Eclampsie und 1 Mal durch Erschöpfung der Kreissenden. In dem letzten Falle war bei Beckenbeschränkung neben dem Kopfe des Kindes die Nabelschnur vorgefallen, und zur schleunigen Beendigung der Geburt die Zange, aber erfolgtos, angewendet. Nach erfolgtem Tode des Kindes wurde die Kephalotripsie gemacht, und als auch jetzt der Kopf noch grossen Widerstand leistete und eine Operation zu erwarten stand, welche den erschöpften Kräften der Kreissenden nicht mehr zu bieten war, wurde die Wendung auf die Füsse und Extraction an diesen versucht, welche schnell und leicht von statten ging. - In einem andereti Falle war das Kind in der 1sten Schulterlage 1sten Unterart mit Vorfall der Nabelschnur bereits tief mit der Brustseite in das Becken getrieben und die Selbstentwicklung eingeleitet, als die Hülfe der Anstalt herbeigerufen wurde. Eintretende Eclampsie forderte hier die schleunige Beendigung der Geburt, und es wurde deshalb nach Exenteration der Brust die Wendung auf die Füsse und Extraction ausgeführt. Die Schwierigkeit der Operation war in den meisten Fällen nicht gross, in einigen aber bedeutend; es musste in 8 Fallen noch die Entwicklung des Kopfes mit der Zange bewirkt werden. - Von den Kindern kamen 17 lebend und 14 todt zur Wekt; von den letzteren waren 2 vor der Geburt abgestorben, und 1 nicht lebensfähig, so dass also nur 11 Kinder das Leben während der Wendung und nachfolgenden Fussgeburt verloren. — Von den Entbundenen starben 2 im Wochenbette; die eine in Folge des Blutverlustes bei Placenta praevia, die andere an Metritis septica.

# d) Accouchement forcé.

Die gewaltsame Entbindung wurde überhaupt in 4 Fällen ausgeführt, und zwar 1 Mal in der Poliklinik 1843, 1 Mal in der Klinik 1844, 1 Mal in der Poliklinik 1846 und 1 Mal in der Poliklinik 1847. Die Anzeige zu dieser Operation wurde 3 Mal durch Placenta praevia und 1 Mal durch Convulsionen der Kreissenden gegeben. Von den Kindern wurden 3 lebend und nur 1 todt bei Placenta praevia geboren. Ebenso wurden 3 von den Müttern am Leben erhalten; eine aber starb am Kindbettfieber.

1

1

## e) Extraction des Kindes.

Die Ausziehung des Kindes bei der durch die Natur gegebenen Steiss-, Knie- und Fussgeburt kam in 42 Fällen vor, und zwar 16 Mal bei Steisslagen, 1 Mal bei einer Knielage und 25 Mal bei Fusalagen. Die Anzeigen wurden 18 Mel durch Vorfall der Nabelschnur, 1 Mal durch Placenta praevia, 2 Mal durch Metrorrhagie, 2 Mal durch Beckenbeschränkung, und in den übrigen Fällen durch unzureichende Geburtsthätigkeit und durch relative zu geringe Räumlichkeit des Beckens gegeben. -- Von den durch die Extraction geborenen Kindern kamen 24 lebend und 18 todt zur Welt, und zwar waren von den letzteren zwei vor der Operation gestorben, 3 schon kängere Zeit todt und zum Theil faul, und eins ein Hemicenhalus. Von den andern 12 todtgeborenen Kindern verloren 6 ihr Leben durch Vorfall der Nabelschnur. und zwar 2 bei Steisslagen und 4 bei Fusslagen; 5 bei zögernder Selbstentwicklung aus Wehenschwäche, nämlich 1 bei Steisslage und 4 bei Fusslagen; und endlich 1 bei zögernder Selbstentwicklung aus Missverhältniss des Umfanges sur Beckenräumlichkeit in Steisslage. - Ausserdem wurde leichtere manuelle Hülfe bei Entwickelung der Arme und des Kopfes noch in 41 Fällen angewendet, nämlich 27 Mal

## 222 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

bei Steisslagen und 41 Mal bei Fusslagen. Diese Hülfe wurde theils durch ungünstige Lage des einen oder andern Armes, oder durch zögernde Entwicklung des Kopfes bei ungünstiger Stellung im Becken oder bei Wehenschwäche angezeigt. — In 15 Fällen musste nach der durch die Extraction oder durch die Wehenkraft bewirkten Geburt des Rumpfes der Kopf des Kindes durch die Zange entwickelt werden, und zwar war dies 9 Mal bei Steissgeburten und 6 Mal bei Fussgeburten der Fall.

## f) Die künstliche Frühgeburt.

Die Frühgeburt wurde in 8 Fällen durch die Kunst hervorgerufen, und zwar 1 Mal in der Klinik 1842, 2 Mal in der Klinik 1843, 1 Mal in der Klinik 1844, 2 Mal in der Klinik 1845, 1 Mal in der Klinik 1846 und 1 Mal in der Klinik 1847. Die Anzeige wurde in allen Fällen durch Bekkenbeschränkung rhachitischer Art gegeben, welche bei einer Frau zwar an sich nicht sehr bedeutend war, durch die ungewöhnlich starke Entwicklung der Kinder derselben aber zu einem bedeutenden Geburtshinderniss wurde. Es wurden überhaupt 9 Kinder geboren, da ein Mal Zwillingsschwangerschaft vorhanden war, und von diesen kamen 6 lebend und 8 todt zur Welt. Von den lebend geborenen Kindern waren 2 so schwach, dass sie wenig über eine Stunde lebten, ein drittes starb am zweiten, und ein viertes am dritten Tage nach der Geburt. Von den Entbundenen starb eine im Wochenbette.

Die einzelnen Fälle gestalteten sich folgendermassen:

1. Eine Frau von 25 Jahren war vor einem Jahre zum ersten Male, und zwar wegen Beschränkung des Beckens, das in der Conjugata nur 2" 10" mass, durch die Kephalotripsie entbunden. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 4.) Nach Ablauf der 32sten Woche der zweiten Schwangerschaft wurde die künstliche Frühgehurt nach der Methode von Hüter eingeleitet. Nach der gehörigen Vorbereitung durch milde, leichte Diät und Entleerung von Mastdarm und Blase, wurde die Harnblase eines grossen Hundes, welche mit einem durch einen Hahn verschliessbaren Rohre verbunden war, unter Leitung eines Stäbchens, in die Scheide

#### Königl. Friddr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 223

geführt, und dann durch das Rohr soweit mit warmen Wasser vollgespritzt, dass eine allseitige nicht schmerzhafte Spannung der Scheide von der Schwangern gefühlt wurde; der Abfluss des Wassers wurde durch Schliessen des Hah-Nach 6 bis 8 Stunden wurde nes am Rohre verbindert. die Blase nach Oeffnung des Hahnes und Ausfluss des Wassers entfernt, theils um die Harn- und Stuhlentleerung frei zu machen, theils um durch die innere Untersuchung die Wirkung des Tampons zu beobachten. Nach einer kurzen Pause wurde dann die Blase in derselben Weise wieder eingeführt und gefüllt. Dies Verfahren wurde 8 Tage lang ohne wesentlichen Erfolg fortgesetzt, so dass zu diesem Zeitpunkt bei der torpiden, reizlosen Person nur leichte wehenartige Schmerzen und Eröffnung des äussern Muttermundes eingetreten waren. Es wurde nun zu dem Charpietampon gegriffen; allein auch die 3 Tage hintereinander mehrmals erneuerte Ausstopfung der Scheide mit Charpiekugeln förderte die Eröffnung des Muttermundes nicht, und es wurde deshalb nun Pressschwamm in den Kanal des Mutterhalses eingelegt, Nachdem 3 Tage hintereinander nach und nach immer stärkere Stücke Pressschwamm eingeführt waren, hatte der Muttermund die Grösse eines Achtgroschenstückes erreicht, das Fruchtwasser floss ab. und nach 10 Gaben Mutterkorn zu je 5 Gran wurden die Wehen so kräftig, dass 10 Stunden später das Kind in der 1sten Kopflage geboren wurde. Es kam apoplektisch mit blaurothem Gesichte und blutunterlaufenen Augenlidern und Armen zur Welt, lebte mit seltener und schwerer Respiration noch 12 Stunde und starb dann. Die Mutter überstand die Entbindung gut und gleichmüthig, und blieb auch im Wochenbette gesund. (Klinik 1842.)

2. Eine Frau von 32 Jahren, von kleiner, untersetzter Statur, war wegen Beckenbeschränkung (Conjugata kaum 3 Zoll) die beiden ersten Male durch Perforation, das dritte Mal durch künstliche Frühgeburt entbunden worden. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 6.) Es wurde jetzt zu Anfang des 9ten Mondsmonates der 4ten Schwangerschaft wiederum die künstliche Frühgeburt eingeleitet, und zwar nach der Methode von *Hüter* durch Tamponiren der Scheide mit einer

## 224 XVI. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der etc.

durch Haferschleim gefällten Blase. Die letztere war Abends zwischen 6 und 7 Uhr eingelegt, und schon während der Nacht traten Kreuzschmerzen und leichte Wehen ein, welche bis zum Morgen, wo die Blase entfernt wurde, den Muttermund bis zur Grösse eines Zweithalerstückes eröffnet hatten. Nach wiederholter Einführung der Blase entwickelten sich im Laufe des Tages die Weben kräftiger, und waren bis zum Morgen des zweiten Tages so regelmässig, dass die Blase ganz weggelassen werden konnte. Der Kindeskopf wurde allmälig nach Abfluss des Fruchtwassers in die obere Beckenapertur eingekeilt, und rückte nun sehr langsam weiter. Gegen Abend wurden die Wehen sehr schwach, und durch den langen Druck des Kindeskopfes schwollen die Muttermundsränder bedeutend an und wurden so empfindlich, dass ein Aderlass gemacht werden musste: später wurde dann Borax in Solution gegeben. Die Wehen entwickelten sich jetzt wieder kräftig, trieben den Kopf vor dem Promontorium vorbei, und ½ Stunde später, am 2ten Tage Abends 9 Uhr, wurde das Kind geboren. Es kam apoplektisch-asphyktisch zur Welt und starb eine Stunde nach der Geburt. Bei der Section fand sich zwischen den Schädeldecken und den Schädelknochen ein zum Theil dickes, sulziges, zum Theil dünnflüssiges gelbliches Extravasat mit venösem Blute gemischt; das Gehirn sehr weich, auf der Oberfläche ohne Extravasat oder Exsudat; dagegen die Ventrikel, namentlich die Seitenventrikel, mit coagulirtem Blute angefüllt. (Klinik 1843.)

(Fortseztung folgt.)

## XVII. '

### Notizen aus der Journal-Literatur.

Cabaret: Betrachtungen über die Behandlung der Eclampsie während der Geburt.

Verf. geht sunächst die bekannten Mittel durch, welche bisher in Gebrauch gezogen wurden und stellt für ein jedes derselben die speciellen Indicationen auf. Der wichtigste Theil seiner Arbeit betrifft die operative Behandlung der Krankheit. In leichten Fällen beschränkt er sich, - wie die meisten Geburtsbelfer, - auf Aderlässe, ableitende Mittel, er verbannt das Mutterkorn und jegliche Operation. In schweren Fällen räth er bei verstrichenem Muttermundsrande und erweiterter Oeffnung die Blase zu sprengen und die Geburt durch die Wendung oder die Zange zu beendigen, wie gleichfalls die meisten Geburtshelfer empfehlen. Was soll aber bei sehr heftigen Krämpfen geschehen, wenn der Muttermund noch zu klein ist, um die Hand oder das Instrument eindringen zu lassen? Während hier die Meisten die gewaltsame Erweiterung des Muttermundes vorschlagen, giebt er den Rath, blutige Einschnitte zu machen. Er führt für seine Ansicht wichtige Autoritäten an (Laweerjat, Guillemot, Martin jeune u. A.). und beschreibt seine eigenen glücklichen Erfolge. Zwei von ihm gemachte Beobachtungen hatten den günstigsten Ausgang. Bei der ersten Kranken hatten sich die Anfälle oft wiederholt und traten mit äusserster Heftigkeit auf. Der Muttermund war noch gar nicht erweitert; 4 Einschnitte von 2 Centim. Länge wurden nach vorn, hinten und den beiden Seiten gemacht, der Kopf stellte sich ein. Die Zange konnte ihn ohne Schwierigkeitsfassen und die Geburt wurde schnell und got sy Ende gebracht. Die zweite Kranke war ungefähr in derselben Lage wie die erste'; auch bei ihr wurde ein Kreuzschnitt gemacht, die Zange angelegt, ein kräftiges, lebendes Kind geboren und die Mutter war nach einigen Tagen gesund,

(Révue thérap. du midi Oct. 1853 und Gas, médic. de Paris Nr. 26, 1. Juli 1854.)

Monatsschr, f. Geburtsk, 1854, Bd. IV, Hft. 3.

15

1

224 X	
durch	<b>.</b> .
ZWisel	······································
Nacht	
bis zi	I In
mund	
Nach	
im I	I IIII
<b>Zu</b> m	
Blase	
Wuro	
Beck	
Weit	
und	
die	
$\mathbf{pfin}$	
₩u	
wic	
de:	
Ta	· ······
ap,	
na Sc	
di.	and the second sec
ui. Vé	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
• • • a1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
d	
ti	· ····································
ŧ	A REAL PROPERTY AND A REAL
1	- Junger - Junger all 162 29
1	a series and the series and
	e e la
<b>V</b>	
1	
- <b>t</b>	
1	
Į	CENT: HIMLE TENET INT

.

- . . İ

ments versagte auch, wie das Scheeller'sche gerade, weil die Nabelschnur nicht hoch genug gebracht werden konnte, indem man zu früh die Uteruswand erreicht.

- 2) Schieflagen des Kindes. Auch hier gelang es bei Seitenlagerung und vorsichtigen Warten bis sum Abfluss des Wassers, ein Mal mit der Hand su reponiren; swei Mal wurden mittels der Zange lebende Kinder geboren.
- 3) Vorliegen einer obern Extremität neben dem Kopfe, wodurch der Kopf gehindert war, einzutreten und die Nabelschnur neben der Hand vorfiel. In zwei Fällen, wo das Wasser schon abgeflossen war, konnte nur die Hand zurückgebracht werden, und musste die Zange die Geburt beenden. Die scheintodten Kinder wurden belebt. In 2 anderen Fällen wurde die Reposition von Hand und Schnur bei noch stehendem Wasser glücklich vollendet.
- Viel Fruchtwasser und langer Nabelstrang. In 6 solchen Fällen gelang es mit der Zange 5 Mal lebende Kinder zu entwickeln.
- 5) Tiefer Sitz des Mutterkuchens in der Nähe des Muttermundes. Seyffert hatte 4 Mal Gelegenheit, diese von Naegele d. J. angeführte Ursache des Vorfalls zu beobachten. Zwei Mal wurden mit der Zange lebende Kinder gefördert, swei Mal wurden die Kinder todtgeboren.
- 6) Steisslagen mit Nabelschnurvorfall beobachtete S. vier Mal. Es stellte sich ihm heraus, dass das Pulsiren nicht gehemmt wurde, so lange die Schnur nicht weiter als der Steiss vorgegangen war, in welchem letzteren Falle aber die Pulsation ebensogut sistirte, wie bei Kopflagen. Es wurden drei Mal lebende Kinder durch die Extraction gefürdert.
- Bei Querlagen bot der Vorfall, der öfter beobachtet wurde, weiter kein Interesse dar. (Scanzons's Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie, I. Bd. 2. u. 3. Heft.)

#### Sequercé: Fibröse Geschwulst des Uterus als Complication einer Geburt.

Bei der Kranken boten die Schwangerschafts-Erscheinungen nichts Besonderes dar. Die ersten Wehen erschienen den 20. August, waren von Krampfanfällen begleitet, welche ein Aderlass beseitigte. Die Wehen währten 4 Tage ohne Wirkung, erst am 5ten Tage traten wirkliche Treibwehen ein. Die Geburt verlief

227

## 228 XVII. Notizen aus der Journal-Literatur.

gnt, das Kind hatte eine Steisslage. Nach der Geburt desselben blieb der Bauch fast eben so gross wie vorher, und man entdeckte in ihm eine Geschwulst von der Gestalt, Grösse und Festigkeit des Kopfes eines reifen Fötus. Da sich keine Wehen zeigten und beunruhigende Erscheinungen und Gebärmutterentsündung auftraten, wurde eine genauere Untersuchung vorgenommen. Die Geschwulst, welche zuerst für einen zweiten Fötus gehalten worden war, hing fest mit dem Uterushalse zusammen und fluktuirte an einer Stelle, welche nur mit einer dünnen Haut überzogen war. Diese Haut wurde mit dem Nagel des Fingers zerrissen und eine ziemliche bedeutende Menge seröser Flüssigkeit ging ab. Die Kranke starb und bei der Section fand sich der Uterus sehr gross. Er war zweilappig und gleich einer dicken Kürbisflasche. Eine Furche trennte den oberen Lappen, der vom Uteruskörper gebildet wurde, vom unteren Lappen, welchen die fibröse Geschwust bildete. Eine zweite kleine Geschwulst, von der ersten getrennt, lag rechts neben der Furche. Der Uterushals war vom inneren bis zum äusseren Muttermunde erheblich lang und in seiner Wandung hatte sich die Geschwulst entwickelt, die mit sehr breiter Basis aufsass. Nur hinter ihr war ein freier Zugang in den Uterus. Sie war deutlich fibrös

(Journal de la société acad. du depart. de la Loire-inf. 1853, und Gaz. médic. de Paris Nr. 27, 8. Juli 1854.)

Caifassi: Fall von ungewöhnlicher Berstung der Gebärmutter.

Die Kranke, deren Beckenconjugata 64 Centim. betrug, war 1848 mittels des Kaiserschnittes, und 1851 nach einer Ruptur der Gebärmutter mittels des Bauchschnittes entbunden worden. Gegen die Mitte 1853 wurde sie wieder schwanger und der Kaiserschnitt stand in Aussicht. Im 9ten Monate der Schwangerschaft fühlte die Schwangere, als sie sich bückte, um ein Gefäss aufsuheben, plötzlich einen Vorgang in ihrem Bauche, es traten Ohnmachten hinzu, und ein Blutfluss, welcher aus einem kleinen Riss der sehr verdünnten Bauchdecken hervorquoll, zeigte deutlich eine Berstung der Gebärmutter an. Da keine ärztliche Hülfe schnell genug beschafft werden konnte, starb die Kranke nach 12 Stunden, und auch das Kind konnte nicht mehr gerettet werden. Bei der Section fand sich von den Schaambeinen bis zum Nabel zwischen den beiden geraden Bauchmuskeln (welche 25 Centim. von einander getrennt waren), die Bauchdecke so verdünnt, dass nur Haut und

#### XVII. Notizen aus der Journal-Literatur.

Bauchfell die Gebärmutter bedeckten. Der neue Gebärmutterriss hatte an derselben Stelle wie 1851 stattgefunden, auf der rechten Hälfte der vorderen Fläche, 6 Finger breit oberhalb des Halses. Nur aus der ausserordentlichen Verdünnung der Gebärmutterwandung und der mangelhaften Unterstützung seitens der dünnen Bauchdecke ist es zu erklären, wie ein so geringfügiger Anlass eine so bedenkliche Wirkung hervorbringen konnte.

(Gass. med. italian., Toscana 6. Juni 1854, p. 178: - Gas. hébdom. Nr. 42, 21. Juli 1854.)

Hamer in Ommerschans: Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind. (Mitgetheilt von Ranneft in Frederiksoord.)

Eine 30jäbrige Erstgeschwängerte, die in ihrer Jugend an Rhachitis gelitten hatte, bekam am 2. Februar 1853 am normalen Ende der Schwangerschaft die ersten Wehen, welche langsam aber regelmässig an Stärke und Frequenz zunahmen. Nachdem Abends 8 Uhr die Blase gesprungen war, der Kopf aber nicht in das Bekken eintrat und die Wehen aufhörten, entschloss man sich zur Vornahme der Wendung. Hierbei stellten sich der eindringenden Hand unüberwindliche Hindernisse entgegen, indem das Promontorium sehr weit vorragte und die Conjugata nur 21" ergab. Bei den sicheren Zeichen vom Leben des Kindes blieb der Kaiserschnitt die allein angezeigte Operation, zu deren Vornahme Abends nach 11 Ubr geschritten wurde. Die Bauchdecken wurden in der Linea alba eingeschnitten; beim Oeffnen des Uterus stiess man auf die Placenta, welche durchschnitten wurde, wobei eine bedeutende Blutung entstand. Das Herausnehmen des Kindes und der Nachgeburt aus der Gebärmutter erforderte nur wenige Sekunden, worauf sich letztere hinreichend zusammenzog. Das Kind, ein Knabe, lebte und wurde erhalten. Die Bauchwunde wurde durch die Knopfnaht vereinigt und der Verband den Regeln der Kunst gemäss angelegt. Beim Eintritt von Schmerz in der Regio hypogastrica am nächsten Abend wurde die Harnblase mittels des Katheters entleert und dieses Verfahren zur grossen Erleichterung der Kranken später mehrmals wiederholt. Am 4. Februar entwickelte sich ziemlich bedeutender Meteorismus, zugleich wurde die Zunge trocken, der Puls frequenter, der Lochienfluss blieb normal; Klystir, Eisstückchen. Zu den früheren Erscheinungen gesellte sich am nächsten Tage Leibschmerz und Erbrechen grüner Massen, wodurch die drei untersten Ligaturen gesprengt wurden, so dass

in der stark klaffenden Wunde der aufgetriebene Uterus sichtbar ward. Es wurden jetst 20 Blutegel an die schmershafteste Stelle des Leibes angesetst und kalte Umschläge gemacht; die klaffenden Wundränder wurden durch Heftpflaster zusammengezogen. Da die bisher gegebenen Klystiere ohne Wirkung geblieben waren, so wurde eine dicke elastische Röhre im Rectum bis über die Linea iunominata in die Höhe geschoben, wobei eine bedeutende Menge Darmgas abging, durch die Röhre aber wurde eine Einspritzung gemacht, worauf eine reichliche Darmausleerung folgte. Darauf verminderte sich der Meteorismus sehr, die Schmerzen verloren sich und das Erbrechen hörte auf. Durch + Gr. Morphium wurde etwas Schlaf bewirkt. Da der Heftpflasterverband ungenügend war, wurde folgender angelegt: 2 hölzerne Stäbchen wurden in je 4 Heftpflasterstreifen von 2 Decimtr. Länge und 2 Centimtr. Breite so weit eingerollt, als nöthig war, um sie festzuhalten; an jedem Stäbchen wurden 3 seidene Fäden angebracht. Hierauf wurden die Heftpflasterstreifen, von der Lumbalgegend jeder Seite aus anfangend, über die Bauchdecken nach den Wundrändern hingeführt, der Art, dass die eingerollten Stäbchen } Centimtr. von den Wundrändern entfernt anlagen; nun wurden die an den Stäbchen befindlichen seidenen Fäden so fest zusammengezogen, als nöthig war, um die Wundränder in gehörige Berührung zu bringen. Dieses nicht blutige Heften entsprach dem Zwecke vollständig. Die nächste Nacht wurde von der Kranken ruhig verbracht, der Bauchschmerz hörte auf, es trat reichliche Haut- und Milchsecretion ein, Stublgang und Urinlassen erfolgten von selbst. So schritt die Besserung immer vorwärts und nach Verlauf von 6 Wochen war die Operirte völlig hergestellt und erfreute sich eines munteren Kindes.

Von besonderem Einflusse für das Gelingen der Operation war es unstreitig, dass dieselbe zu einer Zeit vorgenommen wurde, wo die Frau noch nicht durch eine lange Geburtsarbeit zu viel gelitten hatte. Ferner fanden mit Ausnahme der durch das Durchschneiden der Placenta verursachten starken Blutung keine bedeutenden Zufälle während der Operation statt. Der Uterus zog sich nach Entfernung seines Inhaltes sogleich energisch zusammen, so dass kein Blutaustritt in die Bauchhöhle erfolgte; endlich wurde die aufgerissene Bauchwunde auf zweckmässige Art vereinigt.

(Schmidt's Jahrbücher d. ges. Med. Bd. 83, Nr. 7. 8. 65. 1854.)

Wilson: Frühzeitige Pubertätsentwicklung bei einem kleinen Mädchen.

Mary-Anne G. war im Märs 1845 geboren. Bei der Geburt hatte sie Brüste von der Grösse eines Hühnereies, welche schnell wuchsen und nach 5 Monaten so entwickelt waren, wie bei einem jungen reifen Mädchen. Zu der Zeit bemerkte die Mutter des Kindes Spuren von Blut in der Wäsche, welches aus den Geschlechtstheilen geflossen sein musste. Der Blutgang dauerte 2 Tage. Nach 5 Monaten erschien wieder ein dreitägiger Blutgang, dann alle drei Monate bis zum vierten Jahre des Kindes. Zu dieser Zeit blieb das Blut aus, das Kind wurde leidend, wie eine Frau, die ihre Regeln nicht bekommen hat. Nach dem Gebrauch mehrerer Mittel erschienen die Regeln nach 7 Monaten wieder und damit die frühere Gesundheit. Nun wurde das Mädchen alle 7 Monate menstruirt mehrere Jahre hindurch, immer 5 Tage lang. Im 6ten Jahre blieb die Regel wieder aus und W. wurde um Rath gefragt. Das 6jährige Mädchen war so scheu, dass seine Mutter es nicht herbeizuholen vermochte. Deshalb liess sich W. zu ihm führen und fand es im Zimmer schlafend. Es war etwas gross für sein Alter, besonders dick und stark. Die Brüste glichen denen einer reifen Jungfrau. Der Vater erzählte, dass das Kind anfänglich stolz auf seine Reize gegen seine Gespielen sich gebrüstet habe, dann aber ernst geworden sei und sehr ungern von seinem Körner sprechen höre. Die Schaamtheile waren mit schwarzen Haaren bedeckt und sahen ganz aus, wie bei einem reifen Mädchen. Eine Neigung zum männlichen Geschlecht hatte der Vater niemals bemerkt.

(The med. examiner und Gaz. des bôpit. Nr. 79, 4. Juli 1854.)

Richard: Elephantiasis der Nymphen und der Harnröhre.

Eine Frau von 23 Jahren wurde vom Verf. wegen Elephantiasis der Nymphen im December 1852 operirt; aber schon nach 8 Monaten hatte sich das Uebel wieder ausgebildet. Die Krankheit nahm die ganse rechte Nymphe ein (die linke war wenig vergrössert), erstreckte sich nach oben bis zum Praeputium und Bändchen der Clitoris. Die entartete Nymphe war 3-4 Mal vergrössert, sehr hervorstehend, dicht, hart, fest und elastisch, am vorderen Rande durch mehrere Einschnitte gekerbt. Die Oberfläche war wenig glänzend, glatt, nach innen bleifarben, nach aussen weisslich. Am unteren Theile des Uringanges bestand eine harte consistente elastische, an der Oberfläche rothe Geschwulst. Das

~

Uebel hatte sich gans unmerklich entwickelt, die Frau befand sich aber dabei stets ganz wohl. Die zweite Operation wurde von Nélaton ausgeführt, aber in der Ausdehnung, dass er tief bis ins Gesunde mit dem Messer eindrang, die linke Nymphe auch wegnahm und eine gute Parthie des Bodens der Harnröhre ausschnitt. Die Wunde wurde nicht durch Nähte vereinigt; die ziemlich starke Blutung durch einen mit Eisenchlor getränkten Tampon gestillt und ein Compressiv-Verband augelegt. Es folgte schnelle Vernarbung und Genesung.

Der Verf. knüpft hieran einige Betrachtungen über die Identität der hier sich zeigenden Krankheit der Nymphe und der Harnröhre. Er entwickelt diese Gleichheit aus dem anatomischen Zusammenhange zwischen dem Nymphen- und dem Harnröhren-Canal, indem er nach dem Vorgange Kobell's darthut, dass die Nymphen identisch seien mit dem Penistheil der Urethra beim Manne, woraus die Möglichkeit einer Fortsetzung derselben Krankheit von den Nymphen auf die Urethra gegeben sei. Es sind in weiterer Betrachtung die äusseren Geschlechtstheile der Frau mit denen des Mannes verglichen und aus der Entwickelungsgeschichte, der vergleichenden und descriptiven Anatomie festgestellt, dass zwischen dem äusseren Geschlechtsapparate beider Geschlechter nicht eine Analogie, sondern eine anatomische Identität anzunehmen sei. Das beim Manne in der Mittellinie verbundene Scrotum entspricht getheilt den grossen Schaamlippen der Frau: der Penis ist gleich der Clitoris mit den Nymphen, welche der gespaltene Penistheil der Urethra sind, und in ihrem häutigen Anhange findet man den ganzen Theil mit dem Praeputium. Man sieht den Uebergang in die Schleimhaut an den Nymphen eine Art Commissur bildend. Die Vulva ist nicht die vordere Mündung der Vagina, sondern diese öffnet sich in der Vulva wie die Vasa ejaculatoria auf dem Veru montanum in der Urethra. Die Vulva umfasst das Vestibulum. in welchem sich die Glandulae vulvo-vaginales öffnen, wie die Cooper'schen Drüsen in der Pars membranacea der Urethra. Die Schleimhaut der Urethra unterscheidet sich nicht von der des Vestibulum, wohl aber ist die Schleimhaut der Vagina verschieden von jenen. Das Hymen trennt beide Theile etc.

(Archives générales de Médecine, Avril 1854.)

#### Durand-Fardel: Die Thermen von Vichy in ihrer Anwendung gegen einige Gebärmutterkrankheiten.

Verf. hat besonders diejenigen Uterinleiden in den Kreis seiner Beobachtungen gezogen, welche entweder in abnormen Schleim-Secretionen (Engorgement), Lageveränderungen, Erosionen oder in Uterin- und Eierstocksgeschwülsten bestanden. Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich 1) dass Vichy mit Nutzen angewandt wird bei Engorgement des Uterus mit Uterincatarrh, bei Erosionen des Muttermundes und verschiedenen Lageveränderungen; 2) dass dieser Nutzen sich nur im geringen Grade in der örtlichen Wirkung auf die organische Affection ausspricht, vielmehr in der Verbesserung des Allgemeinbefindens und der Functionsstörungen des Uterus; 3) dass der zweckmässige Gebrauch bedingt ist durch eine vorausgehende Verbesserung des örtlichen Leidens durch örtliche und innere Mittel; 4) dass, wo eine entschieden nervöse Constitution vorhanden, sei sie eine hysterische oder neuralgische, die Anwendung unterbleiben muss, da sich die Schmerzen unter dem Gebrauch der Bäder ausserordentlich verschlimmern; 5) dass diese Thermen durchaus keine specifische Wirkung auf die Gebärmutter haben, sondern dass ihre Erfolge in einem grossen Theile der Fälle an die Besserung der consecutiv gestörten Digestionsfunctionen geknüpft sind, so wie an ihren Einfluss auf die Erscheinungen der Ernährung, der sich aus dem Eisengehalt einiger ihrer Quellen ableiten lässt; 6) dass sie auch vorzüglich da indicirt sind, wo dyspeptische Erscheinungen mit Zeichen eines atonischen Zustandes und bedeutender Ernährungsstörung vorhanden sind, vorzüglich wenn diese Zeichen im Gefolge der Krankheit, nicht primitiv nach Chlorose auftreten; 7) dass bei bedeutendem Ergriffensein des lymphatischen Systems, wo Nervenzufälle vorwalten oder eine herpethische Diathese besteht, die Seebäder, salinischer Quellen. Schwefelthermen, hydropathischen Kuren den Bädern zu Vichy vorzuziehen sind, endlich 8) dass die Wahl der verschiedenen Quellen Vichy's sehr zu berücksichtigen ist.

(Union médic. Nr. 25, 27, 28, 1854.)

Maschka: Das Leben der Neugebornen ohne Athmen.

Dass das Leben neugeborner Kinder, namentlich scheintodt geborner, unter gewissen Umständen durch kurze Zeit auch ohne

Athmen fortbestehen könne, ist eine allgemein bekannte Thatsache, die auch durch vielfache Versuche an Thieren bestätigt worden ist. Verf. theilt 2 der interessantesten, in der Literatur fast einsig dastehenden Beobachtungen mit, in denen ein derartiges latentes Leben hei Neugebornen unter den ungünstigsten Verhältnissen, ohne alle Lebenszeichen und ohne Athmen durch eine lange, kaum geahnte Zeit fortbestand, welche Thatsache nicht allein für den Geburtshelfer, sondern auch für den Gerichtsarzt von höchster Wichtigkeit ist. Zwar sind ähnliche Fälle schon vorgekommen, namentlich ein solcher von Weese (Bad. Anal. f. Staatsarzneik. 1845, X, 2.) mitgetheilt, ein anderer soll beim Obertribunal in Berlin im November 1850 vorgekommen sein, beide werden jedoch von den anzuführenden in jeder Hinsicht übertroffen.

Eine 23 jährige Dienstmagd, P. wurde schwanger und leugnete ihre Schwangerschaft nicht. Am Abend des 15. Octbr. 18.. stellten sich heftige Leibschmerzen ein, mit deren Zunahme die P. an die Geburt dachte, aber Niemanden zu Hülfe rief. Gegen 4 Uhr Morgens am 16. Octbr. ging sie aus ihrer Schlafkammer in den Kubstall, wo sie jedoch ein so heftiger Schmerz befiel, dass sie die Stelle nicht mehr verlassen konnte. Nach kurzer Zcit, ungefähr gegen 41 Uhr, erfolgte die Geburt, wobei die P. an die Mauer angelehnt war, mit den Händen nachhalf und das Kind beim Kopfe aus den Geschlechtstheilen hervorzog. In demselben Augenblicke wurde sie jedoch ihrer Angabe nach ohnmächtig, liess das Kind auf die Erde fallen und lehnte sich an einen Trog, in welcher Stellung sie ungefähr } Stunde bewusstlos blieb. Als sie wieder die Besinnung erlangte, lag das Kind auf dem Boden und auf demselben eine Grabscheit mit der Schärfe gegen den Kindeskörper gelehnt. Sie hob das Kind, welches ganz kalt und vollkommen bewusstlos war, auf, und fasste von Furcht und Angst, was wohl ihre Eltern hierzu sagen würden, überwältigt, den Entschluss, das Kind, welches sie für todt hielt, zn beseitigen. Sie wickelte demnach dasselbe sammt der mit dem Körper noch zusammenhängenden Nachgeburt in ihre Schürze, ging in den hinter dem Hause gelegenen Garten, grub theils mit den Händen, theils mit Hülfe eines spitzigen Steines eine Grube in die Erde, legte das Kind derart hinein, dass es mit dem halben Gesichte in dem tieferen Theil der Grube zu liegen kam und füllte dieselbe hierauf mit der ausgegrabenen Erde wieder zu, wobei sie sich noch eines Stückchens zugespitzten Holzes bediente, um die Grube zuzuschaufeln und aussugleichen. Als die P. gegen 7 Uhr Morgens mit ihrer Dienstfrau zusammenkam, fand diese, dass die P. auffallend schlank

geworden war und vermutbete die Geburt. Da die P. aber leugnete und das Kind nicht zu finden war, wurde sur Hebamme und gegen 9 Uhr Morgens zum Wundarzt S. gesendet. Die Untersuchung ergab die Zeichen einer kürslich überstandenen Geburt, und die P. gestand nun, das Kind vergraben su haben und zeigte die Stelle. Die Hebamme grub nach und fand (es mochte stwa 9½ Ubr sein) in der 1' tiefen Grube das Kind, welches mit dem Hinterhaupte und Rücken nach aufwärts, mit dem Gesichte gegen die Erde gekehrt war. Unter dem Leibe des Kindes lag die Nachgeburt. Die Hebamme trug hierauf das Kind, welches ganz leblos schien, in die Stube, und trennte nach vorgenommener Unterbindung der ganz kalten und pulslosen Nabelschnur die Nachgeburt; der Wundarst S. aber schritt zu geeigneten Belebungsversuchen, worauf sich nach 2stündiger Fortsetzung derselben ein schwaches Athmen, dann immer deutlicher werdende Lebenszeichen einstellten, bis sich endlich das Kind gänzlich erholte; jedoch muss bemerkt werden, dass dabei kein eigentliches Schreien, sondern mehr nur ein Röcheln wahrgenommen wurde. Auf der Oberfläche des Körpers fanden sich mehrere leichte Verletzungen. Das Kind nahm begierig die Mutterbrust, starb jedoch am 3ten Tage, am 19. October, unter Convulsionen, ohne anderweitige vorausgegangene wesentliche Krankbeitserscheinungen. Das Leben des Kindes hatte also fortgedauert, obgleich es durch volle 5 Stunden verscharrt gewesen war.

Der zweite Fall aus des Verf. eigner Praxis ist folgender: In X. war in einem Privathause gegen 12 Uhr Mittags ein Kind geboren worden, welches keine Lebenszeichen dargeboten hatte und auch nach mehrfachen, durch länger als eine Stunde fortgesetzten Belebungsversuchen keine Spur des etwa noch vorhandenen Lebens äusserte, im Gegentheil bei gleichzeitiger bläulicher Färbung der • Hautdecken immer mehr erkaltete, weshalb dasselbe als todt betrachtet und von der Fortsetzung der Belebungsversuche abgestanden wurde. Nach ungefähr 2 -- 3 Stunden wurde das Kind aus seinem Bette herausgenommen, in ein anstossendes, nicht geheiztes Zimmer (es war im Monat Januar bei strenger Kälte) gebracht, gegen Abend in einen Sarg gelegt, welcher mit dem Deckel geschlossen wurde, und so über Nacht bei offenem Fenster liegen gelassen. Als das Kind im Sarge zurecht gelegt und zu diesem Zwecke noch einmal aus demselben emporgehoben wurde, war es durch einen hervorstehenden langen Nagel derart in der rechten Brustseite verletzt worden, dass die Hautdecken entsprechend der 4ten Rippe in der Länge von 2" bis an die Rippe eingerissen

#### 236 XVII. Notizen aus der Journal-Literatur.

wurden, ohne dass jedoch zufolge der Aussage der Anwesenden die geringste Blutung eingetreten wäre. Am andern Tage gegen 11 Uhr Vormittags, somit 23 Stunden nach der Geburt, kam Verf. zufällig in das Haus, und man ersuchte ihn, das Kind noch ein Mal zu besichtigen. Die Leiche war ganz kalt, etwas bläulich gefärbt, die Augen und der Mund geschlossen, die Extremitäten in ihren Gelenken leicht beweglich, überhaupt kein Zeichen von Todtenstarre, keine Todtenflecke vorhanden. Durch diese letstere Erscheinung überrascht, setste Verf., ohne jedoch im Geringsten an dem wirklichen Tode des Kindes zu sweifeln, mehr aus Gewohnheit als einer anderen Ursache das Hörrohr an die Hersgegend an. Wie gross war aber seine Ueberraschung, als er die Herztöne zwar schwach und in grossen Pausen, jedoch deutlich hörbar und in einer Art vernahm, dass nach den Zwischenräumen zu schliessen, in welchen dieselben vernehmbar wurden, zu jener Zeit ungefähr 10-15 Contractionen des Herzens erfolgt sein mochten. Ein Herzstoss oder ein Hervortreiben oder Einsinken des betreffenden Zwischenrippenraumes war weder zu sehen noch zu fühlen. Ungeachtet der augenblicklich wieder angestellten Belebungsversuche, während welcher auch nicht die geringste selbstständige Bewegung oder aber eine andere Lebensäusserung erfolgte, war man nicht im Stande, das Kind am Leben zu erhalten, die Herstöne wurden immer schwächer und seltener, bis sie endlich nach Verlauf einer Stunde gänzlich aufhörten. Am anderen Tage zeigten sich deutliche Todesspuren. Die Section ergab mit Bestimmtheit, dass die Lungen nicht geathmet hatten. Ob auch in dem ersten Falle vom Kinde vor dem Verscharren keine Athmungsversuche gemacht worden waren, konnte mit Bestimmtheit bei der Section nicht behauptet werden.

(Prager Vierteljabresschrift für die pract. Heilkunde, Jahrg. XI, Bd. III. S. 1, 1854.)

Hervieux: Ueber die Anämie der Neugebornen.

Die vom Verf. berichtete Krankheit ist bisher noch nicht isolirt beschrieben worden, wenigstens führten ihn seine literarischen Studien zu dieser Annahme. Die Sectionen von 15 Neugebornen, die von der Krankheit befallen waren, gaben constant dieselben Resultate der Blutkeere in allen Theilen des Körpers. Das Resumé der Arbeit findet sich in folgenden Schlusssätzen: 1) Bei der Anämie der Neugebornen findet man bei der Section die meisten Gewebe entfärbt und blutleer; die wichtigsten Eingeweide, besonders das Gehirn und die Därme, stellen diese Eigenschaft im höchsten Grade dar. 2) Die im Leben auftretenden Erscheinungen sind folgende: Allgemeine Entfärbung der Haut und der Schleimhäute, Abmagerung selbst bis sum äussersten Marasmus, eigenthümliche Schlaffheit (flaccidité) der Weichtheile, erdfahle Färbung der Oberhaut, äusserst schwaches Schreien, schnelles Hinwelken, Atonie des Muskelsystemes, steigende Verlangsamung des Pulses und Abnahme der Körperwärme. 3) Die beschriebenen Erscheinungen treten in der Regel in den ersten 14 Lebenstagen auf. 4) Man kann eine idiopathische und eine symptomatische Anämie unterscheiden; die erstere entsteht aus ungenügender Ernährung, Mangel an Pflege, Bewegung, schlechter Luft, kurz aus schlechtem diätetischem Verhalten: die letztere ist Folge bestimmter Krankheiten, wie der Tuberkulose, constitutionellen Syphilis, chronischen Enteritis u. s. w. 5) Die Prognose ist nicht immer so bedenklich, wie man glauben sollte. Wenn gleich die Krankheit in der symptomatischen Form immer schlimm ist, so doch weniger in der idiopathischen, falls diese nicht noch mit Krankheiten der Eingeweide einhergeht und man die schlechte Diät verbessern kann. 6) Die Behandlung der idiopathischen Anämie besteht in der Annahme einer guten Amme, der symptomatischen in der Beseitigung der ursprünglichen Krankheit durch passende Mittel.

(Gaz. médic. de Paris Nr. 25, 24. Juni, Nr. 26. 1. Juli 1854.)

## XVIII.

## Literatur.

Lehrbuch der Geburtshülfe. Zum Gebrauche bei academischen Vorlesungen und zu eigenem Studium. Von Eduard Casp. Jac. von Siebold. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 108 in den Text eingedruckten Holzschnitten, grösstentheils nach Originalzeichnungen. X und 386 S. in 8. Braunschweig, Druck und Verlag von Fr. Vieweg u. Sohn. 1854.

Bei der Bearbeitung der zweiten Auflage seines Lehrbuches (die erste erschien 1841) hatte der Verf. den gleichen Zweck, wie

bei der ersten, vor Augen, sunächst seinen Zubörern eine Anleitung in die Hand zu geben, welche ihnen in einer systematischen Ordnung das ganze Lehrgebäude der Geburtshülfe als Wissenschaft vorführen und ihnen so bei der ersten Beschäftigung mit dem Fache als Grundlage dienen sollte. Er war auch hier bemüht, in scharfen Umrissen die Lehre des Faches abzuhandeln und vor Allem die Grenzen nicht zu überschreiten, innerhalb welcher sich die Geburtshülfe als praktische Wissenschaft zu bewegen hat. Zu lehren, auf welche Weise dem gebärenden Weibe Hülfe zu leisten sei, bleibt die Aufgabe eines Lehrbuches der Geburtshülfe, und auf diese hat der Verf. um so strenger gehalten, als er wünschte, dass die dem angegebenen Zwecke entsprechenden Regeln nicht in einer Masse von anderweitigen Fächern entnommenen Lehren untergehen, wodurch eine gewisse höchst nachtheilige Zersplitterung der eigentlich praktischen Anweisung kaum vermieden werden kann, und gerade dem Anfänger das Studium des Fachs sehr erschwert erscheinen muss. Hat der angehende Geburtshelfer sich erst mit den Grundlehren seines Faches vertraut gemacht, hat er sich diese ganz angeeignet, dann mag er das Studium der ausführlicheren Lehrbücher beginnen, er wird das in denselben angehäufte Material um so leichter bewältigen können, als er wohlvorbereitet und mit dem Inhalte des Faches vertraut sich ein eigenes Urtheil gestatten und mit einem mehr kritischen Blicke das ihm Gebotene übersehen kann. Was aber seit dem Erscheinen der ersten Auflage der Fortschritt der Wissenschaft Neues und Erspriessliches gebracht, was der Verf. selbst in fortwährender Beschäftigung mit dem Fache als nützlich und heilbringend erfahren, das ist er redlich bemüht gewesen, in seinem Lehrbuche niederzulegen. Der in der ersten Auflage befolgten Eintheilung des Fachs ist auch hier der Verf. treu geblieben: es war sein Bestreben, dem Studium nachtheilige Zersplitterungen der einzelnen Lehren zu vermeiden, und so hat er in ununterbrochener Reihenfolge 1) die Schwangerschaftslehre, 2) die Geburtslehre und 3) die Wochenbettslehre abgehandelt; bei den beiden ersten Abtheilungen folgt dem Gesundheitsgemässen stets die Darstellung des Fehlerhaften nach, und eine Lehre wirkt so auf die andere vorbereitend ein Der Operationslehre ist in der zweiten Abtheilung ein besonderer Abschnitt gewidmet; Die Eigenthümlichkeiten der geburtshülflichen Operationen, die bei denselben su beobachtenden allgemeinen Grundsätze, so wie der Umstand, dass keine Operation einem Falle ausschliesslich gewidmet ist, rechtfertigen die Darstellung derselben in einem eigenen Abschnitte vollkommen, eine Ansicht, deren Zweckmässigkeit durch die Erfahrung vollständig bestätigt

wurde. Nur in der dritten Abtheilung, der Wochenbettalehre, ist allein der gesundheitzemänse Verlauf und die Behandlung desselben dargestellt. Eine weitere Berücksichtigung der Krankheiten, welche Wöchnerinnen befahlen können, überschreitet die Grenzen, innerhalb welcher sich die Lehre der Geburtshülfe zu bewegen hat: hier schliesst sich dieselbe wieder an die übrigen praktischen Fächer der Medicin an und überlässt die weitere Auseinandersetzung der Krankheiten der Wöchnerinnen der speciellen Pathologie und Therapie, welche denselben in der Lehre von den Frauenzienmer-Krankheiten einen eignen Abschnitt widmen. Dagegen ist der Blutfluss der Neuentbundenen gebührend berücksichtigt, der sich unmittelbar an die erfolgte Geburt selbst anschliesst, wie auch der Schein-" todt des Neugeborenen und die Behandlung desselben, welche aber sogleich nach geborenem Kinde die Hülfe des Geburtsbelfers in Anspruch nimmt, auseinandergesetst. Den genannten drei Hauptabtheilungen ist als vorbereitender Theil die Lehre von den Geschlechtstheilen des Weibes mit Einschluss der Brüste vorangeschickt; dieser betrachtet in seinem ersten Abschnitte das weibliche Becken in geburtshülflicher Beziehung; die Beckenlehre setzt die Eintheikung desselben, wie eine solche den geburtshülflichen Zwekken frommen kann, fest, beschäftigt sich mit der Darstellung des fehlerfreien und fehlerhaften Beckens, lehrt die Folgen des letzteren in Bezug auf die Geburt selbst kennen, erörtert die Zeichen, aus welchen auf die regelmässige und fehlerhafte Beschaffenheit des Beckens geschlossen werden kann, und giebt endlich zur näheren Untersuchung des Beckens Anleitung. Der zweite Abschnitt des vorbereitenden Theils handelt in gleicher Weise die Lehre von den weichen Geburtstheilen mit Einschluss der Brüste ab; ihre regelmässige Beschaffenheit, die Veränderungén an denselben, theils in naturgemässen, theils in fehlerhaften Zuständen, sowie die Anleitung zur Untersuchung derselben sind angegeben. - Neu sind die dieser zweiten Auflage beigegebenen Holzschnitte, welche die erste Ausgabe nicht enthielt. Der Nutzen solcher Abbildungen hat sich in der neuesten Zeit fast überall geltend gemacht; die Fortschritte der bildenden Kunst haben das Ihrige ebenfalls dazu beigetragen, solche bildliche Darstellungen allgemeiner zu machen. Der grössere Theil der Holzschnitte ist nach Originalzeichnungen angefertigt, welche der Verf. unter seinen Augen von geschickten Künstlern anfertigen liess, und wozu er interessante Gegenstände seiner reichhaltigen Sammlungen wählte. Andere sind nach bereits vorhandenen Originalen copirt, wozu besonders solche ausgesucht wurden, welche speciell bemerkenswerthe Fälle oder ganz bestimmte.

einmal nicht zu ändernde Verfahrungsweiten darstellen. Dem Becken allein sind 21 Holzschnitte gewidmet, den weichen Geschlechtstheilen 10, der Eilehre 9; der Erläuterung des Mechanismus der Geburt dienen 11 Abbildungen, den Operationen 38. -Endlich hat der Verf. auch literarische Nachweisungen gegeben: wenn aber diese selbst in der Fülle, wie sie die erste Auflage enthielt, hier nicht erscheinen, so hatte der Verf. bei der Auswahl der mitgetheilten Literatur immer den angehenden Geburtshelfer vor Augen. Diesem genügt der Nachweis des besten und neuesten, und die Sichtung des immensen Materials, was in literarischer Beziehung vorliegt, kann für ihn nur von Nutzen sein. Die Literatur aber ganz zu übergehen, wie es jetzt anfängt Sitte zu werden, konnte der Verf. nicht über sich gewinnen; schon der Anfänger muss mit dem bekannt gemacht werden, was Andere geleistet, er muss erfahren, dass es auch noch ausser seinem Lehrer Männer giebt, welche sich der Bearbeitung des Faches untersiehen und dieses weiter zu befördern mit redlichem Bemüben trachten, er muss diese schätzen lernen und so eine ehrenhafte Pietät erstreben, welche ihm für die ganze übrige Zeit seines Lebens wohl anstehen wird. - Die äussere Ausstattung des Buches selbst von Seiten der in dieser Beziehung rühmlichst bekannten Verlagshandlung lässt nichts zu wünschen übrig, und ausserdem hat dieselbe einen so niedrigen Preis des Werkes gestellt, dass dasselbe auch von dem weniger Bemittelten leicht angeschafft werden kann.

B. v. S.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

# XIX.

:

# Beiträge zur rationellen geburtshülflichen Praxis.

#### Von

### Dr. Nathan Paulus in Stuttgart.

Die verschiedenartigen Wirkungsursachen, welche schon aus früheren Lebensperioden, sowie vornehmlich von der Empfängniss an in dem Schwangerschaftscyclus der Gebärenden einen regelwidrigen Geburtshergang vorbereiten können, sind allzu zahlreich und auch theils häufiger, theils seitener vorkommend, so dass sich von ihrer Gliederung und Verkettung nicht immer strenge ausgehen lässt, um die regelrechte Kunsthülfe zu begründen, vielmehr sind in dem Augenblicke des Geburtseintritts zugleich die Bedingungen meistens gegeben, welche die Grundsätze der obstetrieischen Handlungsweise für den concreten Geburtsfall feststellen, und die Berufspflicht des Geburtshelfers am Gebärbette begrenzt sich oft weniger dadurch, was man soll, als dadurch, was man kenn.

Es sind im Allgemeinen 1) die Leibes- und Gesundheitsverhältnisse der Gebärenden; 2) die Beschaffenheit der weichen und harten Geburtswege; 3) die Körper- und Lebensverhältnisse des Kindes; 4) die besonderen Umstände, welche die künstliche Hülfeleistung bedingen, Zeit und Ort ihrer Ausführung, Kenntniss und Geschick des Geburtshelfers und der Hebamme u. s. w.; allein welche specielle Rücksicht die Wahl des Kunstgriffes bestimmt, wodurch der praktische Hebarzt zu helfen sucht, mag öfter und sicherer durch die Gelegenheit als durch die Wissenschaft erledigt werden. Darnach müssen sich auch die Kriterien für 'den Honstwebr. 1. Geburtsk. 1854. Ed. 1V, Hh. 4. 16

Vorzug dieser oder jener Operationen und Instrumente am Gebärbette entscheiden, und die Fragen, ob das Leben der Mutter oder des Kindes mehr in Betracht zu ziehen, oder für beide gleichmässig Rechnung zu tragen sei, ob ein Kaiserschnitt der Enthirnung und Didots Diatrypteur oder Vanhuevels Forceps scie u. s. w. vorzuziehen sei, erledigen sich im Einzelfalle oft besser durch die Gefahr des Verzugs, das Geschick des Hebarztes für dieses oder jenes Operationsverfahren, die Aussicht auf den Erfolg, welche durch Besonderheit der Umstände, z. B. die Individualität und Situation der Gebärenden mehr für die eine oder andere Methode spricht. Freilich begründet hierbei die obstetricische Landpraxis einen directen Gegensatz zur geburtshülflichen Spitalund Stadtpraxis, insofern man dort in allen Mitteln um Vieles beschränkter, hier ungleich begünstigter zu sein pflegt. Es lassen sich aber zweierlei Rücksichten hauptsächlich denken, deren Vortheile die Ausmittelung fester Anhaltspunkte der Unterscheidung hierbei sehr wünschenswerth erscheinen lassen: 1) der sicherere Erfolg der Kunsthülfe von Seite des handelnden Geburtshelfers; 2) die leichtere Beurtheilung eines Kunstfehlers von Seite des prüfenden Richters.

Insofern nun umständlichere Erwägungen nach wissenschaftlichen Bestimmungsgründen bei manchen Geburtsfällen durch dringliche Zeit- und Ortsverhältnisse beeinträchtigt oder gar ausgeschlossen werden können, möchte eine Feststellung der Motive für das obstetrioische Verfahren durch statistische Erhebung des numerischen Verhältnisses (jedoch in der Zahl nach nicht zu geringen Durchschnittsberechnungen) der positiven Vorzüge von einer Hülfsmethode vor der anderen für den concreten Geburtsfall sich noch am meisten empfehlen. Und weil die Vorsorge gegen Ungeschicklichkeiten des Geburtshelfers durch eine gründliche Bildung desselben in den Augen jedes Sachverständigen erspriesslicher erscheinen wird, als durch ängstliche Befangenheit bei seiner Kunsthülfe aus Furcht vor Ahndungen möglicher Fehler: so ist ein strengerer wissenschaftlicher Cursus für jeden zur geburtshülflichen Praxis berechtigten Candidaten ein unerlässliches Erforderniss, wodurch die

Entschliessungen eines praktischen Hebarztes immerhin mehr vom Nachdenken, als vom Gedächtniss durch Angewöhnung bestimmt werden mögen. Wie unsicher und schwierig sind in der Regel nicht die Untersuchungen über Kunstfehler von Medicinalpersonen ohnehin, wo nicht controlirende Sachverständige über den factischen Bestand als Zeugen vernommen werden können?

Insofern die ideale Bedeutung des Geburtsactes, als einer natürlichen Function im weiblichen Organismus, die mechanisch-dynamischen Bedingungen seiner reellen Veranstaltung in sich schliesst, haben wir vor Allem zweierlei Momente des organischen Lebens beim regulären Geburtseintritt zu unterscheiden, welche für die generelle Behandlung der vitalen Abweichungen von den Naturnormen hierbei wichtig werden: 1) Das physiologische Verhalten des übrigen Organismus bei der Gebärenden, welcher unter dem Geburtshergange mehr passiv in Mitleidenschaft gezogen ist, und 2) die affectuose Thätigkeit der weiblichen Genitalien, welche dabei mehr activ in prädominirende Wirksamkeit gesetzt werden. Nur die Lebensactionen des Säugungs-Apparates sind zweckgemäss in progressiver Entwicklung begriffen und verhalten sich darnach polarisch zu den eigentlichen Geburtsorganen des Weibes in dieser Periode, der übrige Organismus dagegen befindet sich so zu segen in einer retrograden Veränderung seiner vitalen Bestimmung, nachdem die Production der neuen Creatur in ihm zur prädestinirten Vollendung gelangt ist. So stellt sich uns hierbei ein contraires Verhältniss der Reizung zwischen dem Organismus einerseits und den Genitalien der Gebärenden andererseits vor Augen; dort sinkt die Activität und steigt die Passivität, hier tritt der umgekehrte Fall ein, so dass nicht nur die organischen Verrichtungen, sondern sogar die psychischen Thätigkeiten, der Wille des Weibes, sich am Ende dem physischen Drange der Geburtsarbeit teleologisch unterordnen müssen. Wir haben also bei den pathologischen Erscheinungen, welche den Geburtsact begleiten, nur zu ermessen, welche derselben als primäre und welche als secundare zu betrachten seien. Wo aber bei Zufällen des übrigen Körpers der Gebärenden nicht schon

# 24.4 XIX. Dr. Paulus, Beiträge zur rationellen

aus der Periode ihrer Schwangerschafts- oder früheren Lebenszeit ein Causalzusammenhang sich ermitteln lässt, da hat man dieselben gemeinhin als secundäre zu würdigen, während bei denen in der Geschlechtssphäro nun ein primärer Ursprung vorauszusetzen ist. Einflussreicher noch als diese Rücksicht ist für den Erfolg des therapeutischen Verfahrens die Modification, welche caeteris paribus hierbei die Wirksamkeit der Heilmittel betreffen muss: denn gerade, weil die gesteigerte Reizung in den Geburtstheilen so übermässig ist, eignet sich die Empfänglichkeit der übrigen Körpertheile zur indirecten Binwirkung durch Arzneien auf dieselben ungleich weniger, als dieses bei innerlichen Kuren sonst der Fall zu sein pflegt. Es tritt somit durch den Gebrauch innerlicher Arzneimittel, welche auf den Organismus eine allgemeine Wirkung haben und nur mittelbar die Geburtsorgane erregen sollen, gar leicht der Uebelstand ein, dass eben dieselben in ungewöhnlich starken Gaben angewendet werden müssen und eben dadurch später schädliche Nachwirkungen auf den ganzen Organismus oder wenigstens einzelne ausser der Geburtssphäre gelegene Organe desselben äussern können. Dergleichen Beispiele kamen mir bei dem Gebrauch des Secale cornutum und bei Opiaten schon vor, wodurch bald nach der Geburt sich ein sehr starker Congestionszustand nach dem Kopfe einstellte und ein nervöses Hirnfieber sich auszubilden drohte, welche Symptome jedoch theils durch Aderlässe und kalte Umschläge, theils durch Säuren wieder gehoben wurden, ungeachtet letztere bei andersartigen Ursachen sobald nach der Geburt nicht wohl hätten angezeigt werden können. Es fliesst meines Erachtens hieraus die Hauptregel, dass man die geburtshülfliche Therapie auf den Mittelkreis, welcher nur auf die Geschlechtssphäre zur Vereinigung des Geburtsgeschäftes unmittelbar einwirkt, womöglich beschränken, die auf den Organismus allgemein wirkenden Arzneipräparate, welche nachtheilige Folgen später noch haben könnten, Narcotica, Acria, zum Theil auch Tonico-Nervina. z. B. Liquor anodynus, Tinct, cinnamomi u. dergl, für das obstetricische Heilverfahren dadurch entbehrlich zu machen suche. Man wird selbst gegen dringlichere Zufälle, z. B.

Rheumatismus, Convulsionen u. s. w. durch Bäder, Blutlassen. Fetteinreibungen und andere locale, auch diätetische Mittel besser helfen, als durch gewagte innerliche Eingriffe. Der sicherste Heerd seiner Wirksamkeit liegt für den Geburtshelfer unter der Geburtsarbeit in der Sphäre der Geburtstheile selbst. Das diätetische Verhalten der Gehärenden hat vornehmlich psychische und somatische Ruhe zur Schonung der Kräfte, reine Luftbeschaffenheit im Gebärzimmer zur Brleichterung des Athemholens, mittleres Warmhalten, Vermeidung von Erkältung oder Erhitzung durch angemessene Bekleidung oder Aufenthalt im Bette, je nach der Jahreszeit, dünne Speisen und leichte Getränke zur Abhaltung von Beschwerniss und Reizung im Unterleibe, und ein passendes Geburtslager zur Unterstützung der Geburtsarbeit zu respectiren; lauter Dinge, die jeden Ortes und jeder Zeit sich wohl berücksichtigen lassen werden.

Wenn aber in der Schwangerschaftszeit dem Organismus des Weibes die active Rolle productiver Thätigkeit zukommt und dem Fruchthalter gleichsam nur die passive einer Nähr- und Schutzstätte für den reifenden Fruchtkeim verbleibt, hingegen mit dem Geburtseintritt ein Wechsel des Verhaltens dadurch erfolgt, dass der weibliche Körper fortan nur passiv sich bethätigt und vom Kampfplatze gleichsam mehr und mehr sich zurückzieht, während die Gebärmutter um so activer nun hervortritt, und die Blimination des Entozoon beinahe allein durchsetzt: so begegnet uns in der Sphäre der weiblichen Genitalien wieder die Combination eines doppelten Momentes, nämlich des dynamischen der wirkenden Naturkräfte, und des mechanischen der baulichen Einrichtung in den Geburtswegen, sowie der körnerlichen Beschaffenheit und Lage des Kindes. Der Grad von Selbstständigkeit, in welchem die Gebärmutter bei dem Gebäracte verharrt, ergiebt sich zum Theil schon aus der Construction ihrer Muskelfasern, welche unter dem Mikroskope als glatte, nicht gestreifte, dem Willen entzogene, somit der vegetativen Lebensthätigkeit ausschliesslich angehörige sich zu erkennen geben, zum Theil aber auch durch den Umstand, dass die schwangere Gebärmutter selbst ausserhalb des mütterlichen Leibes noch die Ausstossung

### 246 XIX. Dr. Paulus, Beiträge zur rationellen

der Frucht zu vollbringen vermag, wie durch Beobachtungen sich erwiesen hat. Darin liegt schon ein Beweis, dass in dem Vermögen der Gebärmutter eine ausreichende Kraft zur Vollendung der Geburt unter naturgemässen Umständen enthalten ist und wo somit immer ein Hinderniss ihrer Wirksamkeit entgegentritt, kann solches bei ursprünglich gesundem Zustande der Gebärmutter, worauf eine regelmässig verlaufene Schwangerschaft hindeutet, nur in allgemeiner Schwächlichkeit, z. B. durch erschöpfende Blutflüsse u. dgl. oder einer besonderen Krankheit der Gebärenden gelegen sein, oder muss dasselbe in irgend einem mechanischen Verhältnisse der Geburtswege oder des Kindeskörpers gesucht werden. Die Schwäche einer Gebärenden, etwa durch erlittenen Blutverlust entstanden, Krankheiten oder erfahrene Nahrungslosigkeit dürften am ehesten noch ein stärkendes Hülfsverfahren mit innerlichen Arzneimitteln u. dgl. für den Augenblick nöthig machen. Muskelschwäche allein giebt noch keine Anzeige hierfür ab, weil zwar durch Muskelstärke die Bauchpresse kräftiger wirken kann, aber auch ohne dieselbe der Geburtsact vor sich zu gehen vermag, und bei muskelschwachen Gebärenden kein Hinderniss durch ihren Mangel erwächst. Es mag freilich auch bei der Geburt für den Hebarzt der Heilgrundsatz des cito, tuto et jucunde curare in Geltung treten, jedoch nur soweit das Lebenswohl von Mutter und Kind hiezu Spielraum verstatten; sonst muss dem tuto auch das cito et jucunde weichen.

Wenn nun bei der Erwägung des in der Regel ungleich wichtigeren Antheils der Geburtstheile des Weibes für den Gebäract vor Allem die Gebärmutter selbst in Betracht kommen muss, so ist das Verhältniss derselben zum übrigen Körper der Gebärenden, z. B. ihrer Stellung nach und 2) das Verhältniss derselben zur Leibesfrucht einer Schwangeren, z. B. ihrer Lage in der Gebärmutter nach u. s. w., besonders von Einfluss für den glücklichen Ausgang des Geburtsprocesses. Zweierlei Momente, welche für die Wehenthätigkeit sehr wichtig sind, werden im Allgemeinen dadurch determinirt. Es sind zwar meines Wissens noch keine speziellen Untersuchungen darüber gepflogen worden, wie sich durchschnittlich die Proportion der musculösen Gebärmuttersubstanz gegenüber der Leibesbeschaffenheit theils des Weibes, theils des Kindes verhalte; hedenkt man aber einerseits, wie unter den Menschen oft Heirathen geschlossen werden, ohne eine naturgemässe Berücksichtigung der gegenseitigen Körperverhältnisse beider Ebegatten, und andererseits wie doch mancherlei Leibeseigenschaften der Eltern auf die Nachkommenschaft sich zu vererben nflegen. z. B. die Körpergrösse; Kopf- und Gliederbildung u. s. w. (vergl, Hofacker und Notter über die Eigenschaften, welche sich bei Menschen und Thieren von den Eltern auf die Nachkommen vererben; Tübingen 1828), so erscheint es mehr als wahrscheinlich, dass bei einer ziemlichen Anzahl von Geburtsfällen eine beziehungsweise Erschwerung des Geburtsherganges aus den Missverhältnissen solcher Quelle entspringen werden. Die Verschiedenheit der Constitutionen unter den Gebärenden mag an sich schon mit sich bringen, dass in einzelnen Geburtsfällen durch den weniger kräftigen Bau einer Gebärmutter allein manchmal eine verhältnissmässige Erlangsamung des Geburtsherganges erwächst; aber noch öfter muss der Fall eintreten, dass die Körpergrösse der Leibesfrucht bezüglich der Bäumlichkeit und Muskelstärke des Geburtsorganes überwiegt und eben hieraus eine Verminderung oder Erschwerung des Wirkungsvormögens in der Wehenthätigkeit erfolgt. Die Natur, welche in ihrem ganzen Walten so weise berechnet ist, hat insofern eine Vorsorge dagegen getroffen, als die Körpergrösse eines Kindes gewöhnlich seiner Mutter nachartet; jedoch wird ja der Leibesumfang nicht allein vom Knochengerüste, sondern auch von den Weichtheilen bedingt, und darum ist die Leibesbeschaffenheit, z. B. Fettheit oder Magerkeit u. s. w., was auch vom Vater herstammen kann, hierbei nicht ganz wirkungslos. Denn der physikalische Erfahrungssatz, dass eine mechanische Triebkraft um so erfolgreicher zu wirken vermag, je kleiner der Raum ist, auf welchen ihre Wirksamkeit concentrirt ist, findet hierbei seine valle Anwendung. Es ergiebt sich hieraus 1) dass bei mancher Geburt, welche langsamer eintritt und verläuft, els gewöhnlich ist, durch solcherlei Naturgründe

## 248 XIX. Dr. Paulus, Beiträge zur rationellen

eine längere Dauer und Geduld erforderlich wird, ohne dass ein Kunstgriff dadurch geboten wäre; 2) dass aber die Kunstmittel selbst, welche etwa zu Hülfe genommen werden wollen, nur auf eine Erleichterung, nicht auf eine Bewältigung der Naturkräfte abzwecken dürfen. Diess ist durch geeignete Lage der Gebärenden, Unterstützung ihres Leibes durch eine Binde, höchstens bei schon vorgerückter Geburtszeit durch Zangenanlegung zu erreichen. -- Die Kindeslage ist innerhalb der Gebärmutter entweder eine Längen- oder Ouerlage, in beiden Fällen mehr oder weniger ausgebildet; ob jedoch der Rücken des Kindes nach vorne oder nach hinten liegt, hat nicht viel zu sagen, um so weniger als dergleichen Geburtslagen unter dem Geburtsverlaufe in einander übergehen können. Schon wichtiger ist natürlich die Lage des Kindes in der rechten oder linken Seite der Mutter, weil in jener zugleich der Mutterkuchen zu sitzen pflegt. Nach dem anatomischen Bau des Uterus, welchen wir als ursprünglich paarig und gleichsam aus zwei halbkugelförmigen Höhlungen, seinen Muskellagen nach zusammengesetzt schilderten, muss die Wirksamkeit der austreihenden Kräfte auf das Kind bei der Geburt von beiden Hälften aus wesentlich verschieden sich verhalten. Nicht nur der ansitzende Mutterkuchen an sich, sondern auch die ungleichförmigere Umlagerung der vorderen Leibesfläche des Kindeskörpers, wo die zusammengelegten Gliedmaassen eine viel weniger gleichmässige Oberfläche für den Gegendruck gestatten müssen, verhindern eine vollig freie Triebkraft dieser Seite. Darum hat man anzunehmen, dass die Hauptwirkungskraft bei der Austreibung des Kindes von einer Gebärmutterhälfte, nämlich der Seite, in welcher die Frucht liegt, ausgeht, die andere dagegen mehr unterstützend mitwirkt. Aus dieser Anlage schon fliesst zum Theil der Modus einer gleichsam bohrenden Vor- und Rückwärtsbewegung des Kindeskörpers, durch welchen derselbe in den Geburtswegen nach abwärts gedrängt wird. Jede widernatürliche Lageänderung der Gebärmutter selbst muss aber belästigend oder hinderlich sich hiebei erweisen. Fur das operative Handeln des Geburtshelfers fliesst hieraus die praktische Rücksicht, wo möglich bei seinem Eingreifen in den

1

Gang der Natur durch Untersuchen oder Mithelfen diejenige Körperseite der Gebärenden, in welcher ihr Kind gelegert ist, ze verschonen und frei wirken zu lassen, also immer auf der Mutterkuchenseite mit der Hand einzugehen oder Instrumente beizubringen, auch die Lage der Gebärenden im Bette darnach einzurichten u. s. w. In dieser Einrichtung scheint mir auch der Bestimmungsgrund vorgesehen zu sein, wonach bei Zwillingsschwangerschaften immer das eine Kind auffallend kleiner bleibt, als das andere, ungeachtet die Zeugung beider doch der Zeit nach in der Regel sehr nahe zusammenfallen muss. - Noch wichtiger erscheint die Kindeslage mit dem Kopfe nach oben oder nach unten gekehrt in der Gebärmutter. Die Lage des Kindes mit dem Kopfende nach unten, mit dem Rumpfende nach oben, ist physiologisch als naturgemäss zu erachten. Die birnförmige Gestalt des Gebärorganes erheischt die Configuration des Fotus in Kegelform mit der Spitze, das heisst dem Kopfe des Kindes voran, seiner Mündung ins Becken zugekehrt, welche Anlagerung desselben durch den dreieckigen Höhlenraum des Gebärmutterkörpers bei fortschreitendem Wachsthume des Kindeskörpers begünstigt werden muss. Obwohl nun bekanntlich Geburten mit dem Rumpfende des Kindes voran, Steis-, Knie- und Fusslagen schon durch die Naturkräfte beendigt werden können: so liegt doch so viel Beschwerliches und Gefährliches in denselben, dass man die künstliche Nachhülfe hierbei jederzeit als gerechtfertigt ansehen kann. Es tritt nämlich bei denselben ganz das umgekehrte Verhalten der mechanischen Kräfte ein: das Rumpfende kann seiner weichen Beschaffenheit und zum Theil ungleichmässigen Gestalt nach viel weniger kräftig auf die Bildung der Wasserblase und Eröffnung des Muttermundes einwirken; das Kopfende hingegen widerspricht seiner geringeren Umfänglichkeit nach der grösseren Räumlichkeit im Gebärmuttergrunde, kann weit weniger wirksam von dem Gebärmutterkörper umfangen und abwärts gedrängt werden, wodurch somit die mütterlichen Triebkräfte zum Theil für die Förderung der Geburt verloren gehen, was besonders in den späteren Geburtsperioden sich nachtheilig erweist, wobei durch zu fürchtenden Druck auf den vorliegenden Nabelstrang leicht Gefahr für das Kindesleben entsteht. Ja man wird sogar annehmen dürfen, dass bei natürlichen Fuss-, Knie- oder Steisslagen schon in der Schwangerschaftsperiode der obere Theil des Gebärmutterkörpers weniger ausgedehnt und ausgebildet wird als sonst, was auf die Erlangsamung des Geburtsherganges noch überdies mitwirken mag. So oft ich noch auch bei künstlichen Geburten der Art ihren Hergang zu beobachten Gelegenheit hatte, überzeugte ich mich von der nothwendigen Kunsthülfe zur Rettung des Kindes, obwohl für die Mutter, ausser der Beschwerlichkeit der langen Dauer, kein Nachtheil daraus zu erwarten ist. Ich bin zugleich der Ansicht geworden, dass bei der Extraction, sobald einmal der Rumpf bis zu den Armen ins Binschneiden vorgerückt ist, eine schleunige Herausbeförderung des Kopfes mittels Zange oder Hebel (wenn man überhaupt sich desselben noch bedienen will), meistens nöthig wird. Man hat sich vor Boër's oder Nägele's Geburtszange bei vorsichtiger Anwendung derselben gar nicht zu fürchten, mehr Uebung oder Geschick wird schon der Gebrauch des Roonhuis'schen Druck- und Zughebels erfordern, der auch ausser dergleichen Geburtsfällen wohl nur bei schiefem Kopfstande noch anwendbar sein dürfte. Die Unterbindung und Durchschneidung der Nabelschnur vor der Vollendung der Geburt, welche in neuerer Zeit hef solcherlei Geburtsfällen und Umschlingung vorgeschlagen worden ist, lässt für und wider sich sprechen; jeden Falls wird man darnach bald zur Anlegung der Zange schreiten müssen. Vortheile möchten in manchen derartigen Geburtsfällen von einem frühzeitigen Sprengen der Eihäute zu erwarten sein, wenn einmal der Muttermund sich gehörig eröffnet hat; denn 1) formt sich die Gebärmutter bei solcher unregelmässigen Kindeslage alsdann naturgemässer, insofern das Verhältniss der Ausdehnung ihrer oberen und unteren Section dadurch sich mehr ausgleicht, und wenn sich dieselbe nach dem Wasserabflusse noch mehr zusammengedrängt hat, auch die Wehenfolge regelmässiger und wirksamer werden kann; 2) ist, weil bei weniger geöffnetem Muttermunde auch das Fruchtwasser nicht so sturzweise abfliesst, besonders wenn mit geeigneter Vor-

sicht das Sprengen der Eihäute vorgenommen wird, auch geringere Gefahr eines Nabelschnurvorfalls zu fürchten, wofern die Schlinge nicht zunächst über dem Muttermunde liegt, in welchem Falle ohnebin ihr Vorfallen nicht ausbleiben würde. Nachtheile sind nicht wohl daraus zu befürchten. Gesichtslagen des Kindes sind mir in der geburtshülflichen Praxis noch nicht vorgekommen, und, obwohl ich an sonstigen Entstehungsursachen derselben nicht zweifeln kann, möchte doch ein grosser Theil künstlich, z. B. durch Manipuliren beim Untersuchen u. dergl, hervorgebracht wer-Die Querlagen des Kindes in der Gebärmutter sind den. aber eigentlich diejenigen Regelwidrigkeiten, durch welche ein operatives Eingreifen des Geburtshelfers in den Naturgang unmittelbar geboten erscheint, weil diejenigen seltenen Geburtsfälle, in welchen hierbei durch alleinige Naturhülfe eine Selbstentwicklung\*) oder Selbstwendung des

\*) Ein derartiger Glücksfall, welchen ich in meiner Praxis schon zu beobachten Gelegenheit hatte, hot mehr Interesse in physiologischer, als in obstetricischer Beziehung dar. Es war eine Mehrgebärende, schon über vierzig Jahre alt, von gutem Körperbau, mittelmässig kräftig, aber von rauher Lebensart, der arbeitenden Klasse angehörig, zu welcher ich wegen Schulterlage des Kindes, das mit dem Rücken der mütterlichen Bauchwand zugekehrt war, nach dem Wasserabflusse gerufen wurde. Das indessen auch vorgefallene rechte Aermchen des Kindes war kalt und blass, so dass ich den Tod des Kindes vermuthete. Ich versuchte das Aermechen zurücksubringen und wollte, wenn sich die Schulter linker Seits ins Becken ein wenig hinaufschieben liesse, die Füsse herabholen. Kaum war damit begonnen gewesen, als sich Treibwehen einstellten, schnell steigerten und, zu meinem nicht geringen Erstaugen, mit aller Gewalt nebst meiner Hand auch Füsse und Steiss ins Becken herabdrängten, wodurch sich die Geburt mit reissender Geschwindigkeit entwickelte. Es war hierbei die Treibkraft der Wehen so mächtig, dass meine Hand trots anfänglichen Widerstrebens unwillkürlich mit dem Kinde ausgetrieben wurde und die Bezeichnung so gesteigerter Webenthätigkeit als Hyperdynamiamus, welcher in neuerer Zeit beliebt, jedoch von Birnbaum getadelt worden ist, erschien mir nicht unrecht. Es waren nämlich in dem angegebenen Geburtsfalle einige Stunden lang kaum

Kindes zur natürlichen Vollendung der Geburt führte, als Ausnahmen kaum in Betracht kommen können. Es ist bei ieder Querlage ein doppeltes Moment im Auge zu behalten welches sich combinirt 1) aus der Unmöglichkeit eines Durchganges des Kindeskörpers in dieser Lage durch die Geburtswege der Mutter; des Missverhältnisses der beiderseitigen Durchmesser wegen, und 2) aus der Schwierigkeit. welche für die Entwicklung der Wehenthätigkeit aus der mehr in die Quere als in die Länge gerichteten Ausdehnung des Gebärmutterkörpers entsteht. Je vollkommener die Ouerlage ausgebildet ist, um so hinderlicher wirkt die letztere Bedingung auf den Fortgang der Geburtsarbeit ein: könnte man dieses wegräumen, so würde das erstere oft nicht den Eintritt einer Selbstwendung des Kindes zur natürlichen Beendigung des Geburtsgeschäftes aufzuhalten vermögen. Stellt man sich hierbei wieder die Anordnung der Muskellagen der Gebärmutter in Kreistouren zu beiden Seiten und am Halse derselben vor, wonach ihre Construction der aus zwei Hohlkugelhälften zu vergleichen ist, so wird einem leicht anschaulich werden, wie bei einer Querlage die Druckwirkung nur in der Querachse des mütterlichen Leibes erfolgt, anstatt ihrer Richtung gegen die Bekkenaxe zu, welche bei einer Längenlage des Kindeskörpers bevorsteht; darum wird die Wehenthätigkeit bei dergleichen Abnormitäten der Kindeslage eher von nachtheiligem, als von vortheilhaftem Einflusse in der Regel sein müssen: überdies wird noch die wirksamste Muskelpartie für den Wehendrang, nämlich die um den Gebärmutterhals angelagerte, von dem Effecte dadurch geradezu ausgeschlossen; Darin scheint mir auch einzig der Grund zu liegen, dass bei Querlagen meistens Wehenschwäche vorhanden ist welche durch die Eingriffe des Operateurs gewöhnlich auf-

Spuren von Wehen eingetreten und wie eine Explosion entlud sich alsdann die im Ueberfluss angesammelte Erregbarkeit der Gebärmutter zu dem geschilderten Erfolge. Das abgestorbene, reife, ausgetragene Kind war eher schwach als stark zu nennen, und weigte keine Fäulnisspuren.

hört; denn es sind ja der Gebärmutterhals und Gebärmuttermund vermöge ihrer nervösen Empfindlichkeit und stärkeren Erregung bei normalem Geburtsprocesse zur sympathetischen Fortpflanzung der empfangenen Eindrücke auf den übrigen Gebärmutterkörper sehr von Einfluss. Denn zwingend und drängend presst der schwangere Uterus mit seinen beiden Seitenhälften den in ihrer Ausböhlung gelagerten Hinterleib des Kindes gleichsam handförmig umfasst, in gleichmäsigem Gegendrucke vom Muttergrunde nach dem Mutterhalse zu, und eben dadurch entwickelt sich dessen reactionärer Widerstand progressiv, je mehr der Muttermund sich erweitert und der einschneidende Kindestheil in relativer Verstärkung als Reiz auf diese Partie einwirkt, wobei die proportional erfolgende Muskelcontraction zur Fortschiebung desselben secundär mithilft; solches wird wenigstena bei dem Kopf- und Schulterdurchgange anzunehmen sein, ---Ob eine Querlage mit dem Rücken, dem Bauche oder einer von beiden Körperseiten des Kindes nach dem Muttermunde gekehrt ist, hat besonders bei unvollkommener Ausbildung derselben für die Hülfeleistung ein Gewicht, indem bei Rücken- und Seitenlagen eine Wendung des Kindes auf den Kopf, welche caeteris peribus immer wesentliche Vortheile gegenüber der auf die Füsse darbietet, leichter gelingen wird; als bei einer Bauchquerlage des Kindes. Ebenso würde sich's durchschnittlich mit der Anwendung des Hebels verhalten. Dagegen wird umgekehrt eine Wendung auf die Füsse bei Bauch- und Seitenlagen leichter, als bei Rückenduerlagen auszuführen, insofern die Füsse des Kindes von der Hand des Geburtshelfers weniger schwierig zu erreichen sind. Es beantwortet sich die Frage, ob mehr gerathen werden müsse, beide oder nur einen Fuss des Kindes herabzuholen, aus dem allgemeinen Grundsatze einer beschleunigten Herausbeförderung des Kindes bei Fussgeburten für die gewöhnlichen Umstände von selbst; nur wo des längere Aufsuchen des anderen Fusses, wegen der zu erwartenden Reizung der Geburtswege, vermieden werden soll, behilft man sich besser mit dem einen allein. Natürlich ist die Gelegenheit eines Nabelschnurvorfalls bei den Bauch- und Seitenlagen mehr gegeben und somit die Lebensgefahr für

das Kind grösser, als bei Rückenquerlagen. Der Rath, beim Zurückbringen der Nabelschnur die Hand nicht in der gleichen Richtung wieder zurückzusühren, um ein Recidiv zu verhüten, ist immerbin empfehlenswerth. In der Natur der Ouerlage liegt auch, dass das kunstgerechte Anbahnen einer naturgemässen Lageveränderung des Kindes in der Gebärmutter eine unumgängliche Indication der Hülfeleistung abgiebt, und alle weiteren Rücksichten des Verfahrens durch die besonderen Umstände iedes einzelnen Geburtsfalles bestimmt werden. Obwohl man nun bei Gesichtslagen sowie bei Steiss-, Knie- und Fusslagen zwar eine gewisse Regelmässigkeit ihres Verlaufes unverkennbar ausgedrückt findet, indem dort sich jederzeit das Hinterhaupt des Kindes gegen die Kreuzbeinaushöhlung und das Kinn desselben unter den Schaambogen bewegt, und hier wenigstens in der Mehrzahl solcher Geburtsfälle die Rückenfläche des Kindes der Bauchwand der Mutter sich zukehrt, so ist doch wieder ein Schwanken in den Bewegungen dermassen möglich, dass gar häufig Uebergänge der einen Kindeslage in die andere sich ereignen. Dagegen ist eine Schranke dieser Veränderlichkeit dadurch begründet, dass die beiden (rechte und linke) Seitenhälften sowohl der Gebärmutter, als auch des Beckens durch relative Grenzmarken separirt sind. Wir baben früher schon von der ursprünglich paarigen Bildungsform des Gebärorganes gesprochen, als deren Rückbleibsel später noch die Ablagerungsweise der Muskelfaserschichten sich darstellt, und ebenso auffallend ist die symmetrische Theilung in dem knochenringförmigen Beckeneingange noch durch eine mehr oder weniger kartenherzförmige Flächengestalt ausgedrückt, welche durch seine Vorder- und Hintergrenze (Symphysis und Promontorium) sich bildet. Hierzu kommt noch die Mittellinie (Linea alba) an der Bauchwand, welche auch die bei der Bauchpresse assistirenden Muskelbewegungen in correspondirender Richtung mitwirken lässt. So haben wir dreierlei Momente der Organisation, welche bei dem Geburtsmechanismus eine Versetzung der Kindeslage von einer in die andere Beckenhälfte abzuhalten geeignet sind. Durch die blosse Naturthätigkeit wird eben darum eine solche nur unter ausserordentlichen Umständen,

s. B. bei Frühgeburten, Zwillingen, Wehenkrampf u. s. w. sich ermöglichen, wogegen durch Kunsthülfe auch dieser Ausweg immerhin noch zur günstigen Beendigung schwieriger Geburtsfälle offen bleibt. Dies ist für die Schwankungen in den Veränderungen der Kindeslagen theils zur richtigen Beobachtung, theils zur günstigen Behandlung bei dem Geburtsprocesse nicht ausser Acht zu lassen. --- Und solches wären die Hauptmomente, welche das Verhältniss des Kindes zur Gebärmutter bei dem Geburtshergange betreffen, soweit nicht eine abnorme Leibesbeschaffenheit oder Missbildung desselben erschwerend einwirken, wonach die obstetricischen Kunstregeln principiell sich im Allgemeinen normiren. Allein noch ist in der organischen Einrichtung der Gebärmutter und ihrer Anhänge, sowie der weichen Geburtstheile überhaupt ein Moment enthalten, woraus sich durchgreifende Kunstregeln abnehmen lassen, welche sich auf die geburtshülfliche Behandlung sowohl der naturgemässen (leichteren oder schwierigeren), als naturwidrigen Bekanntlich ist der menschliche Geburtsfälle erstrecken. Uterus nicht blos aus Muskellagen, Zellgewebe, Häuten, Blut- und Lymphgefässen zusammengesetzt, sondern enthält auch (sensible und motorische) Nerven, welche theils ans dem Ganglien-, theils aus dem Spinalnervensysteme ihm zugeführt werden. Freilich sind unbegreiflicher Weise dieselben bis in die neuere Zeit (vergl. Tiedemann: Tabulae nervorum uteri. Heidelberg, 1822.) nicht anatomisch dargestellt worden, und ungeachtet über ihr Vorhandensein unter den älteren Anatomen nach physiologischen Gründen nicht gezweifelt werden konnte (vergl. J. Fr. Osiander: Commentatio anatomico physiologica, qua edisseretur, uterum Goetting, 1808), fehlte ihnen wenigstens nervos habere. jede genauere Kenntniss des Ursprungs und Verlaufs der-Nach Fr. Tiedemann entspringen die Nerven für selben. den Uterus, die Ovarien und Tuben aus den sympathischen Nerven beiderseits; sie begleiten die Arterien, verzweigen sich aber in dem Parenchyma der Organe (Grund, Körper, Hals und Mund der Gebärmutter) selbstständig. Es sind dünne, weiche und röthliche Nerven, ähnlich denen des Herzens. Sie kommen aus drei gangliösen Geflechten (Plexus

spermaticus s. ovariis et tubis communis, Plex. hypogastricus superior und lateralis), wovon das bei weitem grösste (Plexus hypogastricus magnus s. uterinus communis) unmittelbar vor dem fünften Lendenwirbel, an der Theilungsstelle der Aorta zwischen den Arteriis iliacis, zunächst dem Promontorium pelvis gelegen ist. Aus der unteren Partie des gleichfalls starken Plexus hypogastricus lateralis gehen mehrere Zweige für den Mutterhals und die Mutterscheide sb und verbinden sich mit solchen vom dritten und vierten Sacralnerven. Die Nerven der Gebärmutter zeigen sich in der Schwangerschaft zahlreicher und massenhafter, als ausserhalb dieser Lebensperiode des Weibes. Und wer die beiden Tiedemann'schen Tafeln vergleicht, dem kann nicht entgehen, wie viel mehr Nervenverzweigungen in die hintere und untere Gebärmutterfläche übergeben, als in die vordere und obere. Er kann ferner nicht übersehen, welchen Einfluss auf die Schmerzhaftigkeit der Geburtsarbeit die Lage des Plexus hypogastricus magnus über dem Promontorium pelvis ausüben muss, die bei jeglichem operativen Eingriffe welcher diese Partie vorzugsweise berührt, sich steigern muss. Der Ansicht, dass sowohl dem sympathischen, als auch dem spinalen Nervensysteme ein gemeinsamer Einfluss auf die Wehenthätigkeit zugeschrieben werden müsse, nur ersterem in überwiegendem Maasse zukomme, dessen Nerven hiebei wohl eine sensible und motorische Eigenschaft bethätigen, sowie dass die nervenreichsten Stellen der Gebärmutter, z. B. des unteren Uterinabschnittes zu einem Excessivwerden ibres Empfindungsvormögens, ihrer Reizempfänglichkeit prädisponiren, ist auch Scansoni (vergl. dessen Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1853.). Es lässt sich aus dieser Nervencomplexion auf den gemischten Erregungszustand in der Gebärmutter zugleich schliessen und man hat anzunehmen, dass, wenn beim Anfange der Geburtsarbeit noch das sympathische Nervensystem die mehr vegetativen Bewegungsactionen vermittele, am Ende derselben sehr kräftig von den Spinalnervenconnexionen mitgewirkt werde, somit der Bewegungsmodus sich mehr schon der animalischen Natur annähere. Der Willenseinfluss auf die Bauchpresse bleibt ein wechselhaftes Moment, insofern

derselbe augenfältig von dem Stärkegrade der Reizwirkung abhängt, bei dessen Progression man die willkürlichen und unwillkürlichen Bewegungsphänomene unter der Geburt ineinander übergehen sieht. Der Antheil, welchen die Mutterscheide an den propulsiven Kraftäusserungen hat, erklärt sich theils aus den cirkelförmigen, ungestreiften Muskelfasern, theils aus den ihrem Ursprunge nach verschiedenen; d. h. aus Zweigen des Plexus hypogastricus lateralis und Plexus sacralis gemischter Nervenpartien derselben. Ein Blick auf die Dynamik des Geburtsprocesses überzeugt uns nach diesen anatomisch-physiologischen Erörterungen gar leicht, dass hierbei nicht an ein Polaritätsverhältniss der Triebkräfte gedacht werden kann, wie solches in Reil's (vergl. Archiv f. Physiologie, Bd. VII.) Sinne zwischen dem Grunde und Körper des Uterus einerseits und dem Halse und Munde desselben andererseits die Wehentbätigkeit bestimmen soll, indem gesteigerte Contraction in ienen, vermehrte Expansion in diesen gegenübertreten. Weder die Entwicklungsphänomene der Schwangerschaftsperiode, in welchen keine derartige Divergenz, vielmehr eine progressive Vergrösserung des Höhlehraums in dem Gebärorgane die vom Grunde nach dem Munde desselben sich ausbreitende Extension bedingt, noch ein exclusives Eingeschränktwerden der Muskelcontractilität auf den Uteruskörper unter der Geburtsarbeit, bei welcher sich die sämmtlichen Muskelfasern des Gebärorganes vom Grunde bis zum Munde activ betheiligen, entsprechen dieser Theorie. Ja nicht einmal die Annahme J. H. Wigand's (vergl. die Geburt des Menschen; herausg. von F. C. Naegele. Berlin, 1820.), dass eine periodisch aufeinanderfolgende Contractions- und Expansionsthätigkeit zwischen dem Muttergrunde und Mutterhalse den Geburtsact vermittele, scheint uns die factischen Brscheinungen zu bedingen, indem sich bei den Geburtswehen alle Theile des Gebärorgans zugleich contrahiren, worauf u. A. Scansoni (l. c.) in neuerer Zeit hingewiesen hat. Vielmehr reicht die progressive Steigerung der Contractionsthätigkeit in Proportion mit den Entwicklungs- und Anlagerungstypen der Muskelfasern in der Gebärmutter zur physiologischen Erklärung des Sachverhalts völlig aus. Zwar

Monateschr. f. Geburtek. 1854. Bd. IV, Hft. 4.

17

# 258 XIX. Dr. Paulus, Beiträge zur rationellen

hat man allerdings ein Ueberwiegen der Muskelkraft von oben nach unten in der Gebärmutter anzunehmen, weil die lateralen Kreisschichten der Muskelfasern am Gebärmutterkörper stärker sind, als die transversalen am Gebärmutterhalse, jedoch kommt hierbei in Rechnung, dass die grössere Umfänglichkeit des mit dem unteren Rumpfende gewöhnlich nach oben gelagerten Kindes eine kräftigere Wirksamkeit zum gleichen Erfolge an sich verlangt; dagegen liegt in der kegelförmigen Gestalt der Gebärmutterhöhle eine zureichende Bedingung, wodurch mittels des gleichzeitigen Drucks der Lateralfasern im Körper und der Transversalfasern im Halse der Gebärmutter auf den Kindesleib die Fortbewegung desselben durch den Muttermund bei allmälig sich steigerndem Wehendrange bewerkstelligt wird. Dies ist die allein richtige Anschauung, welche sich von der Wirksamkeit der mütterlichen Triebkräfte machen lässt; nur eine Differens in dem Wirkungsvermögen zwischen den vegetativen und animalischen Nervenpartien in dem Gebärorgane ist während der Geburtsperiode naturgemäss, weil das untere Gebärmuttersegment, worin sich auch die meisten Zweige der Sacralnerven ausbreiten, nunmehr — so zu sagen — als Hauptangriffspunkt erregt wird. In dem Ursprunge und in den Mündungen der Nerven in die Gebärmutter liegt also ein Moment für die Therapie sowohl der natürlichen als der künstlichen Geburten und ein Haupthülfsmittel theils gegen die Schmerzhaftigkeit, theils gegen die Gefährlichkeit einer schwierigen Geburt, durch eben jene Nervenvertheilung bedingt, macht die Lage der Gebärenden bei dem Geburtshergange aus. Es ist hieraus ersichtlich genug, dass in allen Geburtsfällen, wo eine ungewöhnliche Empfindlichkeit durch den Reizungszustand der Uterusnerven und ihre Verbindung mit den Centralorganen des Cerebro-Spinalnervensystems, z. B. Eclampsie, zu befürchten ist, der Gebärenden eine solche Lage gegeben werden muss, durch welche ein stürmisches Andringen des Kindeskörpers gegen den Muttermund gebrochen oder geschwächt werden kann. Das gilt schon von der Seitenlage und noch mehr von der Knie-Ellenbogenlage, gegenüber der Rückenlage einer Kreissenden. Es ist in neuester Zeit wieder besprochen worden, ob die

Seitenlage der Rückenlage bei jeder Geburt vorzuziehen sei; wenn aber auch die Stimmen für die naturgemässen Geburten sich getheilt zeigten, so dürfte für die sehwierigeren in Mehrzahl ein Vorzug dadurch erreichbar sein. Es ist gar leicht begreiflich, dass die erschwerenden Ursächlichkeiten hierbei maassgebend sind, sowie dass auch die Zeitperiode des Geburtsprozesses zu berücksichtigen ist, insofern z. B. im Anfange der Geburt noch eine Abwechselung der Lage in der Regel erleichternd wirkt und am Ende derselben durch eine Rückenlage der Wehenerfolg begünstigt wird. Bei denjenigen Operationen aber, wodurch mittels der Hand von dem Geburtshelfer innerhalb der Gehärmutter nachgeholfen werden muss, z. B. bei Wendungen auf die Füsse, Lösung der Nachgeburt u. dergl., wird in sehr vielen Fällen durch kein anderes Mittel die gleiche Erleichterung für die Gebärende und Unterstützung für den Geburtshelfer möglich sein, als durch die Knie-Ellenbogenlage derselben. Nicht blos wird der Druck der Kindeslast gegen den Muttermund dadurch abgehalten, sondern auch die Hand des Operateurs nicht so leicht oder so stark gegen die zunächst den grösseren Nervengeflechten gelegenen Partieen der Gebärmutter, z. B. den hinteren Rand des Muttermundes und die Vorgebirgsgegend angedrückt werden. Ueberdiess fliesst aus ihr noch der Nebenvortheil, dass der Geburtshelfer zugleich mit der freien Hand von aussen sich in seiner Arbeit selber unterstützen kann, welche Beihülfe bei einer Rückenlage der Gebärenden in nicht ganz entsprechendem Geburtsbette oft Anderen überlassen bleiben muss. Bei Geburtsfällen, wo Schwächesymptome oder die Gefahr einer innerlichen Verblutung bei der Gebärenden drohen, z. B. bei Placenta praevia, ist immerhin davon abzurathen, aber die Kindeslage wird selten eine Contraindication abgeben. Ich habe mich aus eigener und fremder Erfahrung bei schwereren Wendungs- und Nachgeburtsoperationen seit vielen Jahren mehrfach von dem grossen Gewinne überzeugt, welcher durch dieses Mittel einzig erreichbar ist, worauf übrigens auch andere Autoritäten besonders aufmerksam gemacht haben.

## 260 XIX. Dr. Paulus, Beiträge zur rationellen

Von diesen Momenten, welche die anatomisch-physiologische Grundlage der Geburtslehre begreifen, somit der Mechanismus und Dynamismus der Geburt auf dem architectonischen Verhältnisse zwischen dem Gebärmutterbau und Kindeskörper beruht, haben wir sofort zu denjenigen überzugehen, welche in dem geometrischen Verhältnisse der Höhle des kleinen Beckens durch die Knochenwandungen des Beckenkanales sich constituiren und zum leichteren oder schwierigeren Durchgange des Kindesleibs bei der Geburtsarbeit beitragen. Nachdem die Bedingungen des normalen Geburtsprocesses in dem Bewegungsmodus des Kindesdurchgangs in den Geburtsorganen von uns gezeigt wurde, bleiben nur die möglichen Abnormitäten zu berühren übrig, welche eine Modification des normalen Geburtshergangs in sich schliessen. Bei der noch unenträthselten Verschiedenartigkeit zwischen den rhachitischen und osteomalacischen Beckenabnormitäten, wodurch insbesondere die Zeit und Form ihrer Bildung als variabel erscheinen, ist man immer noch mehr auf die geometrische Veränderlichkeit der Grundtypen in den einflussreicheren Flächenabschnitten der Bekkenhöhle beschränkt und nur die Proportion in den Durchmessern der Länge und Breite, einerseits zwischen dem Kindeskopfe und andererseits zwischen der Beckenhöhle in dem Eingange, der Mitte und dem Ausgange derselben wirkt als Bestimmungsgrund hierbei ein. Weil aber die Knochenwände der Beckenhöhle als unnachgiebig betrachtet werden müssen, so kann sich's nur darum handeln, wie weit der Kindeskopf ohne Lebensgefahr sich zusammendrücken lasse, um die Ausdehnung seiner Länge und Breite nach ins Verhältniss mit den Durchmessern des Beckenran-Ausnahmsweise kann ein Untermes gesetzt zu werden. schied auch in der Symmetrie der beiden Hälften des Bekkens durch Knochenbildung erwachsen, und in diesen Fällen fragt sich noch weiter, ob nicht durch einen Wechsel seiner Lage der Durchtritt des Kindeskörpers in den Geburtswegen zu ermöglichen ist, indem z. B. bei einer Verengerung der rechten Beckenseite und vorliegendem Kindeskopfe durch eine Wendung des Kindes auf die Füsse die Versetzung des Kindesleibs in die linke Beckenseite zu

vermitteln wäre. Dies wird meines Erachtens darum wichtig, weil die Drehbewegungen des Kindeskopfes beim Bekkendurchgange in den schrägen Durchmesser gescheben. wobei somit die weniger umfängliche Vorderhälfte des Kindeskopfes auch in der relativ verengten Beckenseite sich noch bewegen könnte, worin der Raum für den Hinterkopf schon zu enge sein würde. Da sich jederseits die Hauptdimensionen der Beckenhöle leicht ermessen lassen, so bezweckt also durchschnittlich ihre Vergleichung nur die Auswahl der Hülfsmethode, wodurch eine künstliche Geburt am vortheilhaftesten für Mutter und Kind zu bewerkstelligen sein wird und handelt sich in der Regel hierbei um Zange oder Wendung, Enthirnung und Zerstückelung oder Kaiserschnitt. Insofern bei der praktischen Geburtshülfe noch nicht evident erhoben wurde, bis zu welchem Grade der Kopf eines ausgetragenen Kindes in seinem natürlichen Grössenmaasse durch Compression in Länge und Breite verkleinert werden kann, ohne eine organische Verletzung des Gehirns von bleibendem Nachtheile fürchten zu lassen, so bewegt sich das Urtheil des Geburtshelfers gar häufig auf unsicherem Boden und bleibt seiner subjectiven Ansicht die Behandlungsmethode unterstellt. Auf die Erledigung dieser Vorfrage hinzuwirken, wäre eine Aufgabe der Forschung, welche von wichtigem Einflusse zu werden verspräche, wozu die prüfende Anwendung eines zweckmässig zur gradeweisen Raumverminderung zwischen den Zangenarmen eingerichteten Kephalotribe's\*) künftig beizutragen vermöchte. Wo sich's um die Anwendung schneidender Werkzeuge handelt, bei Zerstückelung des Kindes, Schambeintrennung

\*) Mir ist bis jetzt nur Scanzoni's Kephalotribe zu Gesicht gekommen, ich fand swar die Zangenarme sehr geeignet, dagegen die Hebelschraube zur Verkleinerung ihres Zwischenraumes sich besser nicht in demselben fortbewegen, sondern etwa mittels Kettenschluss an ihren Enden befestiget würde, wenn nicht die Gebärende und der Geburtshelfer in Einzelnfällen dadurch belästigt werden sollen. Eine auf Zolle und Linien eingetheilte Scala liesse sich leicht anbringen. Der Hebel sollte jedenfalls eine compendiösere Form erhalten.

und Kaiserschnitt dünkt mir bis jetzt immer noch nicht genugsam die Gefahr der Unsicherheit und Schwierigkeit der Operationen erwogen worden zu sein, und entschieden die dritte derselben der ersten und zweiten oft vorzuziehen.\*) Es kann nicht anders sein, als dass in der Zeit und Art. wann und wie man zum Kaiserschnitt zu schreiten pflegt, der Grund seiner so oft nachtheiligen Erfolge vornehmlich zu suchen ist, und eben darum soll die Hoffnung nicht aufgegeben, vielmehr mit Eifer und Muth verfolgt werden, die Verbesserung eines an sich so viel versprechenden Operationsverfahrens zur Rettung von Gesundheit und Leben der Mutter und ihres Kindes durch vorbedachte Experimente am Geburtsbette und Wochenbette zu heben, weil auch die Nachbehandlung der Operirten von grossem Einflusse bleiben wird. Nach physiologisch-pathologischen Gründen möchte 1) die Periode der Eröffnung des Muttermundes zu erwarten sein, wenn die Lösung der Placenta als bereits erfolgt oder wenigstens vorbereitet angenommen werden kann; 2) die Methode eines, in schiefer Richtung von einer nach der anderen Gebärmutterseite geführten. Ouerschnittes durch die Vorderfläche ihres Körpers zu wählen sein; 3) das elastische Robr eines Recipienten für den Lochienabfluss

<sup>\*)</sup> Ich wurde in Verbindung mit einem Collegen vor einigen Jahren zu einer verbutteten und simpelhaften Schwangeren gerufen, welche wegen Beckenenge nicht gebären konnte. Nach meiner Untersuchung mit der halben Hand schätzte ich die Conjugata auf swei und einen halben Zoll höchstens. Mein College rieth zur Zange, ungeachtet ich den Kaiserschnitt oder die Enthirnung des Kindes (welches zu leben schien und mit dem Kopfe vorlag) vorgezogen hätte, und wurde ihm darum auch die Operation überlassen. Unter den mit aller Mühe vollsogenen Tractionen entleerte sich auf einmal nach einem knarrenden Geräusche viel Blut; um den Kopf des unter der Geburt gestorbenen Kindes hatte die ganze Zange eine tiefe Rinne abgedruckt, die Wöchnerin konnte ohne Catheter den Harn nicht mehr lassen, und verschied nach den ersten acht Tagen seit der Geburt unter acuten Fieberzufällen; eine Section war nicht vorgenommen worden, allein entweder totale Blasenhalelähmung, oder gar eine locale Zerreissung der Gebärmutter in Folge der Gewalt su vermuthen gewesen.

nech der Operation in den Muttermund eingebracht werden sollen. Eine speciellere Begründung dieser Propositionen. würde mich jetzt zu weit führen und muss darum an das eigene Nachdenken geneigter Leser von mir vorläufig recurrirt worden. Ich hatte nur ein Mal Gelegenheit, bei einem Kaiserschnitte behülflich zu sein, welcher an einer durch Blutverlust bei Placenta praevia centralis unter der Geburt verstorbenen Mehrgebärenden, unmittelbar nach erfolgtem Tode, vorgenommen worden war. --- Ueber die Brregung der künstlichen Frühgeburt stehen mir noch keine Erfahrungen zu Gebot, um ein Urtheil darnach zu fällen; allein Gründe, welche von der Natur der Organe abzulejten sind, lassen mich unbedingt gegen die in neuerer Zeit empfohlene Einleitung derselben mittels Reizung der Brüste durch Sauggläser sprechen. Wie wird man sich ein solches Verfahren ohne nachtheilige Folgen für die Zukunft und ohne Gefährdung des übrigen Gesundheitszustendes einer Schwangeren bei manchen Constitutionen denken können. wenn man die organische Bestimmung der weiblichen Brüste und ihre nachbarliche Connexion mit den Athmungsorganen erwägt? Das Saugglas wirkt äusserlich ebenso stark auf die Brüste ein, als das Chloroform innerlich; nur ist dort eine mechanische, hier eine chemische Erregung gegeben. Wie manche Frau fühlt aber bei den ersten Zügen ihres Kindes schon zu sehr, dass ihre Brust zum Säugen nicht taugt, weil ihr Athmungsapparat leidet? Der Gebrauch der Uterus-Douche für denselben Zweck verspricht unstreitig mehr Nutzen.

Unter den Nachgeburts-Zufällen bleibt mir nur übrig auf den Unterschied des numerischen Verhältnisses der Sterblichkeit von Mutter und Kind zwischen Erst- und Mehrgebärenden bei Placenta praevis eindringlich aufmerksam zu machen. Die Beobachtung von dergleichen Vorkommenheiten bei Erstgebärenden ist mir zwar noch nicht zu Theil geworden; aber der Unterschied des natürlichen Brfolges ist ein so wesentlicher, dass nicht blos eine verschiedene Behandlungsart beider hierauf sich gründen muss, sondern das organische Verhältniss der Conformation im unteren Gebärmutter-Abschnitte, worin der Grund hiervon liegen

.

## 264 XIX. Dr. Paulus, Beiträge z. ration. geburtsh. Praxis

wird, leicht auch einen Fingerzeig für die naturgemässe Hülfeleistung bei dergleichen Zufällen von Mehrgebärenden abgeben könnte. Nach den von J. Helst in Dorpat tabellarisch aufgezeichneten Beobachtungen kamen auf 332 Fälle von Placenta praevia 33 von Erstgebärenden, darunter waren 12 Mai das Kind und 5 Mai Mutter und Kind des Lebens verlustig, während 16 Mal die Mutter am Leben blieb. 27 Mal wurde durch Kunst- und 5 Mal durch Naturhülfe die Geburt vollbracht. Das Verhältniss der Mehrgebärenden aber, welche daran starben, betrug 75, darunter wurde 72 Mal Kunsthülfe angewendet: wonach also das Sterblichkeitsverhältniss gegenüber der Behandlung sich bei Erstgebärenden um sehr Vieles günstiger zeigte, als bei Mehrgebärenden, nämlich dort von 33 nur 12, hier von 75 sogar 72 Sterbefälle (vergl. Busch's Monatsschrift f. Geburtskunde, II. Bd. 2. Hft.). Es sind hierbei zweierlei Momente nicht aus dem Auge zu verlieren, 1) die relativ weniger aufgelockerte und gefässärmere Substanzmasse des Gebärmutterhalses, wodurch die Gefässverbindung mit dem aufsitzenden Mutterkuchen weniger innig und vielfältig werden kann. und 2) das fortdauernd engere Umschlossenbleiben des Mutterkuchensitzes bei Erstgebärenden durch den andringenden Kindeskörper, wodurch ein ergiebigerer Bluterguss unter dem Geburtshergang eher abgehalten werden kann, im Gegensatze des einen solchen begünstigenden organischen Verhaltens bei Mehrgebärenden. Sollte nicht gerade in der geschichtlich von J. Holst angeführten Hülfsmethode der Siegmundin, mittels einer Stricknadel den Eihautstich durch den vorliegenden Mutterkuchen zu ermöglichen, gerade ein therapeuthischer Wink enthalten sein, wodurch bei Placenta praevia centralis selbst noch bei Mehrgebärenden das zweite Moment wenigstens approximativ durch Kunst zu bewerkstelligen ist, was übrigens noch besser mittels der Meisener'schen Canüle und Drehspitze oder eines dünnen Troikars mit kurzer Spitze ausgeführt werden könnte?

# XX.

# Das Einhaken der Placenta an den Schambeinkamm.

#### Von

## Dr. Friedrich Betz in Heilbronn a. N.

Zu den Ursachen, welche den Abgang der Nachgeburt verhindern können, gehört auch das Einhaken derselben an den Schambeinkamm. Ich weiss nicht, ob Jemand vor mir schon auf diesen Umstand aufmerksam gemacht hat, und mache deshalb keinen Anspruch auf ein Prioritätsrecht, allein bei meinen geburtshülflichen Studien bin ich nie auf eine ähnliche Mittheilung oder Beobachtung gestossen, weshalb meine Beobachtung entweder neu oder sehr selten sein muss. Statt der Definition, was ich unter Einhaken der Placenta verstehe, gebe ich als beste Erläuterung eine Beschreibung meiner Beobachtung.

Eine Mehrgebärende, schwächliche, mit einem starken Hängebauch versehene Frau hatte von Abends 9 Uhr bis den andern Morgen früh 7 Uhr sehr schmerzhaft gekreisst, als um die besagte Stunde das Kind ohne Kunsthülfe geboren war. Als nach einer halben Stunde die Placenta nicht abging und eine beträchtliche Blutung entstand, so versuchte die Hebamme die Nachgeburt zu entfernen, welche sie schon oft heimlich weggenommen hatte. Zuerst zog sie an der starken Nabelschnur, allein die Placenta that keinen Ruck, und jeder Zug verursachte heftige Schmerzen; sie ging mit der Hand ein und fand einen Theil der Placenta frei gelöst, sie wollte nun den Theil, der frei war, herabsiehen, aber es gelang nicht. Eine Stunde nach 7 Uhr wurde ich gerufen, nachdem die Blutung bis ab gedauert -und die Hebamme mehrere Hände voll geronnenes Blat entfernt hatte. Job traf die Frau äusserst erschöpft. -Der Uterus bildete einen stark prominirenden Tumor in der linken In guinalgegend. Ich fasste mit der linken Hand die starke Nabelschnur und wollte einen steten Zug ausführen, allein nicht den geringsten Ruck konnte ich zu Wege bringen, ich fühlte die Nabelschnur würde eher zerreissen. Ich glitt sofort mit den Fingern an der Nabelschnur hinauf und fand, dass sie sich hakenförmig um das linke Schambein herumbog und dass eine Hälfte der Placenta in einer sackartigen Nische des Uterus und der Bauchdecken vor dem linken Schambeine lag, die andere Hälfte der Placenta in der kleinen Beckenhöhle vollkommen gelöst und frei; die Placenta lag also reitend auf dem Schambogen. Der Zug an der Nabelschnur konnte hier nichts fruchten, und wenn diese drei Mal so stark gewesen wäre, so hätte sie eher zerreisson müssen, als dass die Nachgeburt herabgezogen worden wäre. Der Uterus war ganz wenig contrahirt. Nachdem mir die Ursache der Retention und die Lagerung der Placenta so klar war, ging mir die Wegnahme leicht von statten; auch der Schmerz, welcher auf jeden Zug en der Nabelschnur folgte, war mir erklärlich, da die Gebärmutter auf dem scharfen Rande des Os pubis auflag und beim Ziehen gequetscht wurde. Ich hielt mit der linken Hand die Nabelschnur ganz lose, mit der rechten Hand drang ich von oben in die Nische und schälte sie gleichsam heraus, die nirgends adhärirte. Die Blutung hörte alsbald auf, der Uterus contrahirte sich und die Operation hatte keine nachtheiligen Folgen.

Sollte das Einhaken oder Fangen der Nachgeburt an dem Schambeine so selten sein? oder dürften nicht viele Fälle von Einsackungen an der vordern Seite der Gebärmutter in Folge von Krampf oder partiellen Oontractionen solche von mir beschriebene Einhakungen gewesen sein? Hierüber können zwar Vermuthungen gerechtfertigt erscheinen, allein mit Bestimmtheit lässt es sich nicht sagen. — Um nun das Zustandekommen dieses Einhakens zu erklären, bedarf es keiner grossen Schwierigkeit. Die Gebärende hatte einen bedeutenden Hängebauch und die Placenta war an der vorderen Seite des Uterus angewachsen. Sei es nun, dass die Placenta während des Kreissens sich losschälte und an der vordern Bauchwand herabglitt, oder gleich nach Ausstossung des Kindes, bei den dünnen, wolken Bauchwandungen und dem schlaffen, dünnen Uterus fing sie sich, durch die Richtung ihres eigenen Gewichts geführt, an dem Schambein und senkte sich zum Theil ausserhalb der kleinen Beckenhöhle herab; die obengefannten Tegumente vor sich hinschiebend. Ferner vermuthe ich, dass die Hebamme, durch die länge Geburt müde, sehr früh an der Nabelschnur gezogen hat, um die Geburt zu beschleunigen und sich und der Gebärenden die süsse Ruhe zu verschaffen. — Noch muss ich bemerken, dass die Nische, in welcher die Nachgeburt lag, nicht durch eine engere Mündung mit der übrigen Uterushöhle communicirte<sub>1</sub> so dass etwa sie durch eine Art Striktur gebildet gewesen wäre, sondern der Eingang war weit und geräumig.

Was nun die Behandlung eines solchen Einhakens der Nachgeburt betrifft, so glaube ich, dass der Umstand durch die Natur gehoben werden kann, wenn der Uterus sich günstig contrahirt. Gehen die Contractionen vom Fundus Uteri zum Muttermund herab, so wird die Ausbuchtung, in der die Placenta liegt, ausgeglichen, die Placenta in die Höhe gehoben, und kann dann durch ihr Gewicht in die Uterushöhle hineingleiten, oder vielmehr in die Klein-Beckenhöhle gelangen. Durch Kunst wird die Wegnahme bewerk, stelligt, indem man die Gebärmutter nach oben und hinten drückt, so gleichsam eine Reposition der dislogirten Placenta vornimmt; ferner indem man von innen die Placenta aus ihrer Höhle, wie oben gesagt, herausnimmt oder herauswindet. Alles Ziehen an der Nabelschnur muss störend wirken, weil die Placenta an einen fixen Punkt dadurch angepresst und ihre Locomotion erschwert wird.

1.

# XXI.

# Auffallende Spätgeburt eines Kalbes.

#### Von

#### Dr. Schieffer in Schleiden.

Ein in der Nähe meines Wohnortes vorgekommener Fall von ausserordentlicher Dauer einer Schwangerschaft, zwar nicht bei einer Frau, sondern bei einer Kuh, möchte das Interesse der Wissenschaft in Anspruch nehmen, da aus solchen Beobachtungen bei Thieren, welche normal 9 Monate tragen, ein analoges Verhalten beim menschlichen Weibe mit Recht angenommen werden muss. Der Fall ist ausserdem der Art, dass in die Richtigkeit der Berechnung kein Zweifel gesetzt werden kann.

Auf der Weihermühle, } Stunde von hier entfernt, ereignete es sich, dass am 29. Juni a. c. eine Kuh kalbte, welche am 24. Juni vorigen Jahres dem Stiere zum Sprunge zugeführt worden war. Sie trug demnach drei Monate funf Tage zu lange. Die Mühle liegt in einem Thale ganz allein, keine andere Viehheerde kommt in die Nähe und ist es constatirt, dass die Kuh weder noch ein Mal zu einem Stiere geführt, noch dass zufällig ein anderer Stier mit ihr in Berührung gekommen. Dieselbe ist von hiesiger kleiner Rece, hatte bereits fünfzehn Kälber und stand vor dem Kalben siehen Monate trocken. Ihr Leib war in den letzten Monaten auffallend ausgedehnt, so dass man sicher mehrere Kälber erwartete; sie konnte kaum mehr zur Stallthure hinaus, war dabei aber stets gesund, obgleich schlecht genährt. Das Kalben selbst ging ganz normal, doch sehr schwer von statten, so dass durch kräftige Züge der Natur musste nachgeholfen werden. - Das Kalb selbst, ein männliches Thier, welches ich am 6. Juli sah, also 7 Tage nach der Geburt, trug alle Zeichen der Ueberreife, war 4 Fuss 3 Zoll rhein. lang (von der Schnauze bis zum Anfange des

#### XXII. Br. Heifft, Lähmung währ. d. Schwangerschaft. 269

Sterzes gemessen), 2 Fuss 11 Zoll rhein. im Umfang (hinter den Vorderbeinen über den Rücken gemessen), 3 Fuss rhein. hoch (von den Füssen bis auf den Rücken gemessen). Die Hörner waren beinahe einen Zoll gross entwickelt, aber noch mit Haaren überwachsen. Die Extremitäten, ob zwar stark entwickelt, konnten doch den schweren Körper nicht tragen, denn nur wenige Augenblicke war das Kalb im Stande, aufrecht zu stehen, dann stürzte es zusammen. Sein Gewicht war 74 Pfund. Ein bereits drei Monate altes Kalb verglich ich mit den Dimensionen und stimmten dieselben vollkommen überein. Gewöhnlich wird hier ein Kalb vom Metzger mit 1 Thlr. 10 Sgr., höchstens 1 Thlr. 15 Sgr. bezahlt, und für dieses Kalb wurden am dritten Tage 4 Thir. geboten. --- Die Kuh gab nach dem Kalben so wenig Milch, wie eine Kuh, die bereits mehrere Monate gemolken und gab früher stets recht viel Milch, weshalb sie so lange gehalten worden.

# XXII.

# Von der Lähmung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

#### Von

#### Dr. Helfft in Berlin.

Nicht selten sehen wir während der Schwangerschaft und nach der Entbindung eine Lähmung der Extremitäten eintreten, die nicht immer, wie bisher allgemein angenommen worden, von einem Drucke des Kindeskopfes auf die Nervenstämme des Plexus lumbalis und sacralis herrührt, da sie häufig auch die oberen Extremitäten und sogar die Sinnesnerven heimsucht. Wir müssen sie mithin einer tieferen Störung der Nerventhätigkeit und, wie es am wahr-

## 270 XXII. Dr. Heifft, Von der Lähmung während der

scheinlichsten zu sein scheint, der Einwirkung einer krank haften Blutmischung auf die Centralorgane zuschreiben.

Dr. Churchill hat (Dublin quarterly Journal of med. science. Mai 1854.) alle die bisher von englischen, französischen und deutschen Aerzten veröffentlichten Fälle, deren Zahl sich auf 34 beläuft, zusammengestellt und mit einander verglichen. In 22 trat die Lähmung während der Schwangerschaft auf, in den übrigen 12 während und nach der Entbindung.

Unter den 22 Schwangeren befanden sich 10 Erstgebärende; eine Frau war zum 2ten Male, 4 zum 3ten Male, 2 zum 4ten Male, 3 zum 5ten Male, 1 zum 6ten Male und 1 zum 13ten Male schwanger, und eine hatte bereits mehrere Kinder geboren, ohne nähere Angabe der Zahl.

Unter den 34 Fällen fand in 17 vollständige Hemiplegie statt; in einem eine partielle; in 4 Paraplegie, von denen in zweien nur eine Extremität ergriffen war; in 6 Lähmung der Gesichtsnerven; in 5 Lähmung der Sehnerven und in 3 Lähmung des N. acusticus; einige der letzteren betrafen nur Combinationen der Hemiplegie. 4 Fälle endeten tödtlich.

Unter den 22 Fällen, in welchen die Lähmung während der Schwangerschaft auftrat, befanden sich 12 von Hemiplegie; einer von Paraplegie; 4 von Lähmung des Gesichtsnerven; 2 von Lähmung der Schnerven und 3 von der der Hörnerven. Ein bestimmter Zeitpunkt, an welchem die Affection auftrat, fand nicht statt; von den 13 Fällen, wo desselben Erwähnung geschieht, trat sie in einem am zweiten, in einem im dritten oder vierten, in einem im fünften, in einem im sechsten oder siebenten, in dreien im siebenten, in zweien im achten und in vieren im neunten Monate auf, so dass im Allgemeinen in den letzten Monaten der Schwangerschaft eine grössere Geneigtbeit zu solchen Anfällen zu herrschen scheint.

Unter 19 Fällen scheinen 11 vor oder in Folge der Entbindung gehoben worden zu sein; in 8 dauerte die Krankheit längere oder kürzere Zeit nachher noch fort.

Von 20 Kranken starb nur eine und hier rührte das Leiden wohl eher von einer organischen Affection des Ge-

#### Selawangerschaft und nach der Entbindung. 271

birns her, die vor der Schwangerschaft schon vorhanden gewesen. — Nur in 3 Fällen gingen der Lähmung Convulsionen voran; in den meisten scheinen sich aber nicht die geringsten Vorboten kund gegeben zu haben. Von hoher Wichtigkeit ist aber der Umstand, dass in vielen Fällen Eiweiss im Urin sich nachweisen liess.

Unter den 12 Fällen, wo die Lähmung erst während oder nach der Entbindung auftrat, war sie nur in dreien während derselben erschienen und in diesen hatten auch Convulsionen stattgefunden; in allen übrigen entwickelte sie sich später und meist nach einem längeren Zwischenraume.

Unter diesen 12 Fällen wurde 5 Mal eine vollkommene Hemiplegie beobachtet; in einem war nur der Arm gelähmt; ein Mal fand vollkommene Paraplegie statt, in einem war nur das rechte, in einem anderen nur das linke Bein ergriffen; ein Mal hatte die Lähmung den Gesichtsnerven befallen und in dreien waren mit der seitlichen Lähmung gleichzeitig einzelne Fasern des N. facialis paralysirt. In manchen Fällen hatte die Sensibilität im geringern Grade gelitten, in anderen zeigte sich keine Abnahme derselben, niemals war sie gesteigert.

Die Dauer des Krankheit variirte bedeutend, indem die Lähmung in den meisten Fällen allmälig schwand; nur in dreien erfolgte der Tod.

In den meisten Fällen trat die Lähmung ohne Vorboten und nachweisbare Ursache auf. Weder Erkältung, noch mechanische Verletzungen, noch psychische Affekte hatten stattgefunden; selten liess sich eine Congestion nach dem Gehirn oder Krankheit irgend eines anderen Organes beschuldigen.

Wenn man die Lähmung blos als Ausgang von Convulsionen ansehen wollte, so müssten letztere weit häufiger der Lähmung vorhergehen und ebenso die Fälle, wo dieselbe in Paralyse übergehen, zahlreicher sein. In den meisten gehen aber keine convulsivischen Anfälle vorher. — *Bomberg* und *Laycoils* halten diejenige Lähmung, die während der Gravidität auftritt, für eine reflektorische, die ihren Grund in einer krankhaften Beschaffenheit und Reizung

## 272 XXII. Dr. Belft, Lähmung währ. d. Schwangerschaft.

der Geschlechtsorgane habe und stellen sie mit den hysterischen in eine Kategorie, doch dürfte schwerlich in allen Fällen ein solcher Anlass stattfinden. Vor Kurzem hat Simpson (Edinburgh Monthly Journal, Februar 1858.) die Obliteration der Arterien in Folge von Arteritis oder durch abgelöste Faserstoffgerinnungen, als Ursache hingestellt, doch erfolgt in solchen Fällen stets Brand der Extremitäten mit tödtlichem Ausgange.

Manche Geburtshelfer haben die Vermuthung ausgesprochen, dass die gewaltigen Anstrengungen während der Entbindung eine bedeutende Hyperämie des Gehirns und mithin eine Störung in den Functionen des Centralorgans bewirken. Wäre dies aber der Fall, so müssten Paralysen weit häufiger zur Beobachtung kommen; dasselbe gilt von dem mechanischen Drucke, den der Kopf bei schweren und langwierigen Geburten auf die Nervenstämme ausüben soll. Denn wir sehen gerade sehr oft Lähmungen auftreten, wo die Entbindung sehr schnell und leicht von statten ging.

Weit mehr Gewicht ist aber auf die Beschaffenheit des Bluts zu legen, wofür schon der Umstand spricht, dass Anämische, wo Haemorrhagien vorangegangen, geneigter zu dergleichen Affectionen sind. Von hohem Belange ist daher die Albuminurie, die in solchen Fällen beobachtet worden, und ja auch bei der Eclampsie eine so wichtige Rolle spielt. Lever sagt, dass er in keinem Falle, wo Convulsionen ausbrachen, Eiweiss im Urin vermisst habe, während bei 50 Frauen, die von derselben verschont blieben, keine Spur davon zu entdecken war. Dasselbe gilt aber auch von allen den Fällen, wo eine Paralyse sich entwickelt hatte. Hiermit stimmt die reiche Erfahrung Simpson's überein.

Bei der Behandlung solcher Lähmungen haben wir daher hauptsächlich unser Augenmerk auf die Nieren zu richten und deren normale Thätigkeit wieder herzustellen. Oertliche Blutentziehungen mittels Schröpfköpfen oder Blutegel, kleine Vesicatore, gelinde Abführmittel sind am meisten zu empfehlen, um den Congetivzustand in den Nieren zu beseitigen. Dabei müssen die Kräfte der Kranken durch nahrhafte Diät aufrecht erhalten und wo es nöthig, selbst Reizmittel verordnet werden.

## XXIII.

# Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

# Dritter Bericht,

den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend.

von

Dr. Busch.

## (Fortsetzung.)

3. Bine Frau von 36 Jahren mit rhachitischem Becken von 3½ Zoll langer Conjugata hatte schon mehrere sehr schwere Entbindungen gehabt, und war namentlich das letzte Mal durch Kephalotripsie entbunden worden (vergl. Bhachitisches Becken 7.). In der 34sten Woche der 6ten Schwangerschaft wurde nach der Methode von Hüter die känstliche Frühgeburt eingeleitet. Am 2ten Tage begannen die Wehen, am 4ten war der Muttermund vollständig eröffnet und in der Blase fand sich neben einem Fusse des Kindes die stark pulsirende Nabelschnur. Nachdem die Blase bis in die Schaamspalte herabgetrieben war, wurde sie gesprengt, die Nabelschnur reponirt, der Steiss in den Beckeneingang geleitet und die Geburt nun der Natur überlassen. Leider wich der Steiss bei den kräftigen Wehen wieder vom Bekkeneingange fort, und als nach einiger Zeit wieder innerlich untersucht wurde, fand sich die Seite des Kindes tief in das Becken getrieben und die Selbstentwicklung eingeleitet. Auf diesem Wege wurde denn das Kind todt geboren.

4. Bei einer Drittgebärenden von 31 Jahren mit rhachitischem Becken (Conjugata 8½ Zoll) wurde ebenfalls die künstliche Frühgeburt nach der Methode von Hüter einge-

Monaissehr, f. Gebarisk, 1854. Bd. IV, Hft. 4.

## 274 XXIII. Dr. Buech, Die geburtahülliche Klinik an dér

leitet. Schon am zweiten Tage traten Wehen ein, welche zu Ende des dritten Tages die vollständige Erweiterung des Muttermundes bewirkt hatten. Das Kind war durch Selbstwendung aus einer ursprünglichen hohen Querlage in die 2te Steisslage mit Vorfall einer. bedeutenden Parthie der Nabelschnur gekommen, und obwohl die Extraction sogleich und schnell ausgeführt wurde, kam das Kind doch todt zur Welt.

5. Eine kräftige Person von 33 Jahren hatte vor fünf Jahren in der Charité eine sehr schwere Entbindung durchgemacht, indem sie nach langer Dauer der Geburt durch die Zange von einem 12 Pfund schweren Knaben entbunden worden war. Da sich die von Neuem schwangere Person in der Anstalt meldete, fand sich bei der Untersuchung eine Verkürzung der Conjugata um etwa & Zoll; die Aussagen der Schwangern über die Zeit ihrer Empfängniss und die Dauer der Schwangerschaft waren ungenau und widersprechend; nach der Exploration stand sie in der 36sten Woche. Da die hedentende Ausdehnung des Bauches und die kräftige Bewegung des Kindes wieder auf eine ungewähnliche Entwicklung desselben schliessen liess, wurde die künstliche Frühgeburt beschlossen und nach der Methode von Hüter eingeleitet. Schon 3 Stunden nach dem Einlegen der Blase stellten sich leichte Wehen ein, die rusch an Kraft zunahmen und so heftig wirkten, dass nach kaum 14stündiger Dauer von Einführung der Blase an ein Kind von 9 Pfund Schwere in der ersten Schädellage lebend geboren wurde.

6. Eine Frau von 27 Jahren war drei Mal entbunden, und zwar die beiden ersten Male durch Kephalotripsie, das Ste Mal durch die künstliche Frühgeburt. Bei der jetzigen 4ten Schwangerschaft trat sie in die Anstalt, und wurde, da sich das Becken rhachitisch verbildet und eine Conjugata von 2" 10<sup>44</sup> erwies, für die künstliche Frühgeburt bestimmt. Die Untersuchung des Bauches, welcher an verschiedenen Stellen kleine Kindestheile fühlen und an entgegengesetzten Orten sowohl Fötalherzpuls als Placentargeräusch wahrnehmen liess, erweckte die Vermuthung einer mehrfachen Schwangerschaft. In den ersten 48 Stunden nach Einfüh-

rung der Blase traten dann und wann wehenartige Schmerzen ein, die jedoch jedes Mal nach Entfernung der Blase auch wieder aufhörten. Am 3ten Tage war endlich der innere Muttermund für den Finger durchgängig, und man fühlte in der Fruchtblase hoch und beweglich einen kleinen, nicht bestimmbaren Kindestheil. Wegen der geringen Entwicklung der Wehenthätigkeit wurde nun statt des Blasentampons der Pressschwamm gewählt, und ein fingerdickes Stück davon in den Muttermund gelegt, und innerlich ein Infusum Secalis cornuti gereicht. Die dreimalige Anwendung eines jedes Mal dickeren Stückes Pressschwamm hatte endlich am 5ten Tage den Muttermund zur Thalergrösse geöffnet und lebhafte Wehen hervorgerufen, weiche den Abfluss des Fruchtwassers bewirkten. Es stellte sich nun eine Frucht in 3ter Fusslage mit dem linken Fusse in einer Schlinge der Nabelschnur stehend, zur Geburt; die Nabelschnur liess sich ohne Mühe in die Gebärmutterhöhle zurückbringen, fiel jedoch nach einigen Stunden bei völliger Erweiterung des Muttermundes und kräftigen Weben in grösserer Masse wieder vor. Es wurde deshalb die Extraotion vorgenommen und das Kind lebend entwickelt. Bald stellte sich eine zweite Blase, und beweglich in dersekben wurde der Kindeskopf gefühlt, zu dessen Fixirung der Blasensprung gemacht wurde. Mit demselben fiel auch hier die Nabelschnur vor, und da sie nicht zu reponiren war wurde das Kind auf die Füsse gewendet und extrahirt' Auch dieses Kind kam lebend zur Welt, starb jedoch schon am äten Tage an Schwäche, während das erstere Kind am Leben erhalten wurde. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 19. Klinik 1845.)

7. Eine Erstgebärende von 18 Jahren, angeblich stets gesund und seit dem 14 Jahre regelmässig menstruirt, hatte ein sehr beschränktes Becken mit einer Conjugata von etwa 3 Zoll Länge. In der 86sten Schwangerschaftswoche wurde die künstliche Frühgeburt nach *Hüter* eingeleitet. Schon 7 Stunden nach Einführung der Blase stellten sich ziehende Schmerzen mit gelinden Contractionen der Gebärmutter ein; die Portio vaginalis war verstrichen, der Muttermund öffnete sich und liess deutlich den Kindeskopf über dem Becken-

### 276 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

eingange erkennen. Nach erneuerter Einfthrung der Blase entwickelten sich bald die Wehen kräftig und regelmässig, so dass schon nach 26 Stunden ein lebender Knabe geboren wurde. Das schwache, 4½ Pfund schwere und 17 Zoll lange Kind starb schon am 2ten Tage und, wie die Section ergab an Bauchfellentzündung. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 22. — Klinik 1846.)

8. Die Frau, welche unter Nr. 6. angeführt schon zwei Mal durch künstliche Frühgeburt, das letzte Mal von Zwillingen entbunden worden war, meldete sich nunmehr. 30 Jahre alt, wieder schwanger in der Anstalt. Etwa in der 34sten Schwangerschaftswoche wurde die künstliche Frühgeburt nach Hüter eingeleitet, der Blasentampon blieb jedoch bis zum dritten Tage ohne jede Wirkung und es wurde deshalb die Erweiterung und Reizung des Muttermundes durch den Pressschwamm versucht. Auch dieser versagte seine Wirkung und es wurden deshalb nebenbei in grossen Pausen vorsichtige Erweiterungen des Muttermundes mit dem Dilatatorium (von Busch) vorgenommen. Allmälig nahmen die Wehen an Kraft zu, wurden aber sehr schmerzhaft und es entwickelte sich ein entzündlicher Zustand der Gebärmutter, gegen welchen ein Aderlass, der innere Gebrauch des Nitrum, Einreibung von Ol. Hvoscvami in die Bauchdecken, laue Einspritzungen in die Scheide, ohne wesentlichen Nutzen blieben. Die Geburt schritt indessen vor. und es wurde am 7ten Tage nach der ersten Anwendung der Blase ein Kind in der Kopflage, welche sich durch Selbstwendung erster Art aus einer hohen Querlage gebildet hatte, todt geboren. Die Gebärmutterentsündung ging in das Wochenbette über, und schien nach kräftig antiphlogistischer Behandlung einen günstigen Verlauf nehmen zu wollen, als die Wöchnerin am 11ten Tage nach der Entbindung von einer heftigen Metrorrhagie befallen wurde. worauf sich Kindbettfieber entwickelte und die Frau am 7ten Tage darauf starb.

Im Allgemeinen kann das Resultat dieser 8 Fälle der künstlichen Frühgeburt hinsichts der Kinder nicht günstig genannt werden, insofern nur 2 derselben am Leben erbalten wurden, 3 todt zur Welt kamen und 4 in kürzerer

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 277

oder längerer Zeit nach der Geburt starben. Indess ist wohl zu berücksichtigen, welche üble, von der Operation unabhängige Zustände hier ihren Einfluss übten, indem ein Kind durch Selbsteintwicklung, des andere in der Steisslage mit Vorfall der Nabelschnur geboren wurde, in 2 anderen Füllen die geringe Reizbarkeit der Schwangeren einen höchst schleppenden Verlauf der Geburt veranlasste, und in dem einen derselben durch Entwicklung einer Gebärmutterentzündung die Ungunst der Verhältnisse sich noch steigerte. Degegen sprechen die Erfolge durchaus günstig für das hier angewandte Verfahren, indem es ohne grosse Unbequemlichkeit für die Frauen in keinem Falle einen nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit derselben äusserte, und in 6 Fällen die Geburtsthätigkeit in verhältnissmässig kurzer. Zeit zu gentigender Kraft erweckte. Jene beiden Fälle aber, in denen der Blasentampon nicht zum vorgesteckten Ziele führte, lehren eben nur von Neuem, wie der Geburtshelfer auch hier individualisiren und nach Umständen die Wahl des Mittels treffen muss.

Von den Entbundenen erkrankte und starb nur Eine, bei welcher verschiedene Verfahrungsarten angewendet werden mussten.

#### g) Perforation.

Die Perforation des Schädels wurde überhaupt in acht Fällen ausgeführt, und zwar 7 Mal als Vorbereitung für die Anwendung des Kephalotriben, und 1 Mal zur Verkleinerung des Kindeskopfes, der nachher mit der Zange entwikkelt wurde. Der letzte Fall, eine Erstgebärende von 42 Jahren mit rhachitisch beschränktem Becken betreffend, ist bereits früher aufgeführt worden. (Vergl. Bhachitisches Becken Nr. 20.) Die übrigen 7 Fälle finden ihre Erwähnung unter der folgenden Abtheilung: Kephalotripsie.

h) Kephalotripsie.

Die Zerquetschung des Kindeskopfes durch den Kephalotribe wurde überhaupt in 10 Fällen ausgeführt, und zwar 1 Mal in der Poliklinik 1842, 2 Mal in der Klinik und 1 Mal in der Poliklinik 1844, 1 Mal in der Klinik und 2 Mal in

## 278 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

der Poliklinik 1845, 1 Mal in der Poliklinik 1846, 1 Mal in der Klinik und 1 Mal in der Poliklinik 1847. Die Indication wurde in allen Fällen durch Einkeilung des Kindeskopfes in durch Rhachitis verbildeten und beschränkten Becken gegeben, und sind dieselben bereits unter dem Abschnitte: Bhachitisches Becken Nr. 3, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 23, 24, 25 angeführt worden. Neun Mal fand die Operation bei Kopflage der Kinder statt; 1 Mal aber hatte sich das Kind in einer regelwidrigen Lage zur Geburt gestellt, war behufs der Lageverbesserung auf die Füsse gewendet worden und es keilte sich der Kopf nach Geburt des Rumpfes in dem beschränkten Beckeneingange fest. In allen Fällen wurde die Beendigung der Geburt zuvor mit der Zange versucht, und die Kephalotripsie erst nach vergeblicher Anwendung derselben und nach dem Aufhören aller Lebenszeichen des Kindes ausgeführt. -- Von den Entbundenen starben 8 im Wochenbette. Bei der ersten entstand zuerst ein brandiges Geschwür in der Scheide, welches diese und die Blasenwand perforirte und eine Fistula vesico-vaginalis zur Folge hatte; später wurde die Wöchnerin von Pleuritis exsudativa befallen, in deren Gefolge Febris hectica eintrat, welcher die Person acht Wochen nach ihrer Entbindung erlag. Die zweite starb an Anämie in Folge eines heftigen Blutflusses in der Nachgeburtsperiode 5 Stunden nach der Entbindung; die dritte endlich starb an Peritonitis.

Die im zweiten Berichte über die Wirksamkeit des geburtshülflich klinischen Instituts aufgeführten Fälle von Kephalotripsie hier mit in Betracht gezogen, liegen nun 18 derartige Operationsfälle vor, welche den Werth dieses Verfahrens sowohl im Allgemeinen, als besonders mit den in den letzten Jahren in dem klinischen Institute eingeführten Modifikationen derzulegen geeignet sind. Die Operation ist eine für die Mutter gewaltlose und ungefährliche, und erfordert in der Regel Seitens des Geburtshelfers keinen grossen Kraftaufwand, wenn der Kephalotribe dem Zwecke entsprechend gebaut ist (s. Handbuch der Geburtskunde von Busch S. 518) und das Gehirn in reichlichem Maasse entleert wird. Der von mir modificirte Baudelocque'sche Kephalotribe entspricht durch leichte Handhabung und sichere Lage am zusammengequetschten Kindeskopie seiner Bestim-, mung vollkommen, indess hat sich auch bei seiner Anwendung herausgestellt, dass die Brößnung des Schädels und der Austritt des Gehirns beim Schliessen des Kephalotriben nicht immer erfolgt, welche Beobachtung nach dem zweiten Berichte in zwei Fählen gemacht wurde, und die sich auch in dem vorliegenden Zeitraume zwei Mal wiederhelte: Der Abfluss des Gehirns und die dachreh schwindende Elasticität des Kopfes sichern aber nicht allein die Lage des Instruments, sondern vermindern auch in hohem-Grade durch den geringen Wielerstand desselben die zur Extraction erforderliche Kraft. Bei den beiden Fällen aus den früheren Jahrgängen, in denen kein Ausfluss des Gehims stattfand, fand das Instrument keinen sicheren Halt an demselben und glitt ab; in zwei entsprechenden Fällen der Jahre 1844 und 1845 musste der Schädel des Kindes nach der vollständigen Schliessung des Kephalotribes mit dem scheerenförmigen Perforatorium geöffnet werden, um die Extraction zu ermöglichen. Um den Erfolg der Operaration zu sichern; wurde von dieser Zeit an jedes Mal die Perferation des Schädels derselben vorausgeschickt, und gelang es dann stets leicht, den zerquetschten Kopf zu entwickeln. --- Uebrigens. nahm das Gehirn in allen Fällen, wo es ohne vorausgegangene Perforation bei der Zusammenquetschung des Kopfes ausfloss, seinen Weg durch eine Augenhöhle, indem stets die weichen Schädelbedeckungen unverletzt blieben. Wenn schon hierdurch der Befürchtung, dass die scharfen Knochenränder zu Verletzungen der Geburtswege Veranlassung geben könnten, entgegengetreten wird, so wird dieselbe vollständig durch die Erfahrung beseitigt, dass die selten ganz zerbrochenen, sondern nur tief eingespringenen Knochen ihre Ränder nicht nach aussen kehren, sondern. sich aneinander und an die aus ihrer horizontalen in: eine schiefe Lage gedrängte Basis oranii legen, Demgemäss wurde auch in keinem, der vorliegenden Fälle, selbst nach: der Eröffnung des Schädels mit dem Perforatorium, eine Verletgung der Geburtswege beobachtet. -----Bei der Ausziehung des zusammengequetschten Kopfes war solieper ein kraftvoller Zug, als vielmehr eine vorsichtige

## 280 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshuffliche Klinik an der

Leitung desselben durch das Becken erforderlich, wobei es sich namentlich erfolgreich erwies, der Neigung des Instruments nach der einen oder andern Fläche nachzugeben, indem sich der mit demselben gefasste kleinere Durchmesser des Kopfes dem beschränkten geraden Durchmesser des Beokeneinganges anzäherte. In einigen Fällen legte sich das Instrument bei noch hochstehendem Kopfe so ganz auf eine Fläche, dass es entfernt und von Neuem angelegt werden musste, was stets ohne Schwierigkeit auszuführen war. Nur in einem Falle des Jahres 1844 bot der zusammengequetschte und enthirnte Kindeskopf noch so grossen Widerstand, dass man von seiner Entwicklung durch den Kephalotribe abstand, und es vorzog, das Kind jetzt noch auf die Füsse zu wenden und an denselben auszuziehen.

i) Embryotomie.

Die Embryotomie wurde nur ein Mal in der Poliklinik des Jahres 1846 als Exenteration der Brusthöhle eines in der Schulterlage tief in das Becken eingekeilten Kindes vorgenommen, worauf die Wendung auf die Füsse und Extraction ausgeführt wurde. Die Indication wurde durch Bolampsie der Kreissenden gegeben. Der Fall ist bei der Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact für die Geburt bereits angeführt.

k) Künstliche Lösung der Placenta.

Die künstliche Lösung der ganz oder zum Theile an der Gebärmutterwand ansitzenden Placenta wurde in 138 Fällen ausgeführt, und zwar wurde sie angezeigt durch folgende Zustände:

1) Abnorm feste Adhäsion der ganzen Placenta an der Gebärmutterwand, oder theilweise Lösung derselben mit Blutfluss in 87 Fällen. 2) Zögernde Lösung der Placenta aus Adynamia uteri mit Blutfluss in 34 Fällen; 3) Einsperrung der Placenta durch Krampf der Gebärmutter, bisweilen mit gleichzeitiger theilweis fester Adhäsion derselben in 17 Föllen. — Von den Entbundenen starben 4 kurze Zeit nach der Entbindung in Folge bedeutenden Blutverlustes, und zwar geb in einem Falle krampfhafte Verschlies-

#### Kenigl, Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 284

sung des Muttermundes Veranlassung, der allen Mitteln widerstand. Die Frau starb nach 12 Stunden, ohne dass die versuchte Lösung der Placenta hatte ausgeführt werden können; im 2ten und 8ten Falle leg in theilweiser Lösung der Placenta der Grund des heftigen Blutflusses, welcher 3 Stunden nach der Geburt des Kindes, nachdem die Plaeenta künstlich gelöst war, den Tod herbeiführte; im 4ten Felle wich der nach dem Ausschluss der Nachgeburt fortdauernde Blutfluss erst der Anwendung des Sandsackes, hatte aber sohon so grosse Anämie herbeigeführt, dass die Entbundene nach 4 Stunden starb.

#### c) Störungen des Wechenhettes.

;

### I. Die Wöchnerinnen betreffend.

In Bezug auf das Gesundheits-Verhältniss der Wöchnerinnen bietet der vorliegende Zeitraum der Wirksamkeit der Gebäranstalt manches Interessante, indem das Kindbettfieber in 6 Epidemieen auftrat und eine grössere Zahl von Wöchnerinnen in der Entbindungsanstalt selbst fortraffte. Es fielen diese Puerperalfieber-Epidemieen in die Jahre 1842, 1843, 1845 und 1847. Nachdem die ersten Monate des Jahres 1842 sehr günstig für die Wöchnerinnen verlaufen waren, trat im Anfange April die erste Erkrankung an Peritonitis auf, welche unter der antiphlogistischen Behandlung einen günstigen Verlauf nahm. In der Mitte desselben Monates erkrankte eine zweite Wöchnerinn an Peritonitis cum Metrophlebitide, welcher sie bald als Opfer fiel, worauf erst wieder Ende Mai eine heftige Peritonitis, aber mit Ausgang in Genesung, auftrat. Hiernach trat ein von bedeutenden Erkrankungsfällen freier Zeitraum bis zum Anfange des Monats Juli ein, wo die Peritonitis puerperalis von Neuem, und zwar mit epidemischem Charakter, auftrat, indem sie von 15 innerhalb 3 Wochen entbundenen Frauen 7 befiel und bei 6 derselben mit dem Tode endete. Día sofortige Räumung der Anstalt setzte der Epidemié ein Ziel und die während des 8 wöchentlichen Schlusses derselben vorgenommens gründliche Reinigung aller Räume

## 282 XXIII. Dr. Buech, Die geburtshulfliche Klinik an der

und Effecten in derselben hatte den günstigen Erfolg, dass bis zum Monat December, einen einzelnen Fall von Peritanitis cum Metrophlebitide im Monate October, welcher günstig endete, ausgenommen, keine Erkrankungen verkamen. Im Anfange December trat nun eine zweite heftige Epidemie von Metrophlebitis, hie und da mit Peritonitis verbunden, auf, in welcher von 24 im Monate December Entbundenen 14 erkrankten und 7 starben; in derselben Zeit wurden auch unter mehrfachen Erkrankungen von Wöchnerinnen der Poliklinik 4 derselben ein Opfer der Metrophlebitis.

Bis in die Mitte des Januar 1843 setzte sich diese Epidemie fort, forderte in der Entbindungsanstalt noch sechs Opfer in rascher Folge, und machte endlich wiederum die Räumung und Abschliessung des Instituts nothwendig, in welchem nun bis zur Mitte März keine Entbindungen mehr statt hatten. Diese Maassregel mit gleichzeitiger grundlicher Reinigung des Lokals und sämmtlicher Utensilien hatte den erfreulichen Erfolg, dess his zum August des Jahres 1845 vereinzelte Fälle, zum Theil auch schwerer Erkrankungen abgerechnet, unter denen 7 mit dem Tode endeten, das Institut vom epidemischen Auftreten des Puerperalfiebers befreit blieb. Zu dieser Zeit jedoch wurden is kurzen Zwischenräumen wieder 6 Wöchnerinnen von Metrophiebitis c. Peritonitide befallen, von denen 5 starben, weshalb die Anstalt wiederum bis zum November geschlossen wurde. Nichts destoweniger brach kurz nech der Eröffnung derselben im November die Krankheit in, ihrer bisherigen Hauptform als Metrophiebitis c. Peritonitide yon Neuem epidemisch aus, und es erkrankten bis zur Mitte Decembers von 18 in dieser Zeit Entbundenen 9, von denen 6 der Kránkheit erlagen, 3 aber hergestellt und gesund entlassen wurden. Beim Rückblick auf dieses Jahr.; die einzeln aufgetretenen Krankheitsfälle eingerechnet, stellt sich somit das Verhältniss besonders unglinstig hereus, indem 23 Fälle von bedeutenderen Wonhenbettkrankheiten vorkemen, und 12 derselben einen tödtlichen Ausgang; nahmen.

Mit dem Jahre 1846, zu dessen Anfange noch 2 Fälle von Puerperalfieber mit tödtlichem Ausgange vorkamen, nahm die Bpidemie ein Ende, und es konnte der Gesundheitszu-

### Königl. Friedr.-Wilhelm's Universität zu Berlin. 288

stand im weiteren Verlaufe des Jahres wohl befriedigene genannt werden. Anders war es dagegen im Frühjahre 1847, wo in den Monaten Februar, März, April in der Gebäranstalt fast sämmtliche, in dieser Zeit Entbundene in geringerem oder höherem Grade erkrankten, und wennsich auch nicht überall das Puerperalfieber entwickelt zeigte, fehlten doch wenigstens Störungen der Wochenbettfunctionen fast nirgend. 4 Wöchnerinnen starben in dieser Zeit. Selbst nachdem die Anstalt mehrere Wochen geschlossen gewesen und einer gründlichen Reinigung unterzogen worden war, zeigte sich das Contagium nicht ganz erloschen, und es traten noch wiederholt Erkrankungen ein, welche zwar grösstentheils zur Genesung geführt wurden, von denen aber doch 3 mit dem Tode endeten.

Trotz der wiederholten Herrschaft des Kindbettfiebere stellt sich das Verhältniss der Erkrankungs- und Todesfälle der Wöchnerinnen in dem vorliegenden Zeitraume im Allgemeinen nicht ungunstig heraus, und ist namentlich im Vergleiche zu den früheren Jahrgängen ein erfreuliches. Es erkrankten nämlich im Ganzen 232 Wöchnerinnen, von denen 64 starben, so dass also durchschnittlich von 26 Wöchnerinnen Eine erkrankte, und die 95ste Wöchnerin starb. In letzterer Beziehung war das Jahr 1842 das ungünstigste, indem hier die 51ste Wöchnerin starb, das günstigste aber das Jahr 1846, in welchem nur die 281ste Wöchnerin einer Krankheit des Wochenbettes erlag.

Die Krankheiten, an denen die Wöchnerinnen litten, waren: Ruptura perinaei 43 Mal; Entzundung der äusseren Geschlechtstheile 3; Ruptura uteri 1; Metritis 32; Endometritis 8; jauchiger Wochenfluss 5; Peritonitis 11; Metrophlebitis cum Endometritide 1; Kindbettfieber 71, und zwar: Metrophlebitis puerperalis 48; Endometritis septica 3; Peritonitis exsudativa 20; Mania puerperalis 3; Mastitis 13; Pththisis pulmonalis 1; Febris hectica 1; Pleuritis 1; Dysenteria 1; Colica inflammatoria 1; Catarrhus intestinalis 1; Febris gastrica 81; Anaemia 4. — Leichtere Erkrankungen, wie kataerhalische Affectionen der Respirationsorgane, Harnvechaltung in den ersten Tagen des Wochenbettes, Wundsein der Brustwarzen u. s. w. sind hier nicht mit eingerechnet, "so

#### 284 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshüffliche Klinik an der

wie auch einige Fälle von Syphilis, welche schon vor der Geburt zum Ausbruch gekommen war, nicht erwähnt sind, da die Kranken nach Beendigung des Wochenbettes in die Charité befördert oder anderweiter Behandlung anheimgegeben wurden.

## 1. Ruptura perinaei.

Verletzungen des Mittelfleisches in bedeutenderem Grade beim Durchschneiden des Kopfes oder der Schultern des Kindes wurden in 48 Fällen beobachtet, und betrafen fast Der Einriss erstreckte sich in keinem pur Erstgebärende. Falle bis zum Sphincter ani, sondern höchstens bis zu einem halben Zoll vor demselben. Da die Entbundenen grösstentheils von kräftiger Constitution und fleischigem Körper waren, gelang es auch in der Mehrzahl der Fälle durch dichtes Aneinanderschliessen der Schenkel und fleissiges Reinigen der innern Wundränder durch kniectionen in die Scheide die Verklebung der Wunde zu erzielen; bei hier und da eintretender Eiterung wurde die Vernarbung durch Aetzen mit Höllenstein oder die Anwendung der Präcipitatsalbe unterstützt. In 8 Fällen wurde die Vereinigung der Wunde durch die blutige Naht bewirkt, welche auch in 2 Fällen die schnelle Vereinigung herbeiführte. Im 3ten Falle, bei einer Person von laxer Constitution, trat jedoch schlechte Eiterung ein, und die Heilung der Dammwunde gelang gar nicht.

## 2. Entzündung der äussern Geschlechtstheile.

In drei Fällen entwickelte sich in den ersten Tagen des Wochenbettes entzundliche Anschwellung der äussern Geschlechtstheile mit heftigen Schmerzen verbanden. Die Veranlassung lag in zweien dieser Fälle in anhaltendem Drucke und Spannung dieser Theile beim langsamen Durchtritte eines starken Kindeskopfes; im Sten in einem tiefen Einrisse der linken grossen Schaamlippe am hintern Drittheile. Ueberschläge mit Infus. flor, Chamomiliae genägten zur Beseitigung der entzundlichen Geschwulst; die Wunde der Schaamlippe vernarbte schnell.

### 3. Ruptura uteri.

Zerreissung der Gebärmutter kam in dem einen Falle vor, welcher schon bei der Zangenoperation Nr. 2. angeführt ist. Die Frau starb schon 48 Stunden nach ihrer Entbindung an ausgedehnter Peritonitis.

#### 4. Metritis.

Von Entzündung der Gebärmutter wurden 33 Wöchnerinnen befallen. Die Krankheit war in der Mehrzahl der Fälle von geringerer Intensität und erreichte nur in einzelnen, wo zugleich das Bauchfell in grösserer Ausdehnung entzündlich afficirt war, eine bedenkliche Höhe, endete aber in keinem Falle mit dem Tode der Erkrankten. Eine nachweisbare Ursache zur Erkrankung, als Erkältung, Diätfehler, traumatische Binflüsse bei der Geburt n. dergl., liess sich fast nie nachweisen, insofern fast alle Geburten ohne Kunsthülfe verliefen, und nur in einigen Fällen leichte Zangenoneration, in Rinem die künstliche Entfernung der Placenta nothwendig gewesen war, die Wöchnerinnen auch in den ersten Tagen nach ihrer Entbindung erkrankten, in welcher Zeit sie mit besonderer Aufmerksamkeit vor schädlichen äusseren Einflüssen behütet wurden. In einer Beihe dieser Fälle von Metritis, welche wie auch mehrfach Peritonitis der Puerperalfieber Epidemieen vorausgingen, und in die kürzeren Pausen zwischen den letztern fielen. scheint eine unvollkommene Entwicklung des Puerperal - Missma's zum Grunde gelegen zu haben, wie dies z. B. im Jahre 1847 hervortrat, wo eine grosse Zahl leichterer Erkrankungen neben dem eigentlichen Kindbettfieber herging, und im Jahre 1845, wo eine Reihe solcher Fälle der Epidemie vorausging. Die Behandlung war antiphogistisch: wiederholte Applikation von Blutegeln auf den Unterleib, Einreibungen der grauen Queoksilbersalbe, warme Breiumschläge auf denselben. Bei der in der Regel quantitativ und qualitativ gostörten Lochiensekretion Einspritzungen von leichten aromatischen Aufgüssen in die Scheide, denen bei foetider Beschaffenheit jener Aq. oxymuriatica zugesetzt wurde. Innerlich wurde neben milden darmeröffnenden Mitteln Calomel

t

## 288 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshukliche Klinik an der

und kleine Dosen Tartarus emeticus in Auflösung oder in Emulsionen gereicht; und in einzelnen Fällen, wo das begleitende Fieber zum nervösen Charakter hinneigte, Ipecacuanha und Salzsäure. — Im Jahre 1844, das von dem epidemischen Auftreten des Kindbettfiebers frei blieb, wurde, während einzelne Wöchnerinnen an ausgebildeter Metritis litten, bei andern in den ersten Tagen des Wochenbettes fieberhafte Aufregung bemerkt, welche in 7 Fällen einen so hohen Grad erreichte, dass schwere Erkrankungen befürchtet wurden. Die zeitige Einleitung einer antiphogistischdisphoretischen Behandlung genügte jedoch, das Fieber zu beseitigen, ohne dass sich ein örtliches Leiden entwickelte.

## 5. Endometritis.

Diese Krankheit wurde in 8 Fällen beobachtet, welche nicht in der Zeit der Kindbettfieber-Epidemieen lagen, und endete in dreien mit dem Tode der Erkrankten. Bei den fünf zur Genesung geführten Kranken fand sich bei mässiger Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der Gebärmutter entsprechendes Fieber, mehr oder weniger heftiger Blutandrang nach dem Kopfe, und profuser, äusserst stinkender Einige Blutegel oberhalb der Schaambeine Wochenfluss. angesetzt, Einreibungen der grauen Quecksilbersalbe, öfter täglich wiederholte Einspritzungen aromatischer Aufgüsse, bisweilen mit Liquor Chlori gemischt, in die Scheide und Gebärmutter; innerlich leicht abführende, kühlende Mittel, und im Anfange einige grosse Gaben Calomel genügten zur Hebung des Uebels. In einem Falle des Jahres 1844 führte diese Behandlung jedoch nicht zum erwünschten Ziele. Derselbe betraf eine Frau von 30 Jahren mit mässig im Eingange beschränktem Becken, welche zum 4ten Male niedergekommen war, und nach 31stündiger Dauer der Geburt ohne Kunsthülfe einen asphyktischen Knaben geboren hatte, der gleich nach der Geburt starb. Schon am Tage nach der Entbindung fieberte die Frau stark; das Bewusstsein war etwas getrübt, der Uterus ausgedehnt und schmerzhaft und die Lochien höchst übelriechend, die Haut trocken und heiss. Vier Mal wurden an diesem und dem folgenden Tage Blutegel auf den Unterleib gesetzt, ohne Besse-

#### ..... Königi. Friedr.-Wilhelm's-Universitik zu Berlin. 297

1

rung zu hewizken; im Gegentheile steigerte sich das Fieber and der Bauch trieb bedeutend. auf, bis nach einigen grassen Gaben Calomel reichliche dünne Stühle erfolgten. Mit dem gleichzeitigen Abgange vieler Blähungen sank der Bench zusammen, die Gebärmutter contrahirte sich und der Schmerz liess nach; dagegen behieft der kleine Puls eine Frequenz von 140 Schlägen in der Minute, die Zange blieb trocken, der Wochenfluss profus and stinkend, das Sensorium getrübt, während Milchsegretion gar nicht, und Schweiss wenig vorhanden war. Ein Blasenpflaster auf den Rauch und der innere Gebrauch, eines Infus, cort. Chinae mit Salzsäure vermochten nicht, die Zunahme der Schwäche zu verhindern, die Kranke starb em 5ten Tage nach ihrer Entbindung, Bei der Section fand sich in Kopf- und Brusthöhle nichts Krankhaftes. In der Bauchhöhle war wenig seröses mit Eiterflocken gemischtes Exaudat; das Peritonäum streifenweis geröthet, mit einer dünnen Exsudatschicht locker bedeckt. : Die noch sehr ausgedehnte Gebärmutter in ihrer Substanz gesund, die Schleimhaut derselben aber, namentlich nach den Seiten des Grundes hin, in eine braune, brandige Jauche absondernde Fläche verwandelt. -- Der Verlauf der Krankheit in den beiden andern tödtlich geendeten Fällen, welche dem Jahre 1848 angehören, war im Wesentlichen derselbe, nur bedeutend rapider, in respective 48 Stunden und 16 Stunden nach: der Entbiadung mit dem Tode endend. Die beiden Enthundenen waren Mehrgebärende ven 88 Jahren und 39 Jahren, und zwar wurde die Erstere wegen Vorfall der Nabelschnur bei Kopflage des Kindes durch Wendung desselben auf die Fusse und Extraction, die Andere nach 4tägiger Dauer der Geburt wegen Beckenbeschränkung durch die Zange entbunden. Bei der Section fand sich ebenfalls die innere Fläche der Gebärmutter in putrescirtem Zustande.

Ohne hervorstechende entzündliche Erscheinungen, aber doch bei deutlich entwickeltem Fieber war ausserdem noch bei 5 Wöchnerinnen der Wochenfluss jauchig und ätzend, so dass die äusseren Geschlechtstheile wund wurden und sich mehrfach selbst tiefgehende, putride Geschwüre an denselben und dem Damme bildeten. Neben der Anwen-

١

dung von Injectionen aromatischer Aufgüsse mit Liquor Chlori wurden die Geschwüre mit rother Präcipitatsalbe verbunden und während des Wochenbettes zur Heilung gebracht.

## 6. Peritonitis.

Entzündung des Bauchfelles ohne eigentlichen Charakter des Kindbettfiebers kam 11 Mal zur Beobachtung, war in 9 Fällen leichteren Grades, oder wenigstens nicht in ausgedehntem Maasse entwickelt, endete aber in 2 Fällen mit dem Tode der Wöchnerinnen. In der Regel entwikkelte sich die Krankheit in den ersten Tagen des Wochenbettes, ohne dass immer die Veranlassung zu ihrem Entstehen bestimmt nachgewiesen werden konnte. In 4 Fällen konnte die Art der Geburt und ihre Dauer als veraniassendes Moment angenommen werden, indem 1 Mal die Entwicklung des Kopfes mit der Zange, 1 Mal die Wendung des Kindes auf die Füsse und Extraction, 1 Mal dieselbe Operation nach Exenteration der Brusthöhle, und 1 Mal die künstliche Lösung der fest adhärirenden Placenta ausgeführt worden waren. In einem andern Falle bekam eine Wöchnerin am 10ten Tage nach ihrer Entbindung einen Darmbruch. der sich einzuklemmen drohte und nach dessen Reposition Peritonitis eintrat, und endlich überladete sich eine Wöchnerin am 10ten Tage nach der Entbindung, als sie vollkommen wohl bereits das Bett verlassen hatte, an einem ihr heimlich zugesteckten Kuchen den Magen, und erkrankte schon am folgenden Tage an tödtlich endender Peritonitis. Die Behandlung war stets die antiphlogistische, und bestand, je nach der Intensität der Krankheit in allgemeinen und örtlichen, oder blos örtlichen Blutentziehungen, in der Anwendung der grauen Quecksilbersalbe zu Einreibungen und der Cataplasmata emollientia zu Umschlägen auf den Bauch, in dem innern Gebrauche des Calomel und des Tartarus emeticus in kleinen Gaben. In einem Falle zeigten sich die nasskalten Ueberschläge über den Bauch, ein- bis zweistündlich erneuert, von sehr gutem Erfolge. -Was die beiden tödtlich verlaufenen Fälle betrifft, so wurde der eine derselben durch Ueberladung des Magens veran-

lasst, die schnelle Entwicklung exsudativer Peritonitis und den Tod zur Folge hatte. Der andere Fall betraf die Person, bei welcher wegen eclamptischer Zufälle die Exenteration der Brusthöhle und dann die Wendung auf die Füsse und Extraction vorgenommen worden war, und deren schon bei Gelegenheit der Wendung auf die Füsse als Beschleunigungsact für die Geburt und bei der Embryotomie erwähnt ist. Nach der Entbindung befand sich die Wöchnerin ziemlich gut und lag ruhig im Bette. Während andauernd kalte Umschläge auf den Kopf gemacht wurden, trat jedoch einige Zeit später ein neuer Anfall von Eclampsie ein, und zugleich eine Metrorrhagie, welche fast Durchnässung des Strohsackes, auf dem die Wöchnerin lag, mit Blut bewirkte: der etwas schmerzhafte Uterus war weich und teigig. Indess erholte sich die Wöchnerin nach dem Anfalle wieder und fühlte sich mehrere. Stunden wohl; mit der einbrechenden Nacht steigerten sich aber Fieber und Schmerzhaftigkeit des Bauches, welcher am folgenden Morgen meteoristisch aufgetrieben war. Ausserordentliche Angst und Unruhe quälten die Kranke; der Puls war klein und sehr frequent, der Athem erschwert, und unter Steigerung dieser Zufälle trat am Abend des zweiten Tages nach der Entbindung der Tod ein.

#### 7. Metrophlebitis c. Endometritide.

Venenentzündung der Gebärmutter mit Eiterbildung in derselben, und gleichzeitige Erkrankung der Schleimhautfläche derselben wurde im Jahre 1844 ein Mal beobachtet. und stand als Folge eines schwierigen Geburtsverlaufes, frei von miasmatischen Einflüssen isolirt da Bei einer Frau von 28 Jahren, welche 2 Mal geboren hatte, und das letzte Mal durch Wendung und Zangenoperation entbunden worden war, hatte auch jetzt bei der Sten Geburt wegen Armschulterlage das Kind gewendet und extrahirt werden müssen, bei welcher letztern Operation der Kopf in dem um ¿ Zoll beschränkten Beckeneingange stecken geblieben war. Nach vergeblichem Versuche, die Zange an den hochstehenden Kopf zu legen, gelang es endlich, denselben mit den Händen zu entwickeln, auch das asphyktische Kind zu Monataschr. f. Geburtsk. 1854. Bd. IV. Hft. 4. 19

## 290 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

beleben. Am Tage nach der Enthindung entwickelten sich bei der Wöchnerin Schmerzen in der Gebärmutter, namentlich der linken Seite derselben, mit starkem Fieber, wogegen die zweimelige Anwendung von einer grossen Zahl Blutegeln sowie die stündliche Gabe von 1 Gran Calomel an diesem und dem folgenden Tage keinen Erfolg hatte. Die entzündlichen Erscheinungen steigerten sich im Verlaufe der folgenden Nacht, wo durch Unvorsichtigkeit des wartenden Personals statt des Calomel einige Dosen Pulvis Doweri gereicht wurden, welche Narcose der Kranken zur Folge hatten. Es gelang zwar, diese bald zu beseitigen, indess sanken die Kräfte der Kranken schnell, und trotz wiederholter örtlicher Blutentziehungen, sowie des fortgesetzten Gebrauches des Calomel, das auch Salivation bewirkte. trieb der Bauch meteoristisch auf, die Schmerzen nahmen zu und es trat anhaltende Diarrhöe ein. Beim Gebrauche kühlender Arzneien --- roborirende Mittel wurden nicht vertragen - hörten am 9ten Tage der Krankheit die Schmerzen im Bauche ganz auf; dagegen traten bei zunehmender Schwäche der Kranken Respirationsbeschwerden ein, welche nur vorübergehend durch Vesicatorien und Senfteige gemindert werden konnten, und am 11ten Tage erfolgte der Tod. - Bei der Section erwiesen sich die Organe der Kopf- und Brusthöhle gesund, und ebenso die der Bauchhöhle ausser der Gebärmutter und ihren Anhängen. In der Substanz der Gebärmutter, namentlich am Fundus und der linken Seite zeigten sich die Blutgefässe mit Eiter gefüllt; die Schleimhaut war aufgelockert und mit dickem, braunem, stinkendem Exsudate bedeokt. Der linke Eierstock, mit welchem ein Zipfel des grossen Netzes verklebt war, fand sich vergrössert, und in eine Eiterhöhle verwandelt.

## 8. Kindbettfieber.

. . .

Wie schon oben ausgeführt ist, gestaltete sich der vor-Hegende Zeitraum in Bezug auf des Kindbettfieber keineswegs günstig, indem es wiederholt, mit Ausnahme der Jahre 1844 und 1846, epidemisch auftrat und eine verhältnissmässig grosse Zahl von Opfern forderte. Die hier aufgeführten Fälle gehören grösstentheils den Epidemisen selbst

an oder lagen denselben so nahe, dass sie als Vorläufer oder Ausläufer derselben betrachtet werden können, wofür auch das Uebereinstimmende der Symptomenreihe und die Sectionsresultate sprechen.

Die Formen, unter denen das Kindbettfieber auftrat, waren: Metrophlebitis, Endometritis septica, Peritonitis exsudativa, von denen die erstere, die Metrophlebitis, die Grundform sämmtlicher Epidemieen bildete, mit welcher Peritonitis und Endometritis in einzelnen Fällen vereint auftraten, aber auch für sich bestehend neben derselben vorkamen. — Die Tödtlichkeit der Krankheit war gross, indem unter 71 davon ergriffenen Wöchnerinnen 50 starben und 21 wieder hergestellt wurden, und zwar fielen von den Erkrankungen 29 in das Jahr 1842, 11 in das Jahr 1843, 19 in das Jahr 1845, 2 in das Jahr 1846 und 10 in das Jahr 1847.

Dem Ausbruche des Kindbettfiebers möglichst vorzubeugen, insofern derselbe durch Anhäufung schädlicher Stoffe aus den Secretionen und Ausdünstungen des Wochenbettes begünstigt werden könnte, wird in der Entbindungs-Anstalt stets Sorge getragen, die Zahl der gleichzeitig verpflegten Wöchnerinnen dahin zu beschränken, dass ein Theil der für sie bestimmten Räume vor der jedesmaligen Wiederbenutzung acht bis vierzehn Tage unbewohnt und dem freien Luftzuge ausgesetzt bleibt. Findet eine Erkrankung statt, so werden die neu Entbundenen in möglichst von der Kranken entfernte Räume gelegt und jede Communication zwischen ihnen abgeschnitten; im Falle sich aber die Erkrankungsfälle häufen, wird die Anstalt für einige Zeit ganz geschlossen. Trotz dieser Vorsichtsmassregeln, zu welchen noch die jährlich im Herbste vorgenommene gründliche Reinigung sämmtlicher für Wöchnerinnen und Schwangere bestimmten Räume und Utensilien kommt, die sich bis auf die neue Tünchung der Wände erstreckt, brach doch das Kindbettfieber in der vorerwähnten Weise wiederholt aus.

# a) Metrophlebitis puerperalis.

1

Unter dieser Form trat das Kindbettfieber in 48 Fällen auf, und zwar vorzugsweise zur Zeit seiner epidemischen

## 292 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Herrschaft. Die Erkrankung trat in der Regel zwischen dem 1sten und 5ten Tage des Wochenbettes ein, und zwar gewöhnlich mit einem Frostanfalle, dem Hitze mit trockner Haut, Kopfschmerz, grosse Aengstlichkeit, frequenter voller Puls, mehr oder minder bedeutender Schmerz in der geschwollenen Gebärmutter folgten. Je nachdem das Bauchfell in grösserem oder geringerem Grade an der Erkrankung Theil nahm, was nicht in allen, wiewohl in der Mehrzahl der Fälle statt hatte, wurde der Bauch gespannt, schmerzhaft und meteoristisch aufgetrieben. Die Milch- und Lochiensecretion erlitt dabei nicht immer eine Störung; die erstere dauerte in einzelnen Fällen während des ganzen Krankbeitsverlaufes fort, die letztere blieb bisweilen ungestört, in einigen Fällen wurde sie unterdrückt, in den meisten nahm sie eine jauchige Beschaffenheit an. Bei dem gewöhnlich rapiden Verlaufe der Krankheit, welche meist bis zum 7ten Tage mit dem Tode endete, selten wochenlang anhielt, wie es bei den in Genesung übergehenden Fällen stattfand, sanken die Kräfte der Kranken schnell, das Gesicht collabirte und zeigte schon früh einen charakteristischen Ausdruck tiefen Leidens; in den meisten Fällen stellten sich colliquative Durchfälle ein und das Fieber nahm einen typhösen Charakter an. - Was die vielfach als charakteristisch für die Venenentzündung aufgeführten wiederkehrenden Frostanfälle betrifft, so wurden dieselben nicht immer beobachtet, und fehlten z. B. in den Jahren 1842 und 1845 fast ganz, während sie im Jahre 1848 in der Regel vorhanden waren. Ebenso war nicht in allen Epidemien das Sensorium gleich stark afficirt. Im Beginne der Krankheit war in der Regel grosse Aufregung mit Hastigkeit der Bewegungen und heftiger lebhafter Sprache vorhanden, welche sich allmälig verlor, während sich entweder ein soporoser Zustand ausbildete, oder Klarheit des Bewusstseins wiederkehrte, das selbst bis kurz vor dem tödtlichen Ende der Krankheit andauerte. - Die Behandhung war im Allgemeinen antiphlogistisch. Die allgemeinen Blutentziehungen, welche im Jahre 1842 noch in ausgedehnterem Maasse angewendet wurden, bewährten sich nicht in der gehofften Weise, indem der Verfall der Kräfte der damit

behandelten Kranken augenscheinlich schneller eintrat, übrigens aber im Verlaufe der Krankheit eine günstigere Gestaltung nicht damit erzielt wurde. Man wendete sich deshalb in den späteren Jahren mehr den örtlichen Blutentziehungen durch Blutegel zu, welche Anfangs in grosser Zahl zu 30 bis 40 Stück, später in geringerer Anzahl aber wiederholt angesetzt wurden. Nächstdem bildete das Ouecksilber in Form der grauen Salbe äusserlich, und in der des Calomel innerlich angewendet das Hauptmittel. Gelang es durch ihren Gebrauch Salivation hervorzurufen, so pflegte die Krankheit eine günstige Wendung zu nehmen; leider trat diese Wirkung aber verhältnissmässig nur selten ein, dagegen häufiger profuse Diarrhöen, welche den Gebrauch des Calomel nicht weiter zuliessen. Ausserdem wurde innerlich der Tartarus emeticus in kleinen Gaben in einfacher Solution oder in Oelemulsion gegeben, auch in einigen Fällen von besonders vermehrter Herzthätigkeit und Erregung im Gefässsysteme Infus. Digitalis mit Liquor kali acetici, auch der letztere mit Agua Laurocerasi in Mixtur. Aeusserlich wurden ferner warme Breiumschläge in der Regel wenigstens mit Brleichterung angewendet; nur im Jahre 1845 wurden an ihrer Stelle die kalten feuchten Ueberschläge auf den Bauch versucht, welche 2stündlich erneuert wurden. Eine wesentlich günstigere Wirkung, als sie bei den warmen Breiumschlägen beobachtet wird, konnte bei ihrer Anwendung nicht gefunden werden; im Gegentheile waren sie oft den Kranken lästig und wurden von Einzelnen derselben nur mit Widerstreben ertragen, weshalb in den späteren Jahren zu den warmen Breiumschlägen zurückgekehrt wurde. Nahm das Fieber einen typhösen Charakter an, so kamen die Mineralsäuren, auch in Verbindung mit China, Serpentaria u. dergl. in Gebrauch; in einigen Fällen wurde auch das Oleum Terebinthinae versucht, aber nicht vertragen, sondern von den Kranken wieder ausgebrochen. ---Bei der Section fand sich in allen Fällen Eiter in den Venen der Gebärmutter, besonders am Grunde und den Seitenrändern derselben; die Tuben waren mehr oder weniger entzündet, und ebenso in einigen Fällen die Ovarien, von denen das eine oder andere reichlich Eiter enthielt. Bei

293

# 294 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

mehreren der Kranken hatte zugleich Endometritis stattgefunden und es fand sich die Schleimhaut der Gebärmutterhöhle aufgelockert, mit einer schmierigen braunen, stinkenden Masse bedeckt, in welche sie zum Theil übergegangen war. In anderen Fällen, in denen zugleich Peritonitis in grösserer Ausbreitung geherrscht hatte, fanden sich die Spuren derselben am Bauchfelle und bedeutende Massen serösen mit Eiterflocken gemischten Exsudats in seiner Höhle; die Baucheingeweide mit dichten Exsudatmassen bedeckt, die Darmwindungen mehr oder weniger fest dadurch verklebt. In einigen aber seltenen Fällen, wo das Sensorium früh ergriffen war, und ein soporöser Zustand längere Zeit angedauert hatte, wurde auch Exsudat auf den Hirnhäuten gefunden.

Die Entbindung der an Metrophlebitis erkrankten Personen war in der Mehrzahl ohne Kunsthülfe erfolgt, und ihre Dauer hatte das normale Maass nur in der kleinern Zahl überschritten. In 16 Fällen hatte die Geburt, wie schon oben in einer übersichtlichen Tabelle ausgeführt ist, über 36 Stunden gedauert, und ihre Verzögerung in dynamischen Störungen besonders der beiden ersten Geburtsperioden gefunden. Bei 7 Geburten war ein operativer Eingriff nöthig gewesen, und zwar war 3 Mai die Zange angelegt, 2 Mal die Wendung der Kinder auf die Füsse ausgeführt, 1 Mal die Kephalotripsie gemacht, und 1 Mal die Frühgeburt künstlich eingeleitet worden. Von den an Metrophlebitis erkrankten Wöchnerinnen starben 35, und wurden 13 geheilt.

## b) Endometritis septica.

In 3 Fällen von Kindbettfieber bildete die innere Fläche der Gebärmutter den eigentlichen Heerd der Krankheit, an welchem sich nach dem Tode, der den Ausgang bildete, wesentliche Veränderungen fanden. Verlauf und Behandlung der Krankheit mögen hier im Speciellen berichtet werden.

1. Im Jahre 1842 waren bei einer 27jährigen zum 7ten Male schwangern Frau im letzten Monate der Schwangerschaft wiederholt starke Metrorrhagieen eingetreten, welche

die an sich schwächliche Frau noch mehr herunterbrachten. in Placenta praevia centralis ihren Grund hatten, und mit dem Bintritt der Geburt in erneuter Heftigkeit wiederkehr-Als die Hülfe der Anstalt in Anspruch genommen ten. warde, lag die Frau bereits in Ohnmacht und wurde schnell durch Wendung und Extraction des Kindes entbunden. Die Frau erholte sich nach der Entbindung wieder, fing aber an zu fiebern, klagte über Schmerz in der Gebärmutter, deren unterer Theil auch bei der Berührung von der Scheide aus schmerzhaft war; dabei wurde der Wochenfluss jauchig. und stinkend. Kleine örtliche Blutentziebungen und der innere Gebrauch des Calomel schienen Anfangs den Zustand zu bessern. Indess bald nahm das Fieber den typhösen Charakter an, die Kräfte der Kranken verfielen beim Gebrauche der Mineralsäuren, der China u. s. w. und einer roborirenden Diät, allmälig mehr und mehr, und der Tod. trat 6 Wochen nach der Entbindung ein. - Die Section ergab jauchige Zerstörung der Schleimhaut der Gebärmutter, welcher Prozess zum Theil in die Substanz der Gebärzoutterwand selbst eingedrungen war.

2. Eine Wöchnerin von 30 Jahren erkrankte im Jahre 1846 am Tage nach ihrer 3ten regelmässig verlaufenen Entbindung. Es stellten sich leichte Schmerzen im Unterleibe dicht über den Schambeinen mit einem Frostanfalle ein. welchem Hitze und Schweiss folgten; die Schmerzen steigerten sich allmälig, der Wochenfluss wurde stinkend und es trat nach einem Klystier Diarrhöe ein. Wegen der Steigerung der Entzündungserscheinungen wurden Blutegel auf den Unterleib gesetzt und innerlich eine Mohnsamenemulsion mit Brechweinstein und Opiumtinktur verordnet. Der Zustand besserte sich hiernach, indess nur vorübergehend; am folgenden Tage wurde der Puls klein und schnell, 140 Schläge machend und ungleich; der Bauch trieb tympanitisch auf und war sehr empfindlich; dabei viel Durst, Schweiss und stinkende Lochien. In der folgenden Nacht trat unter Zunahme des Fiebers Erbrechen ein, das sich im Laufe des Tages mehrmals wiederholte; die Kranke collabirte, wurde bei stärkerer Auftreibung des Bauches von Dysphöe gequält und starb am Abend des 4ten Tages nach

# 296 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

der Entbindung. — Bei der Section fand sich das Bauchfeil am untern Theile entzündet, in seiner Höhle wenig seröses, und an einigen Stellen eiterartiges Exsudat, das an den Darmwänden anklebte. Die Gebärmutter von normaler Grösse und Struktur, nach der rechten Tube hin stark geröthet. Die Schleimhaut mit einem braunrothen, dicken, stinkenden Exsudat überzogen, an der hintern untern Fläche in der Ausdehnung von etwa 3 Zoll im Durchmesser erkrankt und etwa 1 Linie tief braungrau degenerirt, die Placentarstelle normal.

3. Im Jahre 1847 war ein Mädchen von 23 Jahren zum 1sten Male entbunden und hatte Zwillinge geboren, von denen der erste ein wohlgebildeter Knabe von 6 Pfd. Gewicht, der zweite aber eine todtfaule Frucht unbestimmten Geschlechts von etwa viermonatlicher Entwicklung war. Die Geburt hatte 45 Stunden gedauert, in der 5ten Periode war heftige Metrorrhagie eingetreten, wodurch gegen 3 Pfd. Blut verloren gegangen waren, und wegen welcher die Placenta künstlich gelöst und entfernt werden musste. Die sehr ermattete Wöchnerin fiel am zweiten Tage in Fieber mit mässig vollem, 120 Schläge frequentem Pulse; die Haut wurde trocken, die Gebärmutter mässig schmerzhaft, äussere Geschlechtstheile und Scheide heiss, geschwollen und empfindlich. Der Wochenfluss war normal, die Brüste turgescirten stark. Verordnet wurden Fomentationen der Geschlechtstheile mit Kamillenaufguss, Injectionen desselben in die Scheide, innerlich Kalisaturation. Nachdem drei Mal Stuhl erfolgt und in der Nacht abwechselnd Schlaf eingetreten war, steigerte sich am Morgen das Fieber, die Schmerzhaftigkeit der Gebärmutter nahm zu und nach einem heftigen Schüttelfrost wurde der Wochenfluss stinkend. Es wurden 12 Blutegel auf den Unterleib, später Cataplasmata angewendet, die Injectionen fortgesetzt und innerlich kleine Gaben Brechweinstein gereicht. Es erfolgten zwei flüssige Stuhle, um die Mittagszeit ein neuer Schüttelfrost; der kleine, flüchtige Puls machte 140 Schläge; die Ränder einer Dammwunde wurden missfarbig. Die so sehr leidende Wöchnerin erfuhr um diese Zeit durch den plötzlichen Tod ihres Kindes eine tiefe Gemüthserschütterung und wurde bald

•

## Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 24

derauf von einem neuen Schüttelfroste befallen, der eine halbe Stunde anhielt; |zugleich erfolgte wieder ein reichlicher flüssiger Stuhl. Schon vorher war zur Auflösung des Brechweinsteins Opiumtinktur gesetzt, und den Injectionen von Kamillenaufguss Aqua oxymuriatica beigegeben; jetzt wurde ein Infusum Rad. Serpentariae mit Acidum muriaticum verordnet, aber erfolglos angewendet. Die Kranke starb Abends 11 Uhr, 50 Stunden nach ihrer Entbindung. Bis zu dem letzten Augenblicke waren bedeutendere Störungen des Sensoriums nicht eingetreten. - Bei der Section fand sich in dem wenig aufgetriebenen Bauche eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, und das Bauchfell normal. Die Gebärmutter war stark ausgedehnt, schlaff und weich; in ihrer Substanz mürbe, von missfarbigem, braunröthlichem Aussehen. Die Blutgefässe entleerten auf der Schnittfläche dunkles, schwärzliches Blut, am Gebärmutterhalse eine dünne hellbraune jauchige Flüssigkeit. Die ganze innere Fläche der Gebärmutter war von einem dicken, schwarzbraunen, schmierigen Exsudate bedeckt, das am dicksten am Halstheile aufgelagert war. Die Schleimhaut war aufgelockert und von gleicher Färbung, eben so waren die Schleimhaut der Scheide und die Ränder der Dammwunde. Die breiten Mutterbänder, Tuben und Ovarien waren mehr." als gewöhnlich geröthet. -- Die Organe der andern Höhlen waren gesund, nur fand sich im Herzbeutel etwas mehr Flüssigkeit als gewöhnlich.

### c) Peritonitis exsudativa.

Die Entzündung des Bauchfelles wurde zu den Zeiten, wo das Kindbettfieber in den Jahren 1842, 1845 und 1847 herrschte, bei 20 Wöchnerinnen beobachtet, von denen 12 an dieser Krankheit starben, 8 aber wieder davon genasen. In 7 Fällen beschränkte sich die Entzündung auf den serösen Ueberzug der Gebärmutter und der zunächst gelegenen Theile, in den anderen verbreitete sie sich aber fast über das ganze Bauchfell, entwickelte sich sohnell zu grosser Intensität und war immer schon kurze Zeit nach ihrem Eintritte von reichlicher Exsudation und Meteorismus begleitet. In den meisten Fällen stellten sich im Verlaufe der Krank-

297

# 298 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

heit erschöpfende Diarrhöen ein, welche in den unglücklich endenden bis zum Tode andauerten, dessen nahes Bevorstehen sich stets durch wiederholtes Erbrechen spinatgrüner, zuletzt brauner Massen ankündigte. -- Die Behandlung der Peritonitis war im Wesentlichen die der Metrophlebitis; mehr oder weniger starke Antiphlogose durch allgemeine und örtliche Blutentziehungen, milde Abführmittel im Beginne der Krankheit, Calomel, Tartarus stibiatus, Cataplasmata, im Jahre 1845 kalte Ueberschläge über den Bauch, Einreibung der grauen Ouecksilbersalbe in den Bauch und die innere Fläche der Schenkel. Bei sehr reichlichem Exsudate wurden grosse Blasenpflaster auf den Bauch gelegt. Bei bedeutendem Meteorismus Ueberschläge von Kamillenaufguss mit Essig. Gegen die profusen Diarrhöen wurden schleimige, emulgirende Mittel und Opium gebraucht. Bei der Section fand sich stets reichlich seröses Exsudat, in einigen Fällen von schmutzig brauner Farbe, in der Bauchhöhle, welches mit grossen eiterartigen Flocken gemischt war, die zum Theil die Baucheingeweide bedeckten; die letztern auch von festen Exsudatmassen wie mit einer Haut überzogen; die Darmschlingen mehr oder weniger fest mit cinander verklebt. Das Bauchfell zeigte in seiner ganzen Ausdehnung Spuren der Entzündung; das grosse Netz war immer verdickt, in einigen Fällen mürbe, und stellenweis leicht zu zerbröckeln, bisweilen auch mit einem Zipfel am einen oder andern Eierstock adhärirend. Der Darmkanal war von Gas ausgedehnt, ausser Auflockerung der Schleimhaut aber sonst nichts Abnormes darbietend. In 2 Fällen aus dem Jahre 1845, in denen besonders heftige Diarrhöe vorhanden gewesen war, fand sich das Colon zusammengefallen, und die Schleimhaut desselben, namentlich auf der Höhe der Falten, theils entzündet und mit Exsudat bedeckt, theils geschwürig ergriffen. In dem einen dieser Fälle war auch die Schleimhant des mit brauner Flüssigkeit gefüllten Magens aufgelockert und weich, von grauer Farbe, sowie die innere Fläche der Gebärmutter, namentlich im Umkreise des Halses, dick mit schwarzgrauem Exsudate bedeckt.

In einem der mit Genesung endenden Fälle bildete sich, nachdem die Heftigkeit der Entzündung gebrochen war, ein Abscess zwischen dem Bauchfell und den Bauchdecken, welcher sich nach längerer Anwendung von erweichenden Umschlägen nach aussen öffnete. Die Heilung ging sehr langsam vor sich und erfolgte erst nach mehreren Wochen.

# 9. Mania puerperalis.

Im Jahre 1847 wurden drei Frauen von Mania puerperalis befallen:

a) Bine Person von 30 Jahren, welche zum 2ten Male in der Anstalt leicht geboren hatte, litt in den ersten Tagen des Wochenbettes an Diarrhöe mit leichtem Fieber, wobei die Entleerung der Urinblase mit dem Katheter bewirkt werden musste. Nach 9 Tagen verliess sie vollkommen Nach einem unruhigen Schlaf in der folwohl das Bett. genden Nacht zeigte sich die Wöchnerin theilnahmlos gegen die Umgebung, das Auge war starr, und erst auf wieder. holt an sie gerichtete Fragen folgte endlich eine mürrische Antwort. Im Laufe des Tages fand sich allmälig Unruhe ein, und gegen Abend vollständige Tobsucht bei hochrothem Gesicht und Auge, he<sup>i</sup>ssem Kopf, trockner heisser Haut, mässig vollem, hartem Pulse von 110 Schlägen. Nur unter Aufwendung grosser Kraft konnte die Kranke soweit gebåndigt werden, dass es gelang, einen Aderlass von 16 Unzen zu machen und 16 Blutegel an Stirn und Schläfe zu setzen: ausserdem wurden kalte Ueberschläge über den Kopf gemacht und innerlich Solutio tartari stibiati gr. vj ad Zvi, 3stündlich zu einem Esslöffel voll, und dazwischen einige Dosen Calomel gereicht. Erst gegen Morgen trat ein unruhiger Schlaf von kurzer Dauer ein. Im Laufe des Tages nahm die Unruhe der Kranken ab, die tobenden Delirien wurden milder und leise, der Puls schwächer, frequenter, schneller und unregelmässig, und es trat Sopor ein, in welchem die Kranke ruhig entschlief. - Bei der Section fand sich das Gehirn fest und gespannt, wie aus der Schädelhöhle hervorquellend. Die harte Hirnhaut glatt, stärker als gewöhnlich geröthet, ihre venösen Gefässe, sowie die grossen Blutleiter von Blut strotzend; die pia mater war etwas trübe und ödematös. Die Substanz des Gehirns, an dessen Oberfläche und Basis sich kein Exsudat fand,

### 300 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

war von normaler Festigkeit, zeigte auf der Schnittfläche zahlreiche Blutpunkte, aber in keiner Höhle fand sich Exsudat oder sonst etwas Abnormes. - Die Lungen waren bis auf die hintere Fläche, welche hyperämisch war, ganz gesund; das Herz von einer dicken Lage Fett bedeckt, in der Wandung des linken Ventrikels hypertrophisch (& Zoll dick), sonst gesund. Die Organe der Bauchböhle bis auf den Dickdarm gesund; das Coecum und Colon adscendens stark aufgebläht, die Wände verdickt, die innere Fläche derselben von schwärzlich-grauer Farbe, die Schleimhaut verdickt, härtlich und bröcklich; hin und wieder fanden sich geröthete Stellen und Blutaustritt unter die Schleimhaut. Der Anfang des Colon transversum zeigte einzelne entzündete Stellen der Schleimhaut, welche sich gegen die Curvatura sinistra hin verloren, von wo an der Darm wieder gesund war.

b) Eine Wöchnerin von 26 Jahren, welche zum ersten Male leicht aber etwa 4 Wochen zu früh geboren hatte, erkrankte am 7ten Tage nach der Entbindung an einem gastrischen Fieber, wogegen zuerst Ricinusöl und eine Kalisaturation, nach Zunahme der gastrischen Bracheinungen aber am folgenden Tage ein Brechmittel gegeben wurde. Die Kranke fühlte sich hiernach erleichtert. In der Nacht steigerte sich jedoch das Fieber bedeutend; das Gesicht wurde dunkelroth, die Augen lichtscheu, der Puls weder hart, noch voll, stieg auf 140 Schläge; dazu kamen heftige Delirien: die Kranke schrie und sang abwechselnd und schlug mit Händen und Füssen um sich. Unter grosser Widersetzlichkeit der Kranken wurden 15 Blutegel an den Kopf gesetzt, Eisumschläge gemacht und zweistündlich 2 Gran Calomel gereicht, worauf Stuhlgang und einige Ruhe eintrat. Dagegen wurde jetzt der etwas aufgetriebene und gespannte Leib schmerzhaft, weshalb auch hier 12 Blutegel angesetzt, Cataplasmata aufgelegt, und neben kleinern Dosen Calomel kleine Gaben Tartarus stibiatus in Solution gereicht wurden. In der folgenden Nacht traten jedoch wieder heftige Delirien ein, in denen sich namentlich grosse Abneigung der Wöchnerin gegen ihr Kind kund gab, das sie von sich stiess und das man vergeblich an ihre Brust zu legen

versuchte. 12 Blutegel an die Schläfe und Fortsetzung der bisher gebrauchten Mittel führten bald Beruhigung herbei, welche nun unter wiederholt eintretenden flüssigen Stühlen und gelinden Schweissen stetig zunahm. Die Schmerzbaftigkeit des Bauches war am 6ten Tage der Krankheit ganz verschwunden, Lochien- und Milchsecretion waren normal, der Puls auf 80 Schläge gesunken. Hastigkeit und Unsicherheit in den Bewegungen verloren sich im Laufe der nächsten Wochen, während welcher noch hin und wieder leichte Anfälle von Delirien sich einstellten, die jedoch immer leicht zu beseitigen waren. Einige Gedankenschwäche machte sich auch bei der Entlassung der Wöchnerin noch bemerkbar, welche 4 Wochen nach Beginn der Krankheit erfolgte.

c) Bei einer Frau von 37 Jahren, welche zum dritten Male, und zwar jetzt durch Wendung und Extraction des Kindes, entbunden worden war, traten am 3ten Tage des Wochenbettes ohne örtliche Krankheitserscheinungen Delirien ein, welche einen milden und sanften Charakter hatten und nach mehrwöchentlicher Dauer allmälig nachliessen.

# 10. Mastitis.

Leichtere Entzündung der Brüste und Brustwarzen, sowie Wundsein der letzteren kam in grösserer Zahl vor und wurde durch Einreibung von fettem Oele in die Brust, Einhüllen derselben in Watte, kühle Waschungen der Brustwarzen, bei Geschwürsbildung an denselben Betupfen mit Höllenstein u. s. w., leichte Abführungen beseitigt. In 13 Fällen trat die Entzündung in grösserer Ausbreitung und Intensität auf, und zwar immer mit der Neigung zu Abscessbildung, welche trotz antiphlogistischer Behandlung sich bald kund gab, und dann durch Cataplasmata emollientia unterstützt wurde. Mit Ausnahme eines Falles erlitt die Lactation keine Unterbrechung.

# 11. Phthisis pulmonum.

Bine Frau hatte schon längere Zeit an tuberkulöser Lungenschwindsucht gelitten, als sie zum 6ten Male schwanger wurde. Während der Schwangerschaft waren die

,

## 302 XXIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Zeichen der Brustkrankheit mehr zurückgetreten, erschienen aber nach der Entbindung in höherem Grade wieder und führten die Wöchnerin schnell dem Tode zu.

# 12. Febris hectica.

Eine Person von ausgeprägt phthisischem Habitus, welche wegen Beckenbeschränkung durch die Kephalotripsie entbunden worden war, bekam im Wochenbette ein brandiges Geschwür in der Scheide, in dessen Verlaufe eine Fistula vesico vaginalis entstand. Dieses Uebels wegen wurde die Person nach übrigens gutem Verlaufe des Wochenbettes noch in der Anstalt zurückgehalten, als sie von einer heftigen Pleuritis befallen wurde, welche zwar bald beseitigt wurde, aber Febris hectica zur Folge hatte, an welchem die Kranke in der neunten Woche nach der Entbindung starb. (Vergl. Rhachitisches Becken Nr. 10.)

## 13. Pleuritis.

Ein Mädchen von 21 Jahren wurde am 3ten Tage nach ihrer ersten und leichten Entbindung von Fieber mit gastrischen Erscheinungen und Empfindlichkeit des Bauches begleitet befallen, welche sich nach einem Brechmittel schnell verloren. Zwei Tage später entwickelte sich Pleuritis linker Seite, wogegen 2 Mal blutige Schröpfköpfe epplicirt, dann ein Blasenpflaster gelegt und innerlich Tartarus stibiatus zu 4 Gran in 6 Unzen Wasser gelöst esslöffelweise gegeben wurde. Nachdem hierdurch die Entzündung gehoben war, wurde noch gegen heftig auftretende Diarrhöe eine Emulsio sem. papaveris mit Tinct. thebaica mit schnellem Erfolge gebraucht.

## 14. Dysenteria.

Eine Wöchnerin von 21 Jahren wurde am 5ten Tage nach ihrer etwas langsam aber nicht schwer verlaufenen Geburt nach einer Erkältung von Ruhr befallen; die Stühle waren häufig, blutig und mit ausserordentlich schmerzhaftem Tenesmus verbunden. Bei dem Gebrauche eines Infus. rad. Ipecacuanhae mit Acidum phosphoricum und Tinct. thebaica nahmen die Durchfälle allmälig an Häufigkeit und übler Beschaffenheit ab, und hörten beim späteren Gebrauche von Amylum-Klystieren mit dem Tenesmus ganz auf. Die Kräfte der Kranken waren so bedeutend geschwächt, dass sie erst nach 5 Wochen als genesen betrachtet werden konnte.

## 15. Colica inflammatoria.

Eine Wöchnerin wurde nach einer Erkältung von entzündlicher Kolik befallen. Blutegel und warme Umschläge auf den Bauch, nebst dem innern Gebrauche von Emulsionen hoben das Uebel bald.

## 16. Catarrhus intestinalis.

Bei einer Wöchnerin trat am Tage nach der Entbindung reichliche und häufige Diarrhöe von Schleim ein, durch welche sie sehr geschwächt wurde. Bei dem Gebrauche eines Infusum rad. Ipecacuanhae mit Ammonium muriaticum genas sie in wenigen Tagen.

# 17. Febris gastrica.

Gastrisches Fieber kam bei 31 Wöchnerinnen vor, war aber immer nur leichterer Art, so dass eine einfache Behandlung zu seiner Beseitigung ausreichte. Diese bestand in der Darreichung eines Brechmittels und dem spätern Gebrauche des Salmiaks und des Kali aceticum, abwechselnd mit milden Abführmitteln.

## 18. Anämia.

Vier Wöchnerinnen, deren schon bei Gelegenheit der Blutungen in der 5ten Geburtsperiode und des Krampfes der Gebärmutter in derselben Erwähnung geschehen ist, starben schon 3-5 und 12 Stunden nach ihrer Entbindung an Erschöpfung in Folge bedeutenden Blutverlustes.

(Schluss folgt.)

-----

2 1 1 X

• .

# XXIV.

# Notizen aus der Journal-Literatur.

Spitzer in Marseille: Bemerkung über die Wirkung des Mutterkornes und über den Mechanismus bei der Geburt, vom anatomisch-physiologischen Gesichtspunkte.

Verf. hält bei allen Fortschritten in der Anatomie und Physiologie in den letzten Jahrhunderten den Mechanismus bei der Umbildung der Gebärmutter während der Schwangerschaft noch für ungelöst, und die Bedingungen, unter welchen sie bei der Geburt so bedeutende Kräfte entwickelt, noch für räthselhaft. Er stützt seine Meinung auf folgende Betrachtungen: 1) Es lassen sich viele Erscheinungen während der Schwangerschaft, Entbindung und nach der Geburt nicht auf die gewöhnliche Weise erklären und es ist die Thätigkeit der Gebärmutter anderer Art, als die anderer Muskeln. 2) Man kann nicht annehmen, dass die plötzliche schmerzlose Abnahme des Bauchumfanges am Ende der Schwangerschaft von der Abnahme des Gewichts des Inhalts herrühre, da das Gewicht nicht immer gleich ist, die Erscheinung aber immer su derselben Zeit eintritt, sei der Fötus gross oder klein. 3) Es ist schwer zu fassen, dass ein Organ in einem so kleinen Raume einen Muskelapparat von so bedeutender Kraft einschliessen kann. 4) Warum wirken die Anästhetica nicht lähmend auf den Uterus, während die Thätigkeit des Herzens doch so bedeutend afficirt wird? 5) Woher gebären z. B. phthisische Frauen noch im Zustande der Agonie? 6) Aeussere Reize, wie Reiben, Kneten und dergi. bewirken beim schwangeren Uterus Verkleinerung; sie sollen seine Thätigkeit erwecken, Contractionen hervorrufen, während dieselben Manipulationen auf andere Muskeln beruhigend und lähmend wirken. 7) Galvanische Strömungen bewirken während des Lebens im Uterus Contractionen; nach dem Tode haben sie keine Wirkung auf das Uteringewebe, während andere Muskeln auch nach dem Tode afficirt werden u. s. w.

Die von *Henle* und *Kilian* in der schwangeren Gebärmutter mikroskopisch gefundenen Muskelfasern, Muskelbündel und Muskellagen erkennt S. nicht als solche an, weil ihm diese mikroskopischen Muskeln nicht stark genug sind, um den Fötus aussutrei-

#### XXIV. Notizen aus der Journal-Literatur.

ben, weil es ihm unerklärlich ist, was aus diesen Muskelparthieen eine halbe Stunde nach der Geburt geworden ist, wo man sie mit dem Mikroskop nicht mehr findet, weil sie endlich die physiologischen und physikalischen Eigenschaften der Muskelfasern nicht haben. Er betrachtet diese Fasern nur als das Gerüst des Gefüssgewebes des Uterus, was sich ausser der Schwangerschaft im Zustande eines Filzes zusammengeballt findet und sich während der Schwangerschaft entwickelt. Dies Gewebe ist im Zustande der zunehmenden Turgescenz bis zur Höhe der Gravidität und der Mechanismus der Gebort besteht darin, dass dies turgescirende Gefässgewebe unter Bluterguss sich verkleinert, dass die Gebärmutter decongestionirt, auf ibren Normaletat zurückgeführt und während dieses Geschäfts durch die eigne Kraft des Uterus die Frucht ausgetrieben wird. Die Mithülfe der Bauchpresse hat nur eine Nebenrolle in der Art, wie bei der Fäcal- und Urinentleerung. Alle auf die Verkleinerung des Uterus angewandten äusseren Reizmittel, Reiben, Pressen, Kneten, kalte Umschläge auf den Bauch, kalte Injectionen u. s. w. wirken nur in sofern, als sie die Congestion mildern und heben. So allein wirkt auch das Mutterkorn und befördert die zögernde Rückbildung. Es wirkt bei der Geburt auf die physiologisch vergrösserten Gefässe und selbst wenn durch die längere Dauer der Geburt diese Entwickelung einen pathologischen Character annimmt und zur rechten Zeit auf der Höhe der Schwangerschaft angewandt, erreicht man mit kleinen Dosen den Zweck und beugt dadurch Metrorrhagien und Puerperal-Metritis vor, während eine zu frühe Anwendung und zu starke Dosis Gefahr für Mutter und Kind bringen.

Die Erkenntniss des Verf.'s, dass das Mutterkorn namentlich das Kaliber krankhaft erweiterter Gefässe verkleinert, hat denselben veranlasst, es in den verschiedeusten dahin gehörenden Krankheiten mit Nutzen anzuwenden. Derselbe theilt 8 Krankengeschichten mit, welche zeigen, wie bei Hämorrhagien des Rectums, bei Metrorrhagien, bei Epistaxis das Mutterkorn innerlich und äusserlich sowohl, als auch als Lavement und Niesepulver angewandt, auffallend schnell und anhaltend geheilt hat, ebenso hat es sich bei chronischen Catarrhen, bei chronischen Diarrhöen, bei Lungenblutungen u. s. w. bewährt.

Der Verf. nennt das Mutterkorn ein blutstillendes Mittel par excellence. Es heilt die Uterinblutungen nicht, weil es den Uterus sich zu contrahiren treibt, sondern weil es durch Verengerung der abnorm erweiterten Gefässe den Uterus auf seinen Normalzustand führt, denn auch bei Jungfrauen, wo keine Contractionen nöthig sind, werden die Blutungen geheilt.

Honatsschr. f. Geburtsk. 1854. Bd. IV, Hft. 4.

Die Ante- und Retroversionen des Uterus beruhen auf einer partiellen ungleichförmigen Turgescenz des Gefässgewebes, so wie die Einschnürungen der Placenta im Uterus ebenfalls darin ibren Grund haben. Darum seigt sich auch in diesen Krankheiten das Mutterkorn nützlich.

Alle seine Erfahrungen geben ihm die Ueberzeugung, dass die primitive Wirkung des Mutterkorns nicht auf das Nervensystem geht, sondern in Vermittelung der Sensibilität direct das Gefässsystem ergreift.

(Gazette médicale de Paris 1854. Nr. 31. 32.)

Reiche in Magdeburg: Ueber die Hysterotomie.

Verf., ein Vertheidiger des Kaiserschnittes, den er 3 Mal mit Glück für Mutter und Kind ausgeführt hat, giebt einige für den günstigen Erfolg wichtige Regeln. Vor Allem will er die Operation, wo sie angezeigt ist, nicht lange aufschieben, namentlich nicht ihr andere die Kräfte der Gebärenden und des Kindes erschöpfende Operationen vorausschicken. Die Auwendung des Chloroforms beim Kaiserschnitt verwirft Verf., weil dasselbe durch die so häufig hervorgerufenen convulsivischen Bewegungen der Gebärenden höchst störend wird. Die Naht bewirkt Verf. mittels langer Insektennadeln, die gewöhnlich empfohlenen langen Heftpflasterstreifen verwirft er als unnütz und schädlich, und hält eine einfache Bauchbinde für zweckmässiger, meist aber auch für unnöthig, wenigstens für den Anfang. Das in den untern Wundwinkel einzulegende, von allen Autoren empfohlene Bourdonnet oder Sindon ist unnütz und schädlich, da es den beabsichtigten Abfluss der Sekrete nicht fördert und das Bauchfell zur Entzündung reizt. In einem Falle begegneten dem Verf. mehrere ungewöhnliche Erscheinungen, welche eine Mittheilung verdienen. Bei der 4 Fuss grossen rhachitischen Person betrug die Conjugata noch nicht 2 Zoll, das Wasser war bereits abgeflossen, das Kind lebte. Operation und Wochenbett verliefen durchaus günstig. Nach einem Jahre bildete sich 2 Zoll unterhalb des Nabels in der Bauchwundennarbe eine nadelknopfgrosse Oeffnung, aus welcher 3 Tage hindurch Blut sickerte, zusammen etwa 1 Esslöffel voll; dann schloss sich die Oeffnung und die Menses begannen in gewöhnlicher Weise und auf gewöhnlichem Wege mehrtägig su fliessen. Diese Zustände wiederholten sich alle Monate. Eine lange Sonde in die Fistelöffnung geführt, gelangte in den Uterus und durch den äusseren Muttermund in die Scheide. Die Portio vaginalis war mit ł

1

I

i.

ŧ.

ż

i

1

1

ė

۶

£

5

ė

3

İ

der vorderen Bauchwand verwachsen und hoch bis über das kleine Becken binaufgezogen. Sechs Jahre nach der Ausführung des Kaiserschuittes war die Frau wieder schwanger geworden. Die Bauchwunde und mit ihr die vordere Wand des Uterus hatte sich 11 Zoll lang geöffnet, ein etwa 10 Wochen alter Fötns war entleert und das Blut so reichlich aus der Wunde geflossen, dass die Frau bleich und auf's höchste erschöpft war. Die Blutung wurde durch Tamponade gestillt, die Vaginalportion stand jetzt auffallend tief in der Führungslinie des kleinen Beckens, die Sonde ging denselben Weg, wie früher. Die Kranke erholte sich allmälig, setzte sich aber einer heftigen Erkältung aus und starb am 23sten Tage am Typhus. Die Section ergab eine Beckenconjugata von 14 Zoll Länge, der Uterus zeigte die Eigenthümlichkeiten einer unlängst überstandenen Geburt, die Portio vaginalis betrug jedoch reichlich Diese Länge hatte sie im Laufe der Jahre erreicht und 4 Zoll. war deshalb so tief in's kleine Becken wieder herabgetreten.

(Deutsche Klinik Nr. 33, August 1854.)

### Angulo: Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind.

Die folgende Beobachtung liefert einen merkwürdigen Beweis von der geringen Einwirkung grosser Wunden auf gewisse Individuen. Auch zeigt sie wiederum die schon oft gemachte Erfahrung, dass die Frauen auf dem Lande den Kaiserschnitt viel leichter überstehen, als in Städten und Krankenhäusern, weshalb mehrfach vorgeschlagen worden ist, die Frauen, welche durch den Kaiserschnitt entbunden werden sollen, auf das Land zu schicken und dort die Operation auszuführen. - Der Verf. wurde am 11ten Januar d. J. zur Giovanna Ardunna, 3 Lieues von Navia, gerufen. Er fand eine 37 jährige Erstgebärende, von schwächlichem Körperbau und einer Grösse von 3 Fuss. Das Becken war verbildet, die Conjugata mass nur 2 Zoll. Die Geburt war rechtzeitig, währte schon seit 4 Tagen, die Blase war gesprungen, der Kopf lag hoch über dem Becken, war sehr geschwollen, die Wehen waren häufig und anhaltend. Die Auscultation wies ein lebendes Kind nach. Die einzig mögliche Entbindungsweise war der Kaiserschuitt, der auch sogleich von der Kreissenden gestattet wurde. Assistenten waren bei der Entfernung des Ortes nicht zu beschaffen, die Kranke lehnte das Chloroform ab, so dass Verf. sich allein an die Operation machte, und dieselbe glücklich und ohne allen Unfall zu Ende führte. Es wurde ein mittelgroases le-

20\*

bendes Mädchen geboren, der Uterus sog sich nach der Entfernung der Placenta gut zusammen, die Vereinigung der Wunde gelang vollkommen. Die Entfernung des Ortes gestattete dem Verf. nicht, die Kranke so oft, wie er gewünscht hätte, su besuchen. Am Sten Tage fand er sie ohne Fieber, der Wochenfluss ging gut, die Milch war reichlich vorhanden, so dass er annahm, dass die traumatische Reaction in den vorausgegangenen Tagen nur gering gewesen sein könnte. Am 13. Tage war die Wunde bis auf eine kleine Stelle verheilt, die Nähte wurden entfernt. Gauterisationen schlossen sehr bald die noch wunde Stelle und am 25. Februar konnte die Kranke als vollständig gesund bezeichnet werden.

(El Porvenir medico 5. April 1854 und Gaz. hébdom. Nr. 43, 28. Juli 1854.)

Mackmurdo: Fall von Markschwamm des Ovariums. Geschwürsböhlen, mit dem Mastdarm communicirend.

----

Eine Frau von 34 Jahren starb im Thomas-Hospitale einen Monat nach der Aufnahme. Die Leiche war ausnehmend mager. Die Organe des Beckens waren alle miteinander verwachsen und mussten im Ganzen entfernt werden. Blase und Uterus waren gesund, letzterer von einer grossen Geschwulst in der linken Bekkenhälfte zur Seite gedrückt. Der rechte Eierstock und Eileiter waren gesund. Die Schleimhaut der Scheide war ulcerirt und brandig, aber nicht durchbohrt. Die vordere und linke Seite des Mastdarms zeigte eine grosse brandige, zerrissene Geschwürsöffnung von drei und einem halben Zoll Länge und zwei Zoll Breite, die zu den Cysten des Ovarientumors führte. Die ganze Geschwulst war offenbar Markschwamm, aber sehr verändert durch Blutergüsse, seröse Infiltrationen und den Erweichungsprocess. Sie erwiess sich auch mikroskopisch als Markschwamm.

(Mirror of Lancet, May. 21. 1853. Vol. I. p. 473.)

## *Irwin:* Fall von Eierstockskrankheit mit erfolgreicher Behandlung.

Eine Dame von 27 Jahren, Mutter von 4 Kindern und Wittwe, war vor 2 Jahren auf Besuch in Edinburgh gewesen, wo sie einen heftigen Anfall von Bauchfellentzündung erlitten hatte, die nach der Ansicht von Dr. Simpson und Dr. G. Bell eine vielfächerige Geschwulst des Eierstocks zur Ursache hatte. Eine sehr active Behandiung wurde für nötbig befunden, obwohl die Diagnose durch nachträglich entdeckte fäkale Anbäufungen etwas unbestimmt geworden war. Sie hatte von dem indischen Clima gelitten und spürte gelegentlich Anschwellung und Schmerz im unteren Theile des Leibes, wegen deren sie einen berühmten Arst in Dublin consultirte. Am 16. December 1852 nahmen die Erscheinungen einen ernsten Charakter an und Verf. wurde gerufen.

Er fand Patientin bleich und ängstlich mit kalten Extremitäten, kleinem, hartem Pulse und Paroxysmen von Schmerz, die in der vergangenen Nacht hysterische Anfälle und Ohnmacht zur Folge gehabt hatten. Die Eingeweide waren durch Ol. Ricini offen erhalten worden. Der Harn machte gewöhnlich einen Absatz; die Catamenien waren Monate lang spärlich und unregelmässig gewesen. Bei der Untersuchung fand man zwei Geschwülste in der rechten hypogastrischen Gegend, eine von der Grösse einer Faust lehnte nach der Mittellinie zu, die andere von Taubeneigrösse war mehr nach links gelagert. Beide waren beweglich und sehr empfindlich. Die Diagnose wurde auf Entzündung des rechten Oyariums und des Uterus mit beginnender Peritonitis gestellt. Es wurden Blutegel auf die Geschwülste gesetzt und die Blutung durch Fomentationen und das warm aufgelegte Spongiopilin unterhalten. Hyoscyamus und Camphor; Kali bicarb. und Spirit. Ammon. compos. gaben bald Linderung, der Puls wurde etwas voller und weicher und die Schmerzen vermindert. Am folgenden Tage war eine bedeutende Besserung eingetreten, die Geschwülste waren bedeutend kleiner, am dritten Tage aber mussten die Blutegel wiederholt werden. Nach Besserung der Symptome erhielt sie von der folgenden Mixtur 2 Mal täglich eine Unze: By Kali hydrojodic. gr. xxiv: Kali bicarbon. 3ij. Mixturae Camphorae Zviij. m. - Starke Jodtinctur wurde jeden zweiten Tag auf die Geschwülste gestrichen. Der Kranken wurde Flanell zu tragen verordnet. Gelegentliche Flatulenz mit Schwäche wurde durch Carminativa beseitigt. Am 3. Januar begann sie den Syrup. ferri jodat. in Dosen von 20 Tropfen 3 Mal des Tages eine Stunde nach den Mahlzeiten zu nehmen. Die lokale Applikation des Jods wurde fortgesetzt. Dr. Churchill billigte die Behandlung. Die Geschwülste verkleinerten sich stetig. Nach 14 Tagen wurde sie von Frost und Fieber mit Schweissen befallen. Sie erhielt Ferrum citr. cum Quinino in Brausemischung, und das Ferrum carbonic. sachar., da man die Catamenien erwartete. Die kalte Douche wurde auf die Hüften applicirt. Die bald eintretenden Catamenien brachten am zweiten Tage eine dunkle übelriechende Absonderung mit sich, ob diese aber in einer Verbindung mit den aufgesogenen Anschwellungen gestanden, kann

#### 310 XXIV. Notizen aus der Journal-Literatur.

Verf. nicht behaupten. Die Patientin erholte sich bald zu vollständiger Gesundheit.

(Lancet, June 25. 1853. Vol. I. p. 579.)

Gray: Bericht über die Section einer Ovariencyste, welche Hirn enthielt.

Die Patientin war 28 Jahre alt und starb im St. Georges-Hospital am Typhus. Die Vagina war gesund, der Uterus etwas grösser als gewöhulich, und seine Muskelschichte verdickt, seine innere Membran war von einer sehr gefässreichen villösen Memhran überdeckt, welche der Decidua glich. Die runden Bänder waren beide normal. Der rechte Eileiter liess sich ungewöhnlich erweitern und enthielt eine dünne, blutige Flüssigkeit. Das rechte Ovarium war gesund, ebenso der linke Eileiter. Das linke Ovarium war in eine Cyste von der Grösse einer Orange verwandelt, deren Wände aus einem Bauchfellüberzug und aus einer Membrana propria mit Gefässen, aber ohne Epithel bestand. Der obere Theil der Cyste enthielt einige kurze braune Haare, die untere Hälfte enthielt eine andere Cyste, die eine gelbliche, eitrig aussehende Flüssigkeit mit körniger Fettmasse von Honigconsistens, schuppiges Epithel und damit vermengte hellbraune Haare einschloss. Das Fett wurde flüssig in einer Temperatur, die niedriger als die des lebenden Körpers war. Die Haare waren mit ordentlichen Zwiebeln in der Cystenwand eingepflanzt. Ein Theil der unteren Cvstenwand sah der Oberfläche eines Kopfes ähnlich. Eine dicke Lage Schuppenepithel, vermischt mit Fett, bedeckte die Oberfläche, in der viele Fettdrüsen eingebettet waren; ein Hundstahn stand aus der Haut hervor; unterhalb sass er in einem von Knochenhaut überzogenen Knochenstücke. Eine dritte Cyste sass neben diesem Knochenstücke, war etwa von der Grösse einer Wallnuss, und hatte eine sehr dünne gefässreiche Wand, die nach Art der pia mater Maschen bildete. Der Inhalt dieser Cyste hatte alle Eigenschaften von Hirn. Unter dem Mikroscop sah man die gewöhnlichen Elemente der Nervensubstanz, variköse Nervenröhren, gemischt mit den Elementen der grauen Substanz, Kerne und gekörnte Zellen mit körnigem Inhalt. Eine fünfte kleine Cyste hatte einen unbestimmten Inhalt, dem der vorigen wenig ähnlich. Gray theilt den Fall mit, da nach seinem Wissen Nervensubstanz noch nicht als im Inhalt von Ovariencysten befindlich beschrieben worden sei.

> (Verbandlungen der Medic. et Chirurg. Society. June 28. 1853. — Bericht in Lancet. Aug. 27. 1853.)

Teale: Ovariotomie, Tod und Section.

Mary Clapham, 21 Jahr alt und unverheirathet, wurde am 15. Märs 1854 in die Leeds General Infirmary wegen einer grossen schmerzhaften Geschwulst des Bauches aufgenommen. Sie war blass und mager, gab an, seit ihrem 17ten Jahre menstruirt gewesen zu sein und blieb es bis zum August 1852, wo ein Magenübel und Schmerz im Unterleibe ihr viel zu schaffen machten. Bald darauf bemerkte sie die Geschwulst im Leibe.

Im Juli 1853 entfernte ihr Arzt, Mr. Gardiner zu Guisely, 52 Schoppen (Pints) Flüssigkeit durch den Troikart aus der Geschwulst, die sich indessen bald wieder füllte, sodass die Operation im October 1853 wiederholt werden musste; ebenso im Januar und Februar 1854. Die Zwischenräume swischen den Operationen waren demnach erst 16 Wochen, dann nur 7 Wochen.

Mr. Teale diagnosticirte Cystenwassersucht des Abdomens. Die Geschwulst erstreckte sich bis zu den Rippenknorpeln und dem Brustbein; vorn auf ihr konnte einige Zolle über dem Nabel das quere Colon deutlich gesehen werden; man bemerkte die Veränderungen seiner Ausdehnung, wenn Luft oder Fäces hindurchgingen. Am 28. März, 5 Wochen nach der letzten Operation, entfernte Mr. Teale mit Hülfe des Troikarts abermals 36 Pints Flüssigkeit. Am folgenden Tage war der Leib schlaff, aber in seinem unteren Theile konnte eine feste, runde Geschwulst gefühlt werden, die beinahe bis sum Nabel reichte. Die Geschwulst war daher eine vielfächerige aus einer grossen Cyste und einer oder mehreren kleineren bestehend. Die Uterussonde ergab, dass sich der Uterus unabhängig von der Geschwulst bewegen liess.

Durch das Resultat dieser Untersuchung, die Abwesenheit jedes anderen organischen Leidens, die Jugend der Kranken, die sich schnell vermehrende Nothwendigkeit des Wasserabzapfens, die stetig fortschreitende Abmagerung und dann den drängenden Wunsch der Kranken und ihrer Angehörigen zu einer operativen Eutfernung der Geschwulst, der auch noch fortwährend sich äusserte, nachdem mau ihnen die Gefahr des Versuchs auseinandergesetzt hatte, durch alle diese Umstände bewogen, entschloss sich Mr. Teale, nach einer Consultation mit seinen Collegen Mr. Smith und Mr. Samuel Hey, zur Operation. Am 3. April wurde Pat. ins Operationszimmer gebracht, dessen Temperatur auf 80°F. erhöht worden war. Der Schnitt durch die Mittellinie und Linea alba war 4" lang. Der Operateur brachte sodann einen Finger in die Bauchhöhle, um die Geschwust von den früheren Stichpunkten, wo sie angewachsen war, abzulösen. Der Verdünnung wegen, die

## 812 XXIV. Notizen aus der Journal-Literatur.

die Theile durch die Ausdehnung erlitten hatten, war Mr. Teale nicht ganz sicher, ob er auch die beiden Peritonäalflächen von Cysten und Bauchwand trenne; und er schnitt daher ein Paar Fasern der die Geschwulst bildenden Membran durch, die dünn wie Papier und durchscheinend, den flüssigen Inhalt der Cysten zu sehen erlaubte. Er hatte diese Membran kaum mit dem Messer berührt, als ein reichlicher Erguss von Wasser, etwa 20 Pints, die Cyste als geöffnet anzeigte. Erst nach dieser Entleerung wurde die Cystenwand von der Bauchwand getrennt, und die Hand konnte nun frei in die Bauchhöhle vordringen. Zwei oder drei kleinere Cysten wurden nun geöffnet und ihr Inhalt entleert. Der Stiel war bald erreicht; er sass in dem rechten Eierstock und breiten Bande, und war etwa zwei Daumen dick. Die Bauchwunde musste nun etwas erweitert werden. Dann wurde eine doppelte Ligatur durch und um den Stiel gelegt und die Cyste darauf entfernt. Die Bauchwunde wurde oberhalb durch die gewohnliche Knopfnaht, unterhalb aber durch die umschlungene Naht vereinigt, wo der Stumpf des Stiels mit den Ligaturen aus der Bauchwunde stand und an die Nadeln der umschlungenen Naht befestigt wurde.

Patientin wurde in ihr Zimmer, 80 ° F. warm gebracht; sie war schwach und hatte Schmers im rechten Bein. Sie bekam 20 Tropfen Opiumtinctur und dann 10 "Tropfen alle 4 Stunden. Eiswasser als Getränk.

5 Uhr, 3 Stunden nach der Operation. Sie hat 3 Mai etwas Wasser und Schleim erbrochen, klagt über Durst und Schmers am rechten Ober- und Unterschenkel.

10 Uhr. Erbrechen weniger häufig.

4. April, 8 Uhr Morgens. Puls schnell, hart und dünn. Sie war in der Nacht sehr vom Erbrechen heimgesucht. Das Opium wurde ausgesetzt und Ammoniak gegeben. Etwas Brandy schien das Brechen zu vermehren.

Sie sank allmälig und starb um Mittag.

Section, 10 Stunden nach dem Tode. Körper mager, Oberfläche blutleer, Abdomen schlaff und ohne Tympanitis. Die Wunde war in ihrer ganzen Länge durch Adhäsion vereinigt. Das Nets wurde fest an die Bauchwand angewachsen gefunden und war so innig mit dem Bauchfell und der Fascia transversalis verschmolzen, dass diese drei Membranen scheinbar nur eine einzige bildeten, die sich nicht in ihre Urtheile zerlegen liess. Ebenso war das Quercolon fest mit der vorderen Bauchwand verwachsen. In der Bauchhöhle fanden sich mehrere Pints Flüssigkeit, die mit Blut tiefgeröthet war und einige grosse Blutklumpen enthielt. Die Quelle dieser Blutung schienen einige Gefässe des verwachsenen Netzes su sein, die mit der Bauchwand durchschnitten worden waren, aber keinerlei Blutung verursachten während der Operation. Der rechte Eierstock und Eileiter waren entfernt worden. Die Ligaturen lagen fest um den Stiel, zum Bewgis, dass dieser die Quelle der Blutung nicht hatte sein können. Er war etwa einen halben Zoll von der Gebärmutter unterbunden. Das Bauchfell war roth durch Berührung mit dem ergossenen Blute, zeigte aber keine Spur von entzündlicher Exsudation. Der Magen war gross und durch alte Adhäsionen mit dem Zwerchfell verwachsen. Die concave Fläche der Leber war von einer Lage organisirten Exsudates bedeckt; die Leber selbst war dadurch in einer höheren Stellung befestigt worden, die Milz war gesund, aber an das Zwerchfell gewachsen. Lunge gesund. Das Herz war blass und schlaff.

(Med. Times and Gas. 1. July 1854. Vol. II. p. 13.)

Erichsen: Ueber Excision von Eierstocksgeschwülsten.

Am 3. September 1853 wurde E. zu einer Consultation mit Dr. Murphy und Mr. Stewart eingeladen. Gegenstand derselben war eine Dame von 65 Jahren, die schlank, mager und bleich aussah, und an einer Geschwulst des Eierstockes litt. Sie war eine Wittwe, aber kinderlos, da sie sehr spät geheirathet hatte. Die Geschwulst hatte wahrscheinlich 2 Jahre lang existirt, aber erst während der letzten 2 Monate durch ihre Vergrösserung Aufmerksamkeit erregt. Während der letzten 3 oder 4 Monate war die Kranke schnell vom Fleische gefallen, ihr Appetit war beeinträchtigt und sie schwitzte bei Nacht. Da sie dies Herabkommen dem Wachsthume der Geschwulst zuschrieb, so entschloss sie sich zur Entfernung derselben durch eine Operation, und kam in dieser Absicht nach London.

Bei der Untersuchung erschien der Bauch vollständig so dick, wie bei einer im 9ten Monate Schwangeren. Er war vorgetrieben durch eine grosse Geschwulst, welche, wie man fühlte, die ganze vordere Hähte der Bauchhöhle einnahm. Auf der rechten Seite war dies Gewächs hart und fest, und reichte vom Becken bis unter die Rippen, und links war es elastisch und etwas fluctuirend und reichte bis zu einer Linie, die man etwa einen Zoll über dem Nabel quer um den Leib zieht. Es liess sich leicht hin und her bewegen, stieg auf und ab während der Athembewegungen, und schien nicht mit den Beckenorganen verwachsen zu sein, da der Uterus, wie die Sonde ergab, flott war, und die Scheide an Gestalt und Lage keine Veränderung seigte. Auch die Bauchdecken liessen sich auf der Geschwulst hin und her bewegen. Die Operation war das einzige Heilmittel und wurde am 6. September in Gegenwart und mit dem Beistand der Herren DDr. Murphy, Steward, Statham, H. Thompson, Clover und English von Erichsen ausgeführt.

Das Operationszimmer würde auf 80 • F. erwärmt, die Patientin chloroformirt und auf einen angemessen hohen Tisch gelegt, über dessen Ende ihre Beine herabhingen, und mit doppelten Tuchern bedeckt. Die Blase wurde dann vermittelst des Catheters entleert; die Eingeweide waren am Tage vorher purgirt worden. Die Operation wurde mit einer Incision von 5" Länge in der weissen Linie vom Nabel an abwärts begonnen. Nach Oeffnung des Peritonaeums trat die Geschwulst zu Gesichte. Auf der linken Seite, wo sie weich und fluctuirend war, wurde ein starker Troikart eingeführt, der eine Gallonne dicker, teigartiger, dunkelgefärbter Flüssigkeit entleerte (1 Gallonne gleich 6 Flaschen rheinisch). Die Hand wurde nun in die Bauchhöhle eingeführt und der festere Theil der Geschwulst, der sich hoch in der rechten Seite hinauf bis an die Leber erstreckte, heruntergezogen und aus der Wunde gebracht. Hierbei wurden einige Adhäsionen swischen der Geschwulst und der vorderen Bauchwand durchgerissen.

Die bedeutend grosse Masse wurde nun aus dem Abdomen gehoben, während die Eingeweide vermittels gewärmter weicher Tücher zurückgepresst und gehalten wurden; man fand die Geschwulst mit einem breiten Stiele am rechten breiten Mutterbande sitzen. Der Stiel war kurz und bestand hauptsächlich aus grossen Blutgefässen mit etwas Bindegewebe. Er wurde stark nach vorn gezogen, und vermittels einer Nävusnadel wurde eine starke Kordel durchgezogen; die Blutgefässe wurden dabei geschont. Dann wurde der Peritonaealüberzug des Stiels einen viertel Zoil breit ringsherum abpräparirt, und die Kordel entlang dieses freien Rings festgeschnürt. Die Geschwulst wurde dann einen halben Zoll über der Ligatur abgeschnitten. Die Wunde wurde nun durch eine Reihe von Knopfnähten geschlossen, das untere Ende erbielt swei umschlungene Näbte, um deren Nadeln die Kordel der Ligatur festgebunden wurde, so dass der Stumpf des Stiels swischen der untersten Nadel und dem Winkel des Schnitts aus dem Bauche hervorstand. Dann wurde der Bauch durch Kreuzstreifen von Heftpflaster und eine Binde gesichert.

Die Geschwulst wog etwa 16 Pfund, der solide Theil davon war 9 Pfund schwer, und der flüssige wie erwähnt eine Gallonne betragende wog etwa 7 oder 8 Pfund mehr. Die Geschwulst war eine zusammengesetzte Cyste und nicht bösartig.

Patientin wurde nun in einem warmen Zimmer zu Bette ge-

bracht; ihre Knie wurden etwas erhaben gelagert. Sie erhielt nur Eis und Opiate, 4 Tropfen der schwarzen Tropfen (black drops, ein Acetum Opii, von etwa doppelter Stärke der Tinctur, präparirt auf abenteuerliche Weise; es ist ein Gährungsproduct von Opium. Pressaft des Taschenkrebses, Muskatnuss, Saffran, Alles gekocht, dann mit Zucker und Hefe vermischt; es gährt am warmen Ort 6 Wochen, dann wird es abgegossen und an der Luft zum Syrup eingedickt; eine unsichere, fast obsolete Präparation) alle 2 oder 3 Stunden. Der Harn wurde vermittels des Catheters entfernt. Die Heilung erfolgte ohne irgend welche Hindernisse. Die Ligaturen des Stiels und der Stumpf desselben fielen am Sten oder 10ten Tage ab, worauf auch die Nadeln entfernt wurden. Die einzelnen Knopfnähte wurden herausgenommen sobald sie lose wurden, oder zu Irritation Veranlassung gaben. Dabei blieb der Leib von Pflaster und Binden umgeben. Die Patientin konnte ihr Bette am 16ten Tage verlassen, bis zu welchem Tage sie nur flüssige Speisen, Suppen mit Gerstenmehl, Fleischbrühe und Gelees genossen hatte, wobei man die Eingeweide bis zum 14ten Tage verstopft liess. und erst dann mit einem Klystire öffnete. Später ging die Frau aufs Land, dem Vernehmen nach in voller Gesundheit.

Bemerkungen. E. hat diesen Fall erzählt mit allem Detail als eine passende Erläuterung der jetzigen chirurgischen Behandlungsweise dieser Krankheit. Bei der Operation erfordern zwei Punkte besondere Aufmerksamkeit. Erstens muss die Länge des Schnitts der Grösse und Natur der Geschwulst angepasst werden. Je flüssiger der Geschwulstinhalt, desto kleiner kann der Schnitt ausfallen, da man die Flüssigkeit abzahfen kann. Da der feste Theil aber natürlich zusammen herausgezogen werden muss. so erfordert er eine seiner Form und Grösse augemessene Incision. Daber ist es dem Chirurgen anzurathen, weder den kleinen noch den grossen Schnitt ausschliesslich zu advociren, sondern sich nach der jeweiligen Geschwulst zu richten. Die Ligatur sollte stets wie oben erwähnt ausgeführt werden, um secundäre Blutung zu verhindern. Das Abpräpariren eines Streifens Peritonaeum an derjenigen Stelle des Stiels, um welche man die Ligatur zu legen gedenkt, hält E. für wichtig, da es durch Umgehung der Einschnürung und Verbrandung der Serosa die Gefahr der Peritonitis vermindere. Dieser Theil der Operation ist indessen ein kleines Wagniss, da leicht Blutgefässe verletzt werden können, die hier sehr dünnwandig und doch von beträchtlichem Caliber sind. Nach dem Abschnüren des Stiels dürfen die Ligaturen nicht in der Bauchböhle liegen; auch darf der Stumpf nicht innerhalb der Bauchhöhle absterben, widrigenfalls grosse Neigung zu heftiger

## 316 XXIV. Notizen aus der Journal-Literatur.

۱

oder tödtlicher Peritonitis erfolgen dürfte. Alle diese Indicationen werden durch Hervorziehen des Stumpfes aus der Bauchböhle und Befestigung der Ligaturen an die Nadeln der unteren umschlungenen Nähte erreicht.

Die Nachbehandlung bietet keine besonderen Schwierigkeiten dar; sie ist den für Bauchwunden nun allgemein angenommenen Principien angepasst, die zuerst von *F. Bird* eingeführt wurden. Sie besteht in hoher Temperatur des Zimmers, reichlicher Versorgung des Patienten mit Eis und Opiaten, um den Körper su beruhigen und die Eingeweide zu verstopfen. Dabei wird der Harn abgezapft, aber niemals ein Versuch gemacht die Därme su entleeren.

Bei Betrachtung der Ovariotomie im Allgemeinen werfen sich zwei Fragen auf: 1) ob die Operation eine empfehlenswerthe, auf gesunde Principien gegründete und in der Praxis beizubehalten sei? 2) Wenn überhaupt beibehalten, in welcher Klasse von Fällen sie auszuführen sei.

Zur Beantwortung der ersten Frage müssen wir den Verlauf der Eierstocksgeschwülste und die bekannten Resultate von ausgeführten Operationen in besondere Rücksicht nehmen. Der Verlauf der Eierstocksgeschwülste ist sehr verschieden. In einigen Fällen verkürzen sie weder das Leben, noch beeinträchtigen sie das Wohlbefinden. In anderen Fällen beginnen sie nach einem scheinbaren Stillstande sich von Neuem zu entwickeln und beeinträchtigen die übrigen Bauchorgane und die allgemeinen Verrichtungen so sehr, das das Leben sum grössten Elend wird. Eine dritte Klasse bringt die Kranken schnell und sicher sum schlimmen Ende.

Einige Zeit nach ihrer Entwicklung kann eine solche Geschwulst durch Absapfen des Iuhalts beträchtlich verkleinert werden. Aber wenn diese Operation einmal ausgeführt worden ist, muss sie mit stets vergrösserter Häufigkeit wiederholt werden; eine tödtliches Ende in vergleichungsweise kurzer Zeit ist gewöhnlich voraussusehen. Nach S. Lee starben von 46 mit dem Troikart Operirten 37, nur 9 erholten sich; von den 37 Gestorbenen starb mehr als die Hälfte innerhalb der ersten 4 Monate nach der ersten Operation, 27 von den 37 starben innerhalb des ersten Jahres, und von diesen 27 hatten 18 nur eine Operation untergangen.

Es ist der Einwurf gegen die Ovariotomie gemacht worden, dass die Sterblichkeit dabei so hoch, dass der Wundarst su ihrer Ausführung nicht berechtigt sei. Eine sehr grosse Sterblichkeit würde allerdings die Ausführung der Operation verbieten, besonders wenn die Krankheit eine nicht nothwendig tödtliche, oder

#### XXIV. Notizen aus der Journal-Literatur.

nicht sehr bedenkliche wäre. Mr. Phillips hat 67 Fälle von Excision des Ovariums ausführlich zusammengestellt; von diesen waren 35 von gutem Erfolg begleitet, 26 aber unterlagen. Mr. Lee giebt 90 Fälle, von diesen wurden 57 geheilt, und 33 starben. Robert Lee, der jüngste Schriftsteller über diesen Gegenstand hat 102 Fälle von Excision des Ovariums gesammelt, von denen 60 Heilung, 42 aber Tod sum Ausgange hatten.

Name.	Zahl aller Fälle.	Heilung.	Tod.
Philkps Lee	61	35	26
Lee R. Lee	90 102	57 60	26 33 42
Total	253	152	101

Nach diesen statistischen Angaben betrüge die Sterblichkeit ein Drittel aller Operirten, und dies Verhältniss erscheint *E.* durchaus nicht besonders gross, wenn verglichen mit den Resultaten der Operationen in verschiedenen Verletzungen und chirurgischen Krankheiten.

Die nächst zu beantwortende Frage ist, in welcher Klasse von Fällen die Ovariotomie ausgeführt werden solle. In dieser Hinsicht herrscht grosse Verschiedenheit der Ansichten. Der wärmste Vertheidiger der Operation wird schwerlich anrathen, dass man jede Geschwulst derart herausschneiden soll. Er wird so lange eine palliative Behandlung empfehlen, als die Geschwulst nicht die Bequemlichkeiten des Lebens oder die gesunde Thätigkeit der Baucheingeweide ernstlich beeinträchtigt. Wo die Erscheinungen des Druckes in der Bauchhöhle sich eingestellt haben, der Kranke abmagert und von ihrer Dicke viel Unbequemlichkeit erleidet, als namentlich Schwerathmen, Erbrechen, gastrische Irritation, da erst kommt die Frage der Operation zur Verhandlung, und muss ohne Leidenschaft und Vorurtheil erwogen werden. Man muss bekennen, dass es einen andern Weg sur Heilung oder Verlängerung des Lebens dieser Kranken nicht giebt. Medicinische Behandlung ist ohne Nutzen, und nur der Troikart giebt kurse Erleichterung, die nicht selten schnelle Verschlimmerung oder Tod der Kranken zur baldigen Folge hat. Wir müssen daher die Kranke in derartigen Fällen ihrem Schicksal überlassen, oder sur Entfernung der Geschwulst unsre Zuflucht nehmen, eine Operation,

317

die wie schon gezeigt, die Aussicht des Gelingens in swei Fällen von dreien für sich hat. Wenn man also die Frage rein chirurgisch auffasst, so kann man sagen, dass sich die Heilungen auf 60 pCt. belaufen.

Die Diagnostik verdient eine besondere Aufmerksamkeit. Es ist ihre besondere Aufgabe, su ermitteln 1) ob Adhäsionen zwischen dem vergrösserten Ovarium und den übrigen Bauchorganen existiren, welche die Extraction unmöglich machen; 2) ob nicht eine andere Geschwulst des Bauches für eine Eierstocksgeschwulst gehalten werde.

Die Adhäsionen fanden sich in mehr als einem Drittheil aller operirten Fälle, nach R. Lee in 60 von 162 Fällen. Ihre Existenz kann man vermuthen, wenn zu ermitteln ist, dass Patientin Anfälle von Bauchfellentzündung erlitten hat - wenn die Geschwulst bei tiefem Einathmen und darauf folgendem tiefen Ausathmen der Patienten unbeweglich bleibt, -- wenn in aufrecht sitzender Stellung der Patientin der Sack nicht vorwärts in den Raum zwischen den geraden Bauchmuskeln drückt. Man erhält auch Aufschluss über diesen Punkt durch die Wahrnahme eines Crepitations- oder Reibungsgeräusches zwischen der vorderen Bauchwand und der Geschwulst, und besonders durch die Erscheinungen nach dem Abzapfen des Wassers, ob nämlich die Geschwulst die Bauchdecken hineinzieht, oder ohne Zug an denselben ins Becken sinkt, Auch der Zustand der Beckenorgane, der Harnblase und der Gebärmutter besonders wie er der Sonde sich darbietet, trägt sur Sicherung der Diagnose in dieser Beziehung bei.

Vermittelst derartiger Untersuchung kann man ohne Zweifel in manchen Fällen die Gegenwart von Verwachsungen mit ziemlicher Sicherheit erkennen, in anderen, besonders solchen wo die Geschwulst nach hinten und unten gezogen und befestigt ist, kann man Nichts ermitteln. Man macht in solchen zweifelhaften Fällen am besten einen kleinen Explorationsschnitt, durch welchen man einen Finger oder eine Hand eiuführt, um die Verhältnisse zu untersuchen. Findet man ausgedehnte Verwachsungen, so schliesst man die Wunde wieder, und die Patientin kann möglicher Weise mit dem Leben davon kommen, da in diesen Fällen das Bauchfell seinen Character als seröse Membran grösstentheils verloren hat und jenen sonst so häufigen diffusen und destructiven Entzündungen nicht so ausgesetzt ist.

Die Diagnose der Geschwülste des Eierstocks von den übrigen Geschwülsten des Abdomens wird nicht weiter erörtert.

. (Die Frage der Exstirpation der Ovarien ist von Kierisch mit mehr Sorgfalt geprüft worden, und da seine Ansichten von den obigen sebr abweichen, wollen wir seine statistischen Resultate sum Vergleich hier auführen:

Operationen: 122, vollbrachte Exstirpationen: 86, nicht vollbrachte Exstirpationen: 22, Diagnosen-Fehler nach Oeffnung des Bauchs: 14, gestorben: 47, überlebten die Operationen und blieben wie vorher: 17, geheilt: 58.

"Demnach waren die ungünstigen Ergebnisse häufiger als die günstigen, und zwar im Verhältniss von 64 zu 58. — Selbst wenn man von den Fällen absieht, in denen diagnostische Irrthümer begangen wurden, so bleiben 54 Genesungs-, 41 Sterbefälle und 10 Fälle, wo die unvollendete Operation ohne tödtliche Folgen, jedoch nutzlos war, das sind somit 54 günstige und 51 ungünstige Resultate." Klin. Vortr. 1852. II. p. 168.) Referent.

(Gelesen vor der North London. Medical Society. December 1853. und referirt in allen wöchentlichen London. Journals. Originalaufsatz in Association Medic. Journ. Jan. 13. 1854. p. 37.)

# XXV.

Literatur.

Neues Verfahren, den Gebärmutter- und Scheidenvorfall durch einen neu construirten Mutterträger vollständig zu heilen oder leicht und ganz sicher zurückzuhalten, von August Schilling. 3te Aufl. Erlangen 1854. Ferd. Enke.

Die erste Auflage obiger Schrift ist bereits im Decemberheft 1853 dieser Monatsschrift angezeigt worden. Die damals dem Verf. gemachten Vorwürfe der zu frühen Veröffentlichung seiner Erfindung beseitigt er jetzt einigermassen dadurch, dass er am Schlusse seiner Arbeit mehrere Erfahrungen theils ausführlicher mittheilt, theils nur andeutet, in denen sein Instrument überraschende Erfolge herbeiführte. Was Ref. aber früher voraussagte, ist richtig eingetroffen: der Verf. ist nämlich nicht bei der ersten Modification seines Instrumentes stehen geblieben, sondern in dem kursen Zeitraume von wenigen Monaten zu einer dritten und vier-

ten Verbesserung und Vereinfachung übergegangen. Die sämmtlichen Veränderungen werden durch eine beigefügte Kupfertafel veranschaulicht. Die jüngste Form des Instrumentes gleicht nun auffallend dem Zwanck'schen Hysterophor, mit dem die ganze Idee von vorn herein übereinstimmte. Jedoch hat es einen Vorzug vor dem letzteren dadurch, dass die unendliche Schraube beibehalten ist, welche eine sehr leichte Handhabung und die Feststellung der beiden Flügel in jeder beliebigen Divergenz gestattet. Es ist durch diese Vorrichtung nicht nöthig, Instrumente von verschiedener Grösse zu haben, sondern ein und dasselbe passt bei allen Frauen, je nachdem man es breiter oder schmäler stellt. Die Flügel sind aus Ebenholz oder Buchsbaumholz gemacht, das sie in der Mitte vereinigende Charnier lose beweglich, um ein Festquellen zu verhindern, und das Entfalten und Zusammenlegen der Flügel wird durch zwei seitlich zwischen ihnen und der beweglichen Schraubenmutter angebrachte neusilberne kleine Stahlbügel vermittelt. Das Instrument verdient jedenfalls die Beachtung der Aerzte, und in dieser Beziehung kann die nähere Durchsicht der Schrift empfohlen werden. Sehr zu bedauern ist es jedoch, dass der brauchbare Kern wiederum, wie das erste Mal, in einer gänzlich ungeniessbaren Hülle liegt, welche mit höchst überflüssigen und selbstgefälligen Redensarten übersäet ist. Ein Sachverständiger wird durch das gegebene höchst flüchtige und oberflächliche Beiwort gewiss nicht erbaut oder gar belehrt, ein Laie aber, für den Verf. hauptsächlich die Schrift geschrieben zu haben angiebt, um seinem wohlthätigen Instrumente eine recht grosse Verbreitung zu verschaffen, darf nicht in die Pathologie und Behandlung der Vorfälle eingeweiht werden, da er die Eigenthümlichkeiten eines jeden Falles, welche selbst bei einem Instrumente, das universal heilen soll, dennoch immer genau berücksichtigt werden müssen, niemals richtig beurtheilen kann. Ein Laie würde in solchen Fällen zwar zuweilen durch einen glücklichen Zufall helfen können, im Allgemeinen aber mehr Schaden als Nutzen stiften

Credé.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin,

# XXVI.

# Ueber den naturgemässen Umfang des Hebammengeschäftes und die entsprechende Einrichtung des Hebammenunterrichts.

Als Vorwort zu seinem Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen (Erlangen bei F. Enke, 1854.)

von

Dr. Eduard Martin in Jena.

So viel auch seit Jahrhunderten über das Hebammenwesen und Unwesen geschrieben worden ist, so verschieden sind noch immer die Ansichten auch der ausgezeichnetsten Lehrer des Fachs über den Umfang und die Grenzen dieser Kunst.

Während die Einen noch in der neuesten Zeit fast alle Operationen mit Ausnahme der mittels Instrumente zu vollziehenden den Hebammen gelehrt, und unter Umständen zur Ausführung anvertraut wissen wollen, beschränken Andere den Wirkungskreis derselben in dieser Beziehung mehr oder weniger, zum Theil freilich in durchaus unnatürlicher Weise, so dass ihnen z. B. die Wendung in den leichteren. günstigeren Fällen untersagt, dagegen in den schwereren, complicirteren, etwa bei Blutungen, aufgegeben wird; noch Andere wollen den Hebammen alle Operationen verbieten.

Bei der unzweifelhaften Bedeutung dieses Gegenstandes für die ausübende Medicin scheint es zeitgemäss, von Neuem dieser Frage nach den natürlichen Grenzen des Hebammengeschäfts die Aufmerksamkeit des ärztlichen Pu-Bonatesetr. 1. Geburtek. 1854. Bd. IV. Hn. 5. 21

## 322 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

blikums zuzuwenden. Denn wenn schon jeder ausübende Arzt, und insbesondere derjenige, welcher die Geburtshülfe nicht aus dem Kreise seiner Kunstübung ausschliessen will, über das, was er von den Hebammen seines Wirkungskreises verlangen, was er an Kenntnissen und Fertigkeiten bei denselben voraussetzen darf, sich zu unterrichten hat, damit er im einzelnen Fall nicht zu viel erwarte, so erscheint dies doppelt nothwendig, ja unerlässlich für den Staatsarzt, welcher vom medicinal-polizeilichen Standpunkte aus das Treiben der Hebammen seines Bezirks überwachen, vorkommende Dienstächler rügen und zur weitern Anzeige bringen muss.

Bei Beurtheilung der hier einschlagenden Verhältnisse kann aber der historische Standpunkt begreiflicher Weise nicht entscheidend sein; denn die Verhältnisse der Kunst an sich und des ausübenden Personals insbesondere haben sich im Laufe der Jahrhunderte wesentlich verändert. lm Anfang menschlicher Bildung lag die Geburtshülfe, wie wir von allen Völkern, die dem Urzustande noch nahe stehen, wissen, fast durchweg in den Händen der Frauen; die Aerzte bekümmerten sich noch nicht um diese Seite menschlicher Zustände, oder wurden zur Hülfe nicht gerufen, ja sogar nicht zugelassen. Bei fortschreitender Bildung verordneten die Aerzte Arzneien auf die Angaben der die Kreissenden hedienenden Frauen hin, oder unternahmen auch wohl diejenigen Operationen, welche vorzugsweise männlichen Muth und Festigkeit erheischen, wie die Ausschneidung der Früchte aus dem Muttterleibe. Einer weit späteren Bildungsepoche gehören die minder rohen Operationen der Wendung, der Ausziehung an den Füssen u. s. w. an, obschon auch deren viel zu allgemeine Anwendung, z. B. auch da, wo mildere, rationellere Verfahrungsweisen zum Ziele führen, längere Zeit hindurch noch eine mangelhafte Entwickelung des Faches verrathen, welche erst in der neuesten Epoche überwunden worden ist.

In Deutschland erhielt sich der ausgedehnte Wirkungskreis der Hebammen vorzüglich lange, während in Frankreich und England die männliche Geburtshülfe schon seit vielen Jahrzehnten erweitert und anerkannt war. Die Ur-

#### und Einrichtung des Hebammenunterrichts. 328

sache dieser Erscheinung mag theils, wie es scheint, in der mangelhaften Ausbildung der deutschen Aerzte für unser Fach, theils in der falschen Scham deutscher Frauen gelegen haben, welche sie abhielt, männlicher Hülfe bei dem wichtigsten Act ihres Lebens sich anzuvertrauen. Allein diese Verhältnisse haben sich im Laufe des gegenwärtigen Jahrhunderts wesentlich geändert, so dass man für Deutschland jetzt mit Grund nicht mehr behaupten kann, die Zahl der mit der Geburtshülfe vertrauten Aerzte sei ungenügend, noch die Frauen scheuten sich vor der männlichen Geburtshülfe.

Wenn nun in jenen früheren Zeiten aus Mangel an tüchtigen Geburtshelfern und deren Concentration in einzelnen grösseren Städten, so dass ein solcher nicht immer zeitig genug zu der seiner Hülfe bedürftigen Kreissenden geschafft werden konnte, den Hebammen Verrichtungen überlassen, ja übertragen werden mussten, welche an und für sich dem weiblichen Charakter überhaupt und dem Bildungsgrade einer Hebamme insbesondere nicht entsprechen. Operationen, bei deren Beurtheilung und Ausführung allseitige ärztliche Kenntnisse und mehr, als gewöhnlicher Muth und Entschlossenheit unerlässlich sind, Operationen, welche eben so heilbringend bei umsichtiger und geschickter Ausführung sind, als sie bei unüberlegter oder zaghafter Anwendung gefährlich werden müssen, so findet dieser Grund einer unnatürlichen Ausdehnung des Hebammengeschäftes in Deutschland jetzt nicht mehr statt, denn es fehlt nicht an tüchtigen Geburtshelfern; sowohl die Städte, bis auf die kleinsten herab, sind mit solchen besetzt, als auch viele Dorfschaften.

Demgemäss scheint gegenwärtig der Zeitpunkt gekommen, nach den naturgemässen Grenzen des Hebammengeschäfts zu fragen, und diesen gemäss den Wirkungskreis und folgerichtig den Umfang des Unterrichts der Hebammen zu bestimmen.

Bevor ich aber zur Beantwortung der Frage übergehe, wo die natürlichen Grenzen des Hebammengeschäfts zu suchen seien, muss ich noch eines in mehreren grösseren Städten Deutschlands unternommenen Versuches gedenken,

21\*

# 924 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

die Hebammen durchweg überflüssig zu machen, angeblich, weil die gebürenden Frauen besser bewahrt seien, wenn sie bei ihren Niederkünften ausschliesslich von Aerzten und nicht von Frauen bedient würden; denn alsdann sei der Arzt sogleich auf der Stelle, wenn es geite, Kunsthülfe zu leisten u. s. w. Der Erfolg dieses Versuches hat bereits das Unrichtige der Voraussetzung dargethan. Da naturgemäss die Geburten bisweilen Tage und Nächte hindurch dauerten, der Arzt aber seine übrige Praxis nicht der einen Geburt zum Opfer bringen konnte, so kam es bald dahin, dass die Geburtshelfer bei den Kreissenden sich durch von ihnen angenommene und unterwiesene Wart- oder Wickelfrauen vertreten liessen, wenn sie sich genöthigt sahen, anderweiten Geschäften nachzugehen. Diese Wartfrauen aber, welchen in Abwesenheit des Arztes das Schicksal der Kreissenden überlassen war, hatten weder genügende Kenntnisse vom Gebäract überhaupt, noch von den besonderen Gefahren, welche dabei eintreten können. noch vermochten sie dieselben im einzelnen Fall zu erkennen. da ihnen die dazu nothwendige Fertigkeit im Untersuchen abging. So konnte es nicht fehlen, dass dann und wann Unglücksfälle eintraten, welche durch die Anwesenheit einer tüchtigen Hebamme hätten verhütet werden können, und die Gebärenden waren bei dieser Abänderung des Herkommens unzweifelheft schlimmer berathen, als wenn sie von einer tüchtigen Hebamme bedient worden wären, welche zu Folge des entsprechenden Unterrichts nach rechtzeitiger Erkenntniss der etwa auftretenden Anomalien ohne Säumen den Arzt herbeigerufen haben würde. Dieser unter den gewöhnlichen Verhältnissen in Deutschland nicht gerechtfertigte Versuch, die Hebammen zu verdrängen, dürfte zum guten Theil dedurch veranlasst worden sein, dass die Hebammen die natürlichen Grenzen ihres Berufes überschritten und Dinge unternahmen, welche ihnen naturgemäss nicht zukommen, oder in einzelnen Fällen die drohenden Gefahren nicht richtig beurtheilten, und auch wohl aus anderen Gründen die nöthige Herbeirufung des Arztes unterliessen. Nicht weil die Assistenz einer Hebarime bei Geburten überflüssig gewesen, war dieser Versuch gemacht --- denn die

+!.

weibliche Pflege wurde dabei nicht ausgeschlossen — sondern weil die Befugniss der Hebammen unpassend ausgedehnt, ärztliche Geschäfte denselben anvertraut oder auch von denselben angemasst waren. —

Was nun zunächst das Bedürfniss der Gebärenden anlangt, den einen Punkt, welcher bei der Feststellung der natürlichen Grenzen des Hehammengeschäfts in Betracht kommen muss, so ist nicht in Abrede zu stellen, dess es der grossen Mehrzahl der Frauen angenehmer sein wird, von einer weiblichen Pflegerin bedient zu sein. Für den gesundheitsgemässen Geburtsverlauf bedarf es auch nur der gehörigen Herrichtung des Geburtslagers, der Besorgung der Kleidungsstücke für das Kind. wie der übrigen Utensilien, der Anweisung der Kreissenden, wenn sie sich niederzulegen, und wie sie sich beim Verarheiten der Wehen zu verhalten babe, ferner des Schutzes des Dammes, des Empfangs des Neugeborenen, dessen Reinigung, Bekleidung, sowie der Beseitigung der Nachgeburt und der Belehrung über das zweckmässigste Verhalten im Wochenbett und während der Säugung nebst den entsprechenden Handleistungen. Eine sorgfältige Kenntniss vom Geburtsverlauf, geduldiges Abwarten der natürlichen Entwickelungen mit der nöthigen Aufmerksamkeit, um die eintretenden Veränderungen nicht zu übersehen, und endlich einige Festigkeit in den Handgriffen beim Untersuchen, Unterstützen des Dammes und Baden des Kindes u. dgl. sind die Eigenschaften, worauf es hier ankommt.

Hinsichtlich der Störungen des Geburtsverlaufes wird hingegen zwar zunächst die sofortige Erkenntniss des auftretenden Fehlers, alsbald aber auch die geeignete Abhülfe zu verlangen sein. Diese Abhülfe kann jedoch nicht, wie man ehedem vielleicht glaubte, nach einer Reihe auswendig gelernter Regeln oder mittels einer Anzahl eingeübter Handgriffe genügend geleistet werden, sondern sie fordert die ganze Umsicht des durchgebildeten Arztes, eine tüchtige Kenntniss der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie, und zwar nicht blos hinsichtlich des Geburtsverlaufs, sondern auch hinsichtlich des gesammten Organismus des Weihes. Gerade von dieser tieferen Einsicht in das orga-

# 826 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

nische Leben hängt so häufig, um nur einige Beispiele zu erwähnen, bei den Wehenfehlern, bei den Zuckungen, bei den Blutungen der Gebärenden die Wahl des dem einzelnen Fall entsprechenden, deber sicheren Heilverfahrens ab.

Vergleichen wir nun diese gewiss allgemein zugestandenen Forderungen, welche eine Kreissende an die ihr zu gewährende Hülfe machen darf, mit den Qualificationen der Aerzte und Hebammen, so springt sofort in die Augen, dass die letzteren gemäss der körperlichen und geistigen Beschaffenheit des Weibes zum geduldigen, wenn auch Tage und Nächte langen Beobachten, Abwarten, sowie zu theilnahmsvoller Zusprache und zu Besorgung all der kleinen Anforderungen, welche die Pflege der Kreissenden erheischt, wohl geeignet sind. Auch die zeitige Erkenntniss der etwa eintretenden Abweichungen von der Regel steht nach hinreichendem Unterricht dem seiner Natur nach den einzelnen Fall sorgfältig überwachenden und feinbeobachtenden Weibe um so mehr zu, je mehr sich die Frauen für den Gebäract ihrer Mitschwestern zu interessiren pflegen.

Ganz verschieden davon ist aber die Befähigung, den auftretenden Fehler nach allen Seiten hin. nach seinen Ursachen. Complicationen und seinen Folgen unbefangen und sicher zu beurtheilen, und sodann, entsprechend den allgemeinen Grundsätzen mit gehöriger Rücksicht auf die individuellen Verhältnisse, das zweckmässige Heilverfahren zu bestimmen und consequent durchzuführen, sei es auch gegenüber der bisweilen plötzlich eintretenden, zum Theil nicht vorauszusehenden, oft lebensgefährlichen Zufälle. Die zu derartigen Hülfeleistungen nothwendige Befähigung, welche Eigenthum und Auszeichnung des Mannes ist, vermag die grosse Mehrzahl der Frauen nicht zu erlangen; am allerwenigsten wird dies denjenigen Frauen gelingen, welche gegenwärtig dem Hebammengeschäft sich zu widmen pflegen. Denn dazu bedarf es nicht allein einer feinen, wohlgeübten Beobachtung, welche ich den Frauen nicht absprechen will, sondern und ganz vorzüglich eines allseitigen Wissens und jener ruhigen, besonnenen, von keinem Zufalle gestörten Ueberlegung und Festigkeit, welche des Mannes Eigenthum ist. Dass jedenfalls der dem Hebammenunterricht gewöhnlich zugemessene kurze Zeitraum zu einer solchen Ausbildung nicht zureicht, wird eines Beweises nicht bedürfen.

Hätten wir auf diese Weise die natürliche Bestimmung des Weibes für die Pflege der Gebärenden, Wöchnerinnen und der neugeborenen Kinder, sowie für die scharfe Auffassung aller etwa eintretenden Abweichungen von der Regel dargethan, andererseits die Hülfeleistung bei pathologischen Ereignissen dem durchgebildeten Arzt naturgemäss vorbehalten, so dürften sich immer noch die Fragen aufwerfen, ob die Hebamme geeignet sei, durch Rath und Beistand Abweichungen von der Regel zu verhüten, wo dies möglich ist, sowie ob nicht etwa durch die Verzögerung der Hülfe, wie sie durch die Herbeirufung des Arztes nach bereits erkanntem Fehler entsteht, einer Gebärenden Nachtheile erwachsen.

Was die Verhütung der pathologischen Zustände anlangt, so ist, so viel überhaupt in dieser Beziehung von der Umgebung der Kreissenden geleistet werden kann, durch eine wohlunterrichtete Hebamme sicher zu gewähren; es möge nur bei dem Hebammenunterricht auf diesen Gegenstand eine besondere Aufmerksamkeit verwendet, und die Auswahl der Hebammenschülerinnen so geleitet werden, dass guter Wille und körperliche, wie geistige Befähigung nicht fehlen; denn einfältige, träge, schwächliche und verzagte Frauen dürften auch durch den besten Unterricht nicht zu tüchtigen Hebammen ausgebildet werden können.

Hinsichtlich der Besorgniss, dass die Herbeirufung des Geburtshelfers den rechten Zeitpunkt zur Hülfe versäumen lassen möge, so halte ich diese Furcht dann für unbegründet, wenn theils die Hebammen nicht allein über die frühesten Symptome der eintretenden Geburtsstörungen und deren Gefahren sorgfältig belehrt, sondern auch in der äusseren und inneren Untersuchung sowohl am Phantom mit der Kindesleiche, als auch und ganz vorzüglich an einer hinlänglich grossen Anzahl schwangerer und gebärender Frauen in einer gut eingerichteten Gebäranstalt möglichst vollständig geübt worden sind; andern Theils tüchtige Geburtshelfer in genügender Weise über das Land verbreitet

## 328 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

sind. — Erkennt eine Hebanme den eintretenden Fehler sofort bei seinem ersten Erscheinen und sendet sie nun unverweilt und ohne erst selbst unpassende Hülfsversuche gemacht zu haben, nach dem Arzt, so wird dieser unter der zuletzt erwähnten, in den mir bekannten Theilen von Deutschland erfüllten Voraussetzung in 'der grossen Mehrzahl der Fälle bei der Kreissenden eintreffen können, bevor die Gefahr zu einem bedenklichen Grade gesteigert ist.

Die Hebamme wird aber um so zuverlässiger die ärztliche Hülfe gleich Anfangs beim ersten Auftreten der pathologischen Ereignisse verlangen, je besser sie einerseits mit den Kennzeichen und Gefahren derselben bekannt ist, je weniger sie aber andererseits in den operativen Hülfsleistungen unterrichtet wurde, mit deren doch meist vergeblicher Anwendung nicht blos die Zeit verloren, sondern auch die Lage der Dinge verschlimmert zu werden pflegt. --Es versteht sich daneben von selbst, dass die Hebamme gründlich und bestimmt in der Anwendung solcher Mittel und Anordnungen unterwiesen sein muss, welche die Gefahr für einige Zeit hinauszuschieben vermögen, wie z. B. in Anwendung des Tampons bei Blutungen vor der Geburt. in dauernden Reibungen des Muttergrundes und Einspritzungen bei Blutungen nach der Geburt, in dem Untersagen des Pressens und Drängens bei Querlagen der Frucht u. s. w.

Ich kenne nur einen Fall, in welchem ich die manuelle Hülfe für so dringend erachte, dass ich die Berechtigung der Hebamme dazu ortheilen möchte, ein Fall, in welchem die Diagnose und Indikation auf der Hand liegt, und nur die Anwendung eines wohl einzuübenden Handgriffes in Betracht kommt, so dass ausser der manuellen Fertigkeit kaum Etwas verlangt werden möchte. Dieser einzige Fall besteht in dem Steckenbleiben der Schultern und Arme, sowie des Kopfes nach geborenem Rumpfende, wenn das Klopfen der Nabelschnur nachlässt. Obschon die Hebamme bei Beckenendelagen, falls sie bei Geburten Erstgebärender stattfinden, oder bei solchen Mehrgebärenden, welche früher langsame Geburten überstanden, oder gegenwärtig ein ungewöhnlich grosses Kind oder fehlerhafte Wehen zeigen, sobald als die Beckenlage erkannt wird (und dies muss bei gehöriger Anleitung schon vor dem Blasensprung geschehen), den Geburtshelfer herbeirufen soll, so ereignet es sich doch erfahrungsgemäss häufig genug, dass die untere Körperhälfte aus den mütterlichen Geschlechtstheilen herausgetrieben wird, bevor der Arzt hinzukommt, und das Kind in Gefahr geräth, sein Leben einzubüssen. wenn nicht ungesäumt die Arme gelöst und der Kopf herausgeholt würden. Hier muss die Hebamme die einfache Hülfe bringen können, wenn das Leben des Kindes nicht verloren sein soll. - Für alle übrigen Fälle aber, in welchen man der Hebamme mit mehr oder weniger ausgedehnter Berechtigung die operative Hülfe gestattet oder hefiehlt. wie bei Querlagen, Nachgeburtsverhaltungen, Blutungen u. s. w. halte ich das sofortige Herbeirufen des Arztes und das Erwarten seiner Anordnungen unter Beachtung der nöthigen Vorkehrungen für weit vorzüglicher, als die Anweisung der Hebamme, unter Umständen selbst operative Hülfe zu leisten. Ja ich halte mich überzeugt, dass, wenn auch ein Mal die ärstliche Hülfe unter den genannten Bedingungen zu spät eintreffen sollte, die dadurch verursachten Unfälle weit seltener sein würden, als diejenigen, bei welchen theils das ungerechtfertigte Vertrauen auf ihre Geschicklichkeit, theils die fruchtlosen Hülfsversuche der Hebammen jene unheilvolle Verzögerung der Herbeirufung des Arztes und somit unglückliche Ausgänge verschulden. --

Wie bestimmt die Verfasser der in neuerer Zeit erschienenen Hebammenlehrbücher bereits die Bedenken gefühlt haben, welche dem Uebertragen der geburtshülflichen Operationen an Hebammen entgegenstehen, geht nicht allein daraus hervor, dass sie den Gebrauch von Instrumenten denselben durchweg untersagen (als ob nicht auch mit der übelgeführten Hand Nachtheile für Mutter und Kind verursacht werden könnten!), sondern auch aus den zum Theil unklaren, zum Theil widersprechenden Vorschriften über die Anwendung der Manualoperationen von Seiten der Hebammen. Während von einigen Lehrern z. B. die Wendung auf den Fuss den Hebammen nur bei dringlichen Zufällen gestattet wird, etwa nach dem Auftreten heftiger Blutungen, aber nicht erlaubt ist, wo die Umstände günstig und

329

#### 330 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

die Operationen erleichternd erscheinen, empfehlen andere dieselbe Operation umgekehrt nur in den letzteren Fällen. etwa vor Abfluss des Fruchtwassers und da, wo keine Complicationen obwalten. Fasst man die zunehmenden Schwierigkeiten der Ausführung einerseits, und die geringere Sicherheit der die Operationen ausführenden Hebamme andererseits in das Auge, so haben die letztgenannten Autoren ohne Zweifel Recht; beobachtet man hingegen die wachsende Dringlichkeit des Falles, so müsste man den Erstgenannten beipflichten, dürfte dann aber nicht den Vorwurf der Inconsequenz auf sich laden, diese Operation nur unter den schwierigeren Verhältnissen gestattet, unter den günstigeren verboten zu haben, sondern müsste sie unter allen Verhältnissen den Hebammen erlauben. Bei allem dem wird ein sachkundiger Arzt nicht leugnen können, dass die Wendung auf den Fuss nicht allein hinsichtlich ihrer Indikationen und Bedingungen, sondern auch hinsichtlich ihrer Ausführung, falls ein glückliches Resultat für Mutter und Kind erzielt werden soll, eine tiefere Durchdringung der pathologischen Zustände, namentlich auch der mannichfaltigen Complicationen, wie der therapeutischen Gesetze fordern, als sie von unseren Hebammen erwartet werden darf. - Fragen wir endlich die Erfahrung, so sind aus dem, mir zur Beobachtung sich darbietenden Kreise zwar Beispiele genug bekannt, in welchen Hebammen die Wendung auf die Füsse versucht, auch wohl bisweilen zu Stande gebracht haben, allein noch kein Beispiel, in welchem die Mutter und das Kind dadurch erhalten worden wäre. h einer grösseren Anzahl hatte der fruchtlose Versuch die Umstände verschlimmert, und nicht selten ergab sich bei genauerer Nachfrage, dass die angebliche ausposaunte Wendung nur in eine, meist nachtheilige Herabstreckung der Füsse bei Beckenendelagen bestanden hatte.

Nicht besser gestaltete sich das Resultat meiner Nachforschungen über die künstliche Lösung der Nachgeburt. Abgesehen von den hierher nicht gehörigen Fällen, in welchen die bereits gelöste Nachgeburt nur mit vier Fingern aus dem Muttermunde herabgeholt war, vielleicht weil die Hebamme durch unverständiges Ziehen am Nabelstrang denselben abgerissen hatte, sind mir nur ungünstige Resultate der gedachten Operation, wo sie von Hebammen unternommen war, bekannt. Entweder hatten sie den Mutterkuchen zerrissen und ein Stück zurückgelassen: es folgten Blutungen oder Pyämie; oder sie hatten den Nabelstrang aus der Insertionsstelle an der allgemein verwachsenen Placenta herausgerissen mit endlicher Verblutung aus der gedachten Rissstelle u. s. w. —

Fassen wir die Ergebnisse des Vorstehenden zusammen, so muss ich in Erwägung des Bedürfnisses der Gebärenden und der natürlichen Anlage der Frauen zu Hülfeleistungen - von einzelnen hervorragenden Ausnahmen kann hier die Rede nicht sein - und in Betracht der zunehmenden Verbreitung des ärztlichen, mit der Geburtshülfe vertrauten Personals über das ganze Land, mich dahin aussprechen, dass der Wirkungskreis der Hebammen auf die Pflege und den Beirath gesunder Schwangeren, Gebärenden und Säugenden, wie deren Kinder, insbesondere auf Abwartung des gesundheitgemässen Geburtsverlaufs und die Verhütung aller Abweichungen desselben, sowie auf die möglichst zeitige Erkenntniss der letzteren mit Verpflichtung zu sofortiger Herbeirufung eines Arztes und Anwendung derjenigen ihnen zu lehrenden Verfahren, welche die gefürchteten Ausgänge hinauszuschieben vermögen, zu beschränken sei, während hingegen die eigentliche Behandlung der pathologischen Fälle, und insbesondere alle operativen Eingriffe den Aerzten vorbehalten bleiben sollen.

Zu Folge dieser Ansicht muss auch der Unterricht der Hebammen bestimmter als bisher begrenzt werden; denn wenn man behauptet: das Wissen schade nie, sondern nur das Nichtwissen, so gilt dies keinesfalls vom Halbwissen — und das Wissen einer Hebamme bleibt stets ein Halbwissen — sondern nur von der vollständigen Durchdringung einer Disciplin bis zu ihren letzten Gründen. Die Hebammen werden trotz aller entgegenstehenden Versuche, der grösseren Mehrzahl nach, nur auf den Standpunkt der

## 332 XXVI. Dr. Martin, Umfang d. Hebammengeschäftes

Routine, der Anwendung erlernter Regeln und Fertigkeiten stehen bleiben, und für diesen Standpunkt ist es wichtig, nur dasjenige zu lehren, was sie anwenden sollen und dürfen, damit dieses Wenige desto besser begriffen und Das Erlernen von Operationen. fester behalten werde. welche die Hebamme doch nicht nach allen ihren Beziehungen zu würdigen vermag, hat nicht blos den Nachtheil, dass die Zeit für die Brlernung wichtigerer Dinge während der immer verhältnissmässig kurzen Lehrzeit verloren wird, und dass das Gedächtniss der Schülerinnen mit etwas Ueberflüssigem erfüllt wird, sondern auch die noch grössere Gefahr, dass die Hebamme im vorkommenden Fall, auf ihr vorgebliches Wissen und Können vertrauend, theils selbst einen doch meist ungenügenden Hülfeversuch unternimmt und dadurch die vorliegende Störung gewöhnlich verschlimmert, theils die rechtzeitige Herbeirufung eines Arztes versäumt.

Der Unterricht der Hebammen, wie ihn die gegenwärtigen Verhältnisse des ärztlichen Personals in dem grössten Theil von Deutschland, vielleicht mit Ausnahme der wenigen sehr schwach bevölkerten Länderstriche, in welchen die Aerzte ebenfalls einzeln wohnen und daher nicht so leicht und schnell zu den Kreissenden zu schaffen sind, fordert, hat somit meiner Ueberzeugung gemäss die Aufgabe, den Hebammen

- 1) neben einer Uebersicht des menschlichen Organismus überhaupt, eine tüchtige Kenntniss der weiblichen Geschlechtstheile und des Beckens.
- 2) eine gründliche Kenntniss der gesundheitsgemässen Schwangerschaft, Geburt und Säugung und der dabei nöthigen Pflege,
- eine vollständige Sicherheit der Untersuchung und der zur Verhütung von Nachtheilen nöthigen Handgriffe zu gewähren, ferner
- 4) ein möglichst bestimmtes Wissen von den Ursachen und der Verhütung pathologischer Zustände, und von deren ersten Erscheinungen, sowie
- 5) von dem beizubringen, was zu thun ist, bis der Arzt

an das Kreiss- oder Krankenbett kommen kann, um die drohende Gefahr so lange hinauszuschieben.

Hat eine Hebamme dies Alles tüchtig erlernt — und das ist wahrlich nicht wenig für eine Zeit von 3—4 Monaten und für eine Frau, welche seit Jahren des Lerners ungewohnt zu Anfang des Unterrichts wohl sogar beim Lesen und Schreiben Schwierigkeiten zu überwinden hat, — so wird sie Alles das erfüllen, was man von einer Hebamme mit Recht fordern kann; sie wird sich aber auch ihrer untergeordneten Stellung gegenüber dem Arzt bewusst bleiben, und damit werden die häufigen Klagen der Aerzte über Anmassungen und Fehler der Hebammen mehr und mehr verstummen.

Damit aber der Unterricht die gestellte Aufgabe vollkommen erfülle, bedarf es nicht blos einer ganz klaren, unzweifelbaft präcisirten Anweisung im Vortrag, wie in dem Lehrbuche, ferner der möglichst häufigen Uebung und Beobachtung am Phantom und an den Lebenden, sondern auch der in manchen Ländern Deutschlands bereits eingeführten Fortbildung durch spätere von Jabr zu Jahr wiederholte Prüfungen und Erläuterung des Erlebten durch den Lehrer, dessen Unterrichtsweise einmal den Schülerinnen geläufig ist, damit diese das Erlebte an das Gelehrte einfach anzureihen vermögen.

Eine in dieser Weise durchgeführte Ausbildung wird bei der gehörigen Umsicht in der Auswahl der zum Hebammendienst bestimmten Frauenzimmer (welche nach meiner Erfahrung mehr unter den Wittwen, oder ledigen Frauenzimmern zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre ausgesucht werden sollten, da diejenigen Frauen, welche einen grösseren Hausstand und eine zahlreiche Familie zu versorgen haben, in der Regel nicht die nöthige Hingebung für die Hebammen-Obliegenheiten besitzen), das geeignete Personal liefern, um allen denjenigen Anforderungen auf das vollkommenste und sicherste zu entsprechen, welche gegenwärtig von einer Schwangeren, Gebärenden und Säugenden an eine Hebamme gestellt werden dürfen. Zugleich wird damit der alte Krieg zwischen Aerzten und Hebammen dauernd sein Ende erreichen.

#### XXVII.

# Ist bei zurückbleibendem Kopfe nach gebornen Körper des Kindes die Anwendung der Zange dem Handgriffe mit Tractionen an den Schultern vorzuziehen?

#### Vou

Dr. Vogler in Wiesbaden.

Herr Professor Dr. Piers Uso Walter zu Dorpat hat in dieser Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten\*) die Indikationen zu berichtigen gesucht, welche für die Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopfe in neuerer Zeit aufgestellt worden sind, und er legt dieser Berichtigung 31 Zangenoperationen an dem zuletzt kommenden Kopfe zu Grunde, die er in den letzten achtzehn Jahren verrichtet hat. Die Ergebnisse einer früheren 15 jährigen Praxis zu benutzen, trägt er Bedenken, weil seine Notizen, wie er mit lobenswerther Offenheit gesteht, aus dieser Periode zu ungenau seien. Ein wesentlicher Mangel ist, dass wir nicht erfahren, wie viele Beckenendgeburten dieser 18 jährigen geburtshülflichen Praxis durch die Naturheilkraft allein beendigt wurden. Dass Herr Walter aber die Indikation zur Anwendung der Zange sehr häufig als vorhanden betrachtet, geht daraus hervor, dass unter diesen 81 Zangenanwendungen drei Zwillingsgeburten begriffen sind, wo bei beiden Kindern der zuletzt kommende Kopf mit der Zange entwickelt werden musste. Ausserdem kamen bei diesen 28 Frauen noch drei Zwillingsgeburten vor, wo aber nur bei einem Kinde die Operation nöthig wurde, und von diesen 9 durch die Zange entwickelten

•) Bd. III, Hft. 2.

Zwillingen hatten sich 6 als primäre Steisslagen zur Geburt gestellt. Unter den übrigen durch die Zange entwickelten Kindern waren noch zwölf primäre Steisslagen, acht Querlagen des Kindes, drei Schädellagen, bei denen ein Mal wegen Placenta praevia und zwei Mal wegen Vorfall des Nabelstranges die Wendung auf die Füsse mit nachfolgender Extraction vorgenommen wurde. Endlich machte eine primäre Fussgeburt und eine halbe Kniegeburt die Anwendung der Zange nothwendig. Zwei von den 28 Frauen starben. Von den 31 Kindern wurden 19 am Leben erhalten; 12 waren todt, von denen 5 deutliche Spuren eines schon früher stattgefundenen Todes, meist einer mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Fäulniss darboten. Bei dreien lag eine schon längere Zeit ganz pulslose, kalte Nabelschnurschlinge vor, und in einem Falle war die Nabelschnur schon von Fäulniss ergriffen. Zwei Fälle waren langsam vor sich gehende Steissgeburten, die durch die Wehenkraft bewirkt wurden. Dreizehn Kinder kamen scheintodt zur Welt, wurden aber ins Leben gerufen. Zwei boten nach der Geburt noch schwache Spuren des Lebens dar. Herzschlag, selbst schwache Respirationsversuche, wurden aber nicht erhalten. Eins derselben wurde wegen Querlage gewendet, der Körper wurde durch die Wehenkraft, der Kopf mit Hülfe der Zange zu Tage gefördert. Das andere hatte eine Steisslage, mit Vorfall einer grossen, fast pulslosen Nabelschnurschlinge. Es musste ein Fuss herabgestreckt, der Körper ausgezogen, die Arme gelöst und am zuletzt kommenden Kopfe, nach vergeblichen Versuchen mit den Händen, die Zange angelegt werden. Acht der todtgebornen Kinder betrachtet demnach Hr. Walter als schon verstorben, ehe die Zange in Gebrauch gezogen wurde. Von vieren gesteht er ein, dass sie während der Operation, vielleicht während der Anwendung der Zange, ihr Leben verloren, wohl aber gewiss nicht durch die Zange. Elf Mal musste in diesen 31 Fällen der Entwickelung des Kindeskopfs durch die Zange die Wendung auf die Füsse vorhergehen.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich, dass Herr Walter die Indicationen zur Anwendung der Zange bei

sei\*). Weim die Zeit so kostbar ist, dass er zu källen's Bath: "Die Operation kann (bei suletzt kommendem Kopfe) begreiflicher Weise aur auf dem Querbeger mit der bier nnerlässlichen Präcision verrichtet werden. ". die Bamerkung (S. 108) macht: "Läugnen lassen sich die Norzüge dieses Lagers nicht. ---- dagegen tritt uns ein grosser Neichtheil nur zu häufig hier entgegen, der alle - Vorzüge des Querbettes überwiegt; es ist dies nämlich der hier so sehr wichtige Zeitverlust, den die Zubereitung selbst des einfachsten Querbettes und dis Hinüberheben der Frau auf dasselbe alle Mal erzeugen muss;" de kaben wir des Recht zu fragen, warum er im obigen zweiten Falle so viel Zeit verschwendete, indem er erst die Ausstossung des Kindeskörpers den Wehen überliess, wodurch ihm die Lösung beider Arme jedoch nicht einmal erspart wurde, und dann noch die Zange anlegte, um den Kohf zu entwickeln? Wir lesen Herrn Waltens Antwort auf diese Frage Seite 107, wo es heisst: ..., Bs war bisher ein allgemein gultiger Grundsatz, die Kraft, die den Kopf zur Welt bringen sollte, nur auf ibn allein einwirken zu lassen, die Wirbelsäule in dieser Beziehung sorgfältig zu schonen. Deshalb wurden auch Hand oder Zange immer an den Kobf selbst angelegt." (Demnach wäre die Entwickelung des Steisses mittels der Zango, des Hakens wie der Hand ein Febler?) "In der Prager Methode wirkt die Kraft dagegen blos auf die Wirbelsäule, und zwar vorzugsweise auf das Halsstück derseiben. Der Gedanke an Dehnung und Zerrung des Rückenmarks, mit ihren für das Kind so nachtheitigen Folgen, das Bild sines abgerissenen und im Becken steckenkebliebenen Kopfes, eines, Gott sei Dank, mit dem Gebrauch der Kange fast ganz aus der geburtshülflichen Praxis verschwündenen unglücklichen Zufalles, drängen sich unwillkürlich bei Betrachtung dieser Methode auf und haben mich bewogen. lieber die älteren, vielleicht weniger wirksamen, aber auch wohl weniger gefährlichen Encheiresen beizubehalten und. wo sie nicht ausreichten, zur Zange zu greifen."

**.** .

'\*) a. a. O. S. 90,

Derum also unterliess Hr. Walter, ob er gleicht sehr wohl eindah, wie wichtig für das Letten, des Kindes in jenom Felle die schnelle Reendigung der Geburt war, die so nahe liegende Extraction des Kindeskörperspund Körfes durch den Handgriff, die so viele Aussichten zur Bettung des Kindes darbot. Es ist wahr, dass F. B. Oniunder und mehrere Andere diese Furcht vor dem Ziehen an den Schultern des Kindes, els huchst gefährlich fähldessen Loben, theilten. War doch auch die Welt ein helbes Jahrhundert-lang in Schreaken und Angst vorsidem Gesponst des Scheintodes und des Lebendigbegrabenwerdenst Aber Herr Walter ist in einem grossen irrthume befangen, wenn er meint, blos Kimitch und Scansoni, blos die Preger Schule und meine geringe Person hielten den Zug an den Schultern für nützlich und, wenn er mit Vorsicht ausgeübt werde, auch für gefahrlos. Im Provinc. Journ. Ded. 1847, Jan., Febr., April, Octor. 1848 erschien Simpson's Abhandhung: ""Die Wendung als Breatzmittel für Perforation und Anwendung der langen Zange bei Deformität des Beckeneinganges "\*\*), den ich zwar, beiläufig gesagt, nicht in allen Sincken unterschreiben müchte, aber unbedingt darin, dass Simpson das Ziehen am Halse des lebenden Kindes für Mutter und Kind unter geeigneter Vorsicht ganz gefahrlos findet, und sich auf Smellie und Denman beruft, welche lebende Kinder zur Weit brachten, an deren Rumpfe sie mit allen Kräften gezogen. Das sind zwei gewichtige Namen derfähteren Schule; die der zu Prag mit einem Beispiel vorangingen, das weit kühner war und den Briefg für sich hatte. Gewiss ist, dass Herrn Walter's Indication zur Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopfe, bei vollkommen günstigen räumlichen Verhältnissen, bei günstiger Kupfstellung, blos deswegen, weil die Wehen ausbleiben, fallen muss, wenn es feststeht, dass der Handgriff, bestehend im Ziehen an den Schuttern und geeignetem Binwirken auf den Kopf des Kindes, sicherer, schneller und ohne Gefahr für des Kindes Leben die Entbindung bewerkstelligen kann. Dass der Handgriff in der Regel schneller · / · · . uL\_\_\_\_ 

1 \*) conf. Schnick's Jahrbücher 1849g14. ....

22\*

und für die Mutter gefahrloser zum Ziele führt, els die Zange, dartiber waltet ohnehin wohl kein Zweifel. Dass er bei vorsichtiger Anwendung auch des Kindes Leben nicht gefährdet, dass vielmehr der Hals des Neugebornen einen bedeutenden Zug an den Schultern verträgt; kann Herr Walter, fells ihn die Brfahrungen von Denman, Smellie, Küvisch, "Simpson, Scansoni u. a. nicht überzeugen, aus dem von Kilian und Sack verrichteten Kaiserschnitte entnehmen, iden, letzterer in der Deutschett Klinik 1853. 19. beschrieben hat. Der Kopf des Kindes war in diesem Falle so fest in das kleine Becken eingekeilt, dass eine sehr bedeutende Gewalt angewendet werden musste, um ihn herauszuziehen und aus der Bauchschnittwunde zu entwickeln. Dennoch kam das Kind, beiden Geburtshelfern unerwartet, Jebendig zu Tage.... . •

Ich stimme daher, wie Herr Walter richtig bemerkt, dem Verlahren von Kiwisch und Scansoni in Bezichung auf den Handgriff durch Ziehen an den Schultern des Kindes, um den Kopf desselben zu entwickeln, nicht nur ganz bei, sondern ich habe bereits im 4ten Bande der neuen Zeitschrift für Geburtskunde, also lange vorher, ehe Kinoisch das Verfahren der Prager Schule bekannt gemacht hatte, in einer -1640 geschriebenen Abhandlung: "Biniges über schwierige Kopfstände und deren Indicationen etc." den Nutzen und die Gefahrlosigkeit, dieses Verfahrens und seing Vorzüge vor der Anwendung der Zange nachgewiesen, also lange. 'ehe ich wissen konnte, dass ich mich mit diesem hochgeachteten Namen in so erfreulicher Weise über diesen Punkt thereinstimmend fand. . 

Dagegen muss ich dem Herrn Prof. Walter sehr bestimmt widersprechen, wenn er mich anklagt, ich empfehle noch einen Handgriff, der noch auffallender sei, als der der Prager Schule; man soll nämlich, lässt mich Herr Prof. Walter sagen, während die eine Hand an den Schultern zieht, zwei Finger der andern Hand in die Augenhöhlen setzen, und am untern Orbitalrande ziehen, ohne dass davon Nachtheil für die zarten Augen zu befürchten sei. In der von Herrn Walter allegirten Abhandlung über die Anwendung der Zange nach der Extraktion des Rumpfes bei festsitzendem Kopfe<sup>#</sup>) heisst es jedoch wörtlichr<sup>-1</sup>; Gewies schlagen aber, wenn das Kind noch iebe, die Gebartshelfer; welche die Entfernung des zurückgebliebenen Kopfes durch die Zange empfehlen und jedes Ziehen in den Schultern unbedingt wätersägen; die Gelahr zu hoch an, welche dem Kinde durch solohe vorsichtige Tractionen drohen konnte. Ich habe schon früher<sup>#</sup>) nachgewiesen; dass die Helswirbel einen ziemlichen Grad von Dehnung vertragen.

Die Zange wird hier weder als Mittel zur Beschleunigung der Gebuirt, noch zur Verbesterung der Kopflege ingend einen Vorzug vor dem Handgriffe in Anspruch nehmen können. Zwar ist die Qualification der Zange els lageverbesserndes Mittel: schon: von Osiander und: Anderen angedeutst, von Kindisch dagegen neuerdings (wohn auch nicht in solcher Ausdehnung wie von Soansoni) näher hervorgehohen worden. Allein der von zwei Zangenlöffeln umfasste und einigermassen zwischen sie eingepresste Kopf wird doch stets den Tractionen der Zange unbeholfener und ungeschickter nachgeben, selbst wenn der Gebartshelfer sich noch so sehr bemüht, dieser beim Anziehen die geeigneten Drehungen um ihre Längenaxe zu ertheilen, als ein schläpfriger Kopf, der durch schläpfrige Geburtswege mittels der Gewalt der Weben oder vorsichliger Schultertractionen unter geeigneter Mitwirkung 'zweier an .das Gesicht des Kindes gelegter Finger der anderen Hand bindurchgeleitet wird. and an a set of the art of the

.

Ist aber das Kind todt und hat der Geburtshelfer beim Zurückbleiben des Kopfes nach gebornem Körper blos die Rettung: der Mutter: zu berücksichtigen, so kann ihm aus der Anlegung der Zange durchaus kein Vortheil erwachsen, es mütste denn der sein, dass er seine schon durch die Wendung erlahmten Finger dabei etwas mehr schonen kann, als dies bei der Anwendung des Handgriffes möglich ist. Für die Mutter ist die Anwendung der Zange jedenfalls das angreifendere Verfahren. Das Abreissen des Kindeskörpers ist nur bei hohem Grade- von Fäulniss oder dann

Neue Zeitschfift f. Geburtskunde XXVI: 3. 1849.
 Ibid. Bd. XI, 1842.

zu fürchten: wenn der Geburtsheller die Fassung verliert und sich statt behatsamer Tractionen unvorsichtiges Reissen su Körper des Kindes erlaubt; oder endlich dann, wenn ein erheblighes Missverhältniss swischen den Dimensionen des Kindeskonfes und des mätterlichen Beckens die Kopfentwickelung mittels des Handgriffes sehr achwer oder unthunlich macht. .. In diesem Falle wird aber auch die Anwendung der Zange entweder ger nicht zum Ziele führen, oder einen dem Leben der Mutter gefährlichen Operationsact erfordern. In solchem Falle ist entweder die Perforation und Enthirnung erforderlich, die aber in dieser Lage freilich grosse Schwierigkeiten darbietet; oder es ist. die Anwendung des scharfen, in den meisten Fällen aber des stumpfen Hakens angezeigt, die mit Rücksicht auf die Erhaltung der Mutter der Zange noch um Vieles vorzuziehen ist; und nicht solten gelingt die Extraction des Kopfes nech ohne Haken dadurch, dass mit dem Ziehen an den Schultern des Kindes der Zug mittels zweier Finger der anderen Hand an der unteren Kinnlade, durch Binbringen in den Mund oder an dem unteren Rande beider Augenhöhlen verbunden wird. Jeder Geburtshelfer kann an sich salbst den Versuch machen, dass durch, das letztere Manöver ein bedeutender Druck ausgeübt zu werden vermag, ohne den Auganfel im mindesten zu gefährden, und man braucht es deher auch heim lebenden Kinde durchaus nicht zu scheuen, während hier den Zug an der unteren Kinnlade grossen Nachtheil bringen könnte.

loh habe schon erklärt, dass ihh glaube, bei mehreren Wendungen durch den Handgriff, werbunden mit Tractionen an den Schulzern, das Leben der Kinder erhalten zu haben. Und noch nie seit dreiszig Jahren: fisbe ich der Zange bedurft.

Wehl habe ich mich in manchen Fällen: wegen grosser Erschöpfung meiner Finger nach ihrer Anwendung gesehnt, bin jedoch stets mit dem Handgriffe zum Ziele gelangt, mit zweien Ausnahmen, in 'denen aber auch die Zange unanwendbar war."

So lautet wärtlich die betreffeude Stelle des von Herrn

e de la sec

Walter sitirten, von mir in dieser Zeitschrift erschienenen Aufsbizes.

Wenn aber Herr Professor Piers Uso Walter zu Dorpat eine und dieselbe Person ist mit dem Herrn Staatsrathe und Director der geburtsbülflichen Klinik daselbst, der mich vor mehreten Jahren mit seinem Besuche beehrte --- and es ist dies kaum zu bezweifeln, da aus der Abhagdlung des Herrn Prefessors Walter hervorgeht, dass er bereits' drei and dreissig Jahre die Geburtshülfe ausüht ---; so muss' ich Zweierlei tebhaft bedauern. Brstlich dass meine Ansicht uber die Indicationen der Zange bei zuletzt kommendem Lopfe von der seinigen so bedeutend abweicht, während wir bei unserm persönlichen Zusammentreffen über die wichtigsten geburtshülflichen und staatsürztlichen Fragen sehr erfreulich übereinzustimmen schlenen. Zweitens, dass ein Mann seines Namens und seiner Stellung es nicht verschinäht hat, meine Abhandlung über den fraglichen Gegenstand in so wahrheitswidriger und entstellender Weise zu erwähnen. Ich kann nicht glauben, dass er absichtlich mich habe verunglimpfen wellen der jedenfalls hat er meinen Aufsatz, den er citirt, höchet leichtfertig und oberflächlich gelesen. Denn es ist ganz unrichtig, was in Herrn Walture Aufsetz Seite 87 zu lesen ist, dass ich mich ganz gegen den Gebrauch der Zange in diesen Fällen erklärt habe: ich lasse die Zange, wie aus der angeführten Stelle hervorgeht, selbst bei tedtem Kinde unter gewissen Umstanden zu, mithin in einer grösseren Ausdehnung als Ki-Han, der sie nur bei gutem Kopfstande und bei noch vorhandenem Leben des Kindes für angezeigt hält und auchdann' erst, wenn der Handgriff 10 bis 15 Minuten lang vergeblich angewendet worden ist, der aber bei üblem Kopfstande und wom bei hillänglicher Vorbereitung der Theile und gehöriger Wegsamkeit des Beekens der Tod der Frucht gewibs ist, die Anwendung der Zange missbilligt. Ich habe in jener Arbeit nachgewiesen, wie wenige Falle nach gebornem eder enthundnem Körper sich dieser Indication Killans zu Folge noch zur Anwendung der Zange eignen. Ebendaselbst habe ich gezeigt, wie bedeutend Ki-

wisch von dieser Indication Kilians abweicht, indem er "nur dort, wo das Herabtreten des Kopfes nicht.-bald erfolgt, und die Anwendung einer ungebührlichen Gewalt hiezu nöthig wäre." zur schleunigen Application der Zange räth, "welche Nothwendigkeit sich jetloch nur in höchst seltenen Fällen erglebt, wo in der Regel für die Lebensrettung des Kindes nichts mehr zu hoffen ist." Beide Geburtshelfer stimmen: also, wie ich iebenfalls dort sezeist habe, mit mir gegen Herrn Walter danin überein, dass die Zange nur in höchst seltenen: Fällen, bei zuletzt kommendem, øder, wie ich mich in meiner Aufschrift zu dem von Herrn Walter angegriffenen Aufsatze mit Vorbedacht ausgedrückt habe, bei festsitzendem Kopfe gebraucht werden dürfe: nur über die Indication selbst sind sie gerade entgegengesetzter Meinung. Irre ich also, so irre ich in schr guter Gesellschaft, was Herr Walter chenfalls entweder ignorirt oder übersehen hat, und diese Gesellschaft möchte sich beträchtlich vergrössern "wenn wir die Handblicher in dieser Beziehung durchmustern wollten. Die Zahl der Geburtshelfer, welche gegen unnöthige und ungerechtfertigte Zangenanwendung sich aussprechen, ist sehr ansehnlich. 1 2 1 . . ....

Wollte Herr Walter diese Unrichtigkeit mit meiner Erklärung entschuldigen, dass ich noch nie bei zuletzt kommendem Kopfe die Zange angewendet habe, so kann ich nur erwidern, dass es denn mindestens übpreilt war, deraus meine Verwerfung der Operation selbst zu folgern. Wer dreissig Jahre lang alle ihm vorgekommenen Kepfblutgeschwülste zur Zertheilung gebracht hat, würde der vernünftig handeln, darauf hin die Entluerung durch den Einschnitt zu verwerfen und ihn zu unterlassen, wenn er durch besondere, Umstände angezeigt wäre? Kann der, welcher in einer langjährigen Praxis nie einen Vegitus uterinus gehört hat, sein Vorkommen aus diesem Grunde vernünftiger Weise leugnen? Und doch ist es nur zu wahrscheinlich. dass Herr Walter diesen Fehler, begangen hat, als, er die Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopfe in solcher Ausdehnung empfahl; als er sie jedge Mal für indi-

#### . dér Zamge bei zuftickbieihendent Kopfe. 2 845

eist erkläste, wenn der Handgriff, der, wie er ihn verrichtot, schr häufig erfolglos: sein::muss., einige Minuten: vergeblich angewendet worden. Wenn, wirklich bei seinen 31 Zangenoperationen: das! Kind thte , cito et jueunde laus der Gebärmutter, entfernt, und durch das Anlegen der Zange keine kestbare Zeit verlonen worden ist, denn kann Herr Walter von einem Glücke sagen, welches nur wenigen Geburtshelfern beschieden soin dürfte. ich wenigetens: der in Rezichung auf Extraction des Kindeskörpers und Lösung des Kopfes vorzugsweise die Grundsätze Osianders eingesogen hatte, obgleich auch Naegele und Elias nen Siebeld meine Lehrer waren, wurde, als ich meine geburtshulfliche Thätigkeit in den entlegenen Ortschaften des Westerwaldes und des Taunusgebirges, entwickelse, sehr bald inne, dass nach einer mühsamen Wendung der Osiander'sobs Handariff, des Anlegen der Finger an die Jochbeine des Kindes in der Begel wirkungslos und das Anlegen der Zange häufig weder ein, leichtes Werk, noch im Stande war, die Geburt tute, joito, et jugunde, wie Herr Walter rühmt, zu beendigen; dass vielmehr sehr häufig schon des Anlegen der Zange bei Kopfgeburten sehr schwierig und zeitraubend war, und dass die Entwickelung des zuletzt kommenden Konfes durch die Zange nicht allein für das Kind, sondern auch für die Mutter oft sehr gefährliche Folgen hätte haben können, Fragt Herr , Walter, woher, ich das wisse, da ich geständig sei, den zuletzt kommenden Køpf nie, durch, die Zange erlangt zu haben, so, antworte ich: aus der Schwierigkeit, mit der in solchen Fällen meist schon jeder Zoll des Kindsskörpers durch die Extraction dem Becken der Mutter abgewonnen werden musste, und aus der Anstrengung, die es mich kestete aden Kopf, durch Ziehen an den Schultern und durch die schon angeführten Handgriffe zu Tege zu fördern. Wenn ich in diesen Gebirgsgegenden von einer mühsemen Wendung oder, Extraction ermödet, bei deren Beginne das Kind noch deutlich gelebt hatte und von der menschlichen Hille so weit, blas, eine "Dorfhelsamme zur Seiten von der ich mich daan am wenigsten konnte ablösen lassen; fand, dass der Kopf dem Handgriffe an Hinterhaupt und Jochbeinen, nicht: folgen, wollte, dann lag

#### 846 XXVII. Dr. Nogler, Ueber die Anwendung

es oft so nahe, die Finger der einen Hand einige Linien böher als an die Jechbeine, die der andern einige Zell tiefer als an das Hinterhaupt, wo sie unmöglich etwas ansrichten konnte, anzulegen, dass sich der höchst wirksame Zug an den Schultern und an dem unteren Augenhöhlenrande mir gleichsam unwillkürlich aufdrang. Und nie kans ich in die Lage, die Finger soweit vorzuschleben, dass sie den Augspfel berührten oder gar drückten. Von dem, was mich Herr Walter thun und Anderen anempfehlen lässt, nämlich, während die eine Hand an den Schultern ziche, zwei Finger der andern Hand in die Augenhöhle zu setzen und am untern Orbitalrande zu ziehen (s. dessen Aufsatz S. 107), wird man schwerlich in meiner ganzen Abhandlung ein Wort finden, wenn man auch von der Unwahrscheinlichkeit eines so abentbeuerlichen Vorschlags absehen und ihn für möglich halten wollte. Vielleicht hat Herrn Walter die Entbindung in seinem etwas untreuen Gedächtnisse vorgeschwebt, die ich daselbst erzählt habe, wobei ich wegen zufetzt kommenden Kopfes, nach sehr ani haltend aber fruchtlos versuchtem Handgriffe gern die Zange angelegt hätte, obgleich das Kind unzwelfelhaft schon mehrene Stunden todt war. Der Zug an den Schultern erforderte cime/solche Gewalt, dass cher ein Abreissen als ein Durchgleiten des Kopfes zu erwarten ward Meine Finger am untern Orbitalrande des Kindes versägten endlich den Dienst und das Anlegen der Zange war ebenfells unmöglich. Die Entbindung getang dadurch, dass ich mit ebensoviel Anstrongung als Sorgfalt in jede Augenhöhle einen stumpfen Haken einführte und so unter gleichzeitigen Zügen an den fest gegen die Geburtstheile der Mutter angedrängten Schultern des Kindes einen sehr bedeutenden Hydrocephalus zu Tage förderte. 'Die Mutter genass langsam. Dieses Ringriffes in die Augenhöhlen eines mit Gewissheit abgestorbenen Kindes schäme ich mich durchaus nicht, denn die Zange, wenn sie anzulegen gewesen wäre, hätte den Kopf gewiss weder tute noch dite, am wenigsten aber juounde für die Mutter aus deren Becken entfernt. Ob die Entbindung mittels Perforatorium und Kephalotribe für die Frag sicherer und angenehmer gewesen' ware, ists die engewendete Methade, bin. ich denfalls geneigt ich aber

- 9 Auf die Gelahr hin also, von Herrn Walter dieselben Vorwürfe zu orfahrien, die er der Lachapelle und Beiein (Seite 88) machte, dass sie nämlich mit der Zange nicht gehörig unzugehen wüssten, muss ich es hier anstarechen. dass die meisten Indicationen des Herrn Walter zur Ansvendung des Zange bei sulstzt kommendem Kopfe ungerechtlertigt und unzulässig sind und sehwerlich nach den Ansichten der neueren Geburtahilfe wieder das Bürgerrecht in dem operativen Theile derselben; erlangen werden. Nach seinem eigenen. Geständnisse weren unter den 34 Geburtsfällen, in denen er den zuletzt kommenden Konf mit der Zaske answickelte, neun Zwillingsgeburten, eine primäre Fussiage, acht Querlagen, achtzehn primäre Steiselegen und eine Ablbe Kniegeburt. Nur zwei Mal. war Bechenenge vorhenden und bei der Geburt; ergeb sich Querlage des Kindes in diesen beiden Fällen. Die näumlichen Verhältniste waren also; bei 29 Kindern glinstig ... sehr glinstig, bei 10. worunter 9 Zwillingskinder. Zwilf Kinder wurden durch die Zange todt zur Welt hefördert, worninter acht schön vor der Entbindung abgestorben waren. Es ist oben gezeigt worden, dass die Indication zur Zangenanwendung bei guten, räucelichen Verhäknissen, lediglich, aus, dem Mangel an guten Geburtswehen, aus der Gefahr des Absterbens der, Frucht bei längerer Gehurtsverzögerung und aus der Angight abgeleitet wurde, dass der Handgriff mit Tractionen an den Schultern für das Kind gefährlich, mithin verwarflich sei. Dass diese Annahme durch zahlreiche Erfehrungen widerlegt wird, ist bereits oben dargethan worden. Dass sie in der Geburtshulfe zu einer übermässigen, nicht zu billigenden Anwendung der Geburtszange führt, zeigt Herrn -Walters Brisniel augenscheinlich. Er, der den Geburtehelfern in Deutschland den in der That nicht ganz unbegrundeten Vorwurf macht, dass sig su blung und ohne genügende Indication die Zange, bei voranstehendem Konfe anwenden, verfällt in denselben Fehler bei zuletst kommendem Kopfe. Einer Hypathese zu gefallen, die täglich durch die Briebrung widenlegt wird, verschmäbt er das Mittel.

was hier die Natur uns biebit; um das Kind zu retten und die Geburt rasch zu beendigen, den Zug an den Schultern und greift zu dem künstlichen, der Geburtsnange, die keineswegs für Matter und Kind so unbedenktich ist, als er uns mit den Worten, sie wirke tute, cito et juounde, giauben machen will. Zwar gebe ich zu, dass der Ruhm, ein glücklicher Zangenoperateur zu sein, leicht erworben werden kann, wenn man die Zange da anlegt; wo sie ebense überflüssig als leicht zu handhaben ist. Auf gleiche Weise werden diejenigen Geburtshelfer die meisten glücklichen Zangenentbindungen aufweisen, die bei voranstehendem Kopfe sich beeilen, zur Zange zu greifen, damit ihnen die Wehen nicht zuvorkommen und damit sie sich das etwas demütnigende Gefühl ersparen, lediglich die Stelle der Habamme vertreten zu haben. In den meisten solchen Rällen mag es auch eitigermassen verzeihlich sein, mit dem Damme der Mutter etwas leichtsinnig umzugehen, obwohl ich Herrn Walter darin beistimme, dass die meisten Dammrisse lange micht mehr iso bedenklich aussehen, wenn einmal die Geschwulst der Geburtstheile im Wochenbette gefallen ist. Nur möge Herr Walter nicht vergessen, dass er in so leichten Geburtsfällen, wo das Leben des Kindes nach gebornem Körper keineswegs in so dringender Gefähr schwebt. als nach einer mühseinen Wendung oder Extraction, mit der Zange doch gerade der Mutter durch Zufügung eines Dammrisses eine Verletzung bewirkt, deren grössere oder geringere Bedeutung er nie im Voraus sicher ermessen kann und die durch den Handgriff in der Regel vermiesish wird. . . . ... 1. .

Am greihsten tritt aber das Fehlerhafte der Walterschen Indicationen zur Anwendung der Zeinge bei suletzt kominendem Kopfe und die Inconsequenz der dabei angewendeten Grundsätze da hervor, wo Herr Walter von seiner geburtshülflichen Thätigkeit am zuletzt kommenden Kopfe abgestorbener Kinder spricht. Unverkennbar fiel es ihm re bene gesta selbst etwas unheimlich auf; dass er von 91 Zangenentbindungen zweif an todten Früchten verrichtet hatte. Bei einer genaueren Betrachtung dieser Fälle, meiht er, könne men die ersten acht hier ganz wegtassen, indem

die Kinder schen vor der Anwendung der Zange als verstorben anzusehen waren und bei Berechnung des Sterblichkeitsverbältnisses nicht in Betracht kommen konnten. Doch fühlt er, dass er sich hier die Frage nicht wohl ersparen durfte, weshalb er üherhaupt bei gewissem Tode desi Kindes zum Gebrauch der Zange geschritten sei, "da in diesen Fällen wenigstens keine Bile, nöthig war, linden die Naturkraft, wenngleich nach längerer Dauer der Geburt, den Kindeskopf ausgetrieben haben würde? ".Es sei, indess bei der Geburt in vielen Rällen schwer, ja bismeilen unmaglich, mit Sicherheit zu bestimmen, ob das Kind tedt oder blos im scheintodten Zustande sei, aus dem es nuch Beendigung der Geburt wieder zum Leben zurückgebracht werden könne. Diese Ungewissheit zwinge aber den Geburtshelfer zur schnellen Anwendung der Zange, umidas vielleicht nach nicht ganz erloschene Leben zu erhalten. Ausserdem ; sei , hier das oft mehrere Tage hindunch andauernde Leiden der Mutter ebenfalls zu herücksichtigen, indem es gewiss nicht ohne Einfluss sei, wenn nach so langer Qual dar Kopf woeh Stunden hindurch im Becken bleibe. -- Die Operation sei, gut ausgeführt, für die Mutter ohne Gefahr; "so sei es wohl leicht erklärlich, weshalb die Zange auch noch angewendet werde, wou'des Leben des Kindes nicht mehr zu retten sei, des Leiden der Gebärenden aber abgekürzt werden könne."

Diese Stelle zeigt doch dem Unbefangenen ausdrücklich, wie blind und irrationell der Herr Verf. für die Anwendung der Zange bei zuletzt kommendem Kopfe eingenommen ist. . 11 ...

Wir wollen nicht näher in die Inconsequenz und Unzuverlässigkeit eingehen, welche darin liegt, dass er in einem Athen die acht vor der Zangenanwendung abgestorbenen Kinder bei der Sterblichkeitsberechnung als unzweifelhaft todt ausser Betracht lassen will und sie doch mit der Zange zu Tage fördert, weil sie möglicher Weise noch leben könnten. Wir wollen ihm nicht bange machen vor dem liebenswürdigen Anhauche des Herrn Dr. Seyfert in Prag, wenn derselbe je erführe, dass Herr Walter sich nicht

5.

619

#### 352 XXVII. Dr. Vogler, Ueber d. Anwendung d. Zange etc.

keine der mir vorgekommenen Früchte eine hinzeichend mongolisch ausgeprägte: Gesichtsbildung hatte, am gegen die Jochbeine nur. einen zum Herabiführen des Kopfes wirksamen Druck, geschweige denn ieinen dem Zweck entsprechenden Zug daran zu vollbrängen. Die Finger glitten stets, ohne einen Haltpunkt gewinnen zu können, wirkungslas am Oberkiefer herab. Rückten aber Zeige- und Mittelfinger --- denn fast nie . habewich eines: weiteren : bedurft --- :an dem Processus frontalis eines jeden Jochbeins bis zum äusseren und unteren Rande der Augenhöhlen hinauf, so war der Haltpunkt gewohnen und ein wirksamer Zug und Druck möglich, der Qaiander ohne Zweifel nur deshalb so oft im Stiche liess und zut Anwendung der Zange nöthigte: weil er sich nicht mit der Gefahillozigkeit eineb mässigen Dehnung tier, Halswirbel vertraut machen konnte und jemein Handgriffe nicht durch i den : so wirksamen!: Zug :an :den Schulternezu Hülfe kama, eta di ada esse e de 1.

Die Gründe sind zu wichtig, die vor der Einführung überflüssiger Instrumentalhülfe in der obstetricischen Praxis warnen. Nur zu oft gewinnen Grundsätze in der Geburtshülfe die Oberhandundie es zur Pflicht mächten, der Natur Gewalt anzuthun, aben zie geschah es ungastraft. Ohne Zweifel würde dies auch den Grundsätzen des Herrn Profensors Walter begegnen, wehn sie, was wir aufrichtig nicht würde nicht auf einige Zeit ausgedehntere Geltung verschaffen sollten. Es ist Alles sohen dagewesen. Möchten wir doch nicht auf Kosten der Gebärenden und ihrer Leibesfrüchte uns zum zweißen Male zu überzeugeh Gelegenheit haben, dass diese Grundsätze kanm erst mit soluberwiegenden Gründen und mit so grossem Rechte aus der Geburtshülfe verbannt worden sind.

· ·,

. 1

i, .:' . . . :

ar 6 4.

XXVIII. Dr. Busch, Die geburtsh. Klinik etc. zu Berlin. 858

# XXVIII.

# Die geburtshülfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelm's Universität zu Berlin.

# Dritter Bericht,

# den Zeitraum von Anfang 1842 bis Ende 1847 umfassend,

von

Dr. Busch.

#### (Schluss.)

Uebersicht der gestorbenen Wöchnerinnen.

Von den 64 gestorbenen Wöchnerinnen erlagen 5 den Folgen der Geburt und 59 Krankheiten im Wochenbette. Uebersichtlich zusammengestellt starben an:

1. Ruptura uteri	۰.	1
2. Anämie nach Blutfluss in der 5ten Geburtsperiode		4
3. Endometritis.		3
4. Peritonitis		2
5. Metrophiebitis c. Endometritide		1
6. Febris puerperalis	•	50
a) Metrophlebitis		•
b) Endometritis septica 3		
c) Peritonitis exsudativa		
7. Mania puerperalis		1
8. Phthisis pulmonum		1
9. Febris hectica		1
Summa	•	64

# II. Störungen der Bildung und der Gesundheit der Neugeborenen.

Es wurden überhaupt von sämmtlichen Kindern 256 todtgeboren und 130 starben während des Wochenbettes. Der Tod des grössten Theiles der letzteren hatte seinen Hennissehr. f. Geburisk. 1884. Bd. IV, Br. 5. 23

# 854 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Grund in allgemeiner Lebensschwäche, indem dieselben theils vor der Reife geboren worden, theils nach schwierigen Geburten asphyktisch zur Welt gekommen waren und nicht zur vollen Entwicklung der Lebensthätigkeit hatten gebracht werden können. In Bezug auf die Asphyxie der Neugebornen traten auch hier die schon früher besprochenen Unterschiede in der Art des Scheintodes hervor, indem eine Zahl die charakteristischen Zeichen der Blutfülle, und eine andere die des Blutmangels trugen. Die Behandlung war die in den früheren Berichten angegebene: bei Zeichen von Blutfülle und Congestion nach dem Gehirn wurde eine kleine Quantität, bis zu einem Esslöffel voll Blut aus der Nabelschnur gelassen, kalte Uebergiessungen des Kopfes im warmen Bade vorgenommen, Aether aufgetröpfelt u. s. w. Zeigten sich die Kinder dagegen bleich und schlaff, so wurden Reizmittel angewendet, als Auftröpfeln von Aether auf die Brust, Anspritzen von kaltem Wasser, Reiben der Haut im warmen Bade, Schläge auf die Hinterbacken, Bürsten der Handteller und Fusssohlen. In den höhern Graden der Asphyxie reichten diese Mittel niemals zur Belebung der Kinder aus; mit einigem Erfolge wurde in diesen Fällen das Eintauchen des ganzen Körpers bis zum Kopfe in kaltes Wasser angewendet, welches in der Regel wenigstens einige Inspirationen hervorrief; am wirksamsten zeigte sich aber das darauf folgende Frottiren des ganzen Körpers mit warmen wollenen Tüchern, dem zunächst Röthe und vermehrte Wärme der Haut, lebhafterer Herzschlag und endlich regelmässige Respiration folgte. Durch Einblasen von Luft in die Lungen wurden nicht andern Beobachtungen entsprechende Erfolge erlangt.

Ausserdem kamen folgende Bildungsfehler und Krankheiten vor:

#### 1. Hemicephalus.

Es wurden 3 Kinder geboren, denen das Schädelgewölbe fehlte, und deren monströser Kopf unmittelbar auf den Schultern sass. Eines derselben wurde todt geboren, die beiden andern aber lebten, und zwar das eine einen ganzen Tag nach der Geburt.

# 2. Hydrocephalus.

Mit Wasserkopf wurde im Jahre 1845 ein Kind weiblichen Geschlechts geboren. Die Nähte der Kopfknochen und die Fontane<sup>1</sup>len standen weit auseinander, so dass die Durchmesser des Kopfes bedeutend vergrössert waren; sie betrugen  $6\frac{1}{2}$ ",  $3\frac{1}{2}$ " und 4". Ausserdem waren beide Füsse des Kindes als Plattfüsse und der rechte zugleich als Klumpfuss gebildet. Das Kind kam asphyktisch zur Welt, wurde zu nur unvollkommener Respiration gebracht und starb bald.

# 3. Varus.

# Zwei Knaben wurden mit Klumpfüssen geboren.

4. Spina bifida.

Im Jahre 1843 wurde ein Kind mit Spina bifida geboren, welche das ganze Kreuzbein einnahm. Es lebte noch 14 Tage, während welcher Zeit es fortwährend an Convulsionen litt. Bei der Section zeigte sich der Sack der Spina bifida dunkelgrau gefärbt, durch eine grosse Oeffnung nach aussen aufgebrochen; die innere Fläche war geschwürig und mit eitrigem Sekrete überzogen. Nach oben ging der Sack in die Rückenmarkshöhle über, nach unten endete er blind, und es konnte kein Kanal für die Cauda equina aufgefunden werden. Das Rückenmark war bis etwa zum 10 Brustwirbel hinauf vollkommen in eitrige Masse verwandelt. Bei Eröffnung des Schädels drängte sich gleich das ödematose Gehirn hervor; unter der Arachnoidea fanden sich am grossen Gehirn fleckenweis Exsudate von dickem Eiter: das kleine Gehirn aber und das Rückenmark bis zum 2ten Rückenwirbel waren mit einer zusammenhängenden dicken Schicht eitrigen Exsudats bedeckt. Die Hirnhöhlen waren sehr ausgedehnt und enthielten etwa 2 Unzen wässriger, mit Eiterflocken gemischter Flüssigkeit.

5. Wolfsrachen, doppelte Scheide und doppelter Uterus.

Im Jahre 1847 wurde ein schwaches Kind weiblichen Geschlechts geboren, an welchem sich atrophische Augäpfel, ein Wolfsrachen und vollständig doppelte Scheide und doppelter Uterus vorfanden. Das Präparat wird im Kabinette der Entbindungs-Anstalt aufbewahrt.

# 356 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

6. Verbildung der Geschlechtstheile und der linken Hand.

Bei einem Mädchen fanden sich die Geschlechtstheile kaum entwickelt: die Clitoris sehr gross, dicht über dem After, nach hinten mit einer gespaltenen Harnröhre, deren Oeffnung jedoch kaum linientief blind endigte. Der Urin floss durch den Mastdarm ab. Nach dem bald erfolgten Tode des Kindes wurde die Section gemacht und es fand sich nun der Uterus von der Grösse einer Erbse, hohl und in einen Schlauch auslaufend, der in den After dicht über dessen äusserer Oeffnung mündete; ebenso konnte die Urethra von der Blase aus in diesen engen, die Vagina darstellenden Schlauch verfolgt werden. Auf jeder Seite des Uterus fand sich ein Qvarium und eine Tube, auf der linken unentwickelt und in nicht ganz deutlichem Zusammenhange mit demselben; rechts entsprang die stärkere Tube aus dem rechten Horne des Uterus. - Ausserdem fehlte dem Kinde an der linken Hand, welche rechtwinklig nach innen an den verkürzten und gekrümmten Vorderarm angesetzt war, der Daumen.

# 7. Ueberzähliges Fingerglied.

Ein Knabe hatte an der Aussenseite des kleinen Fingers jeder Hand ein überzähliges Nagelglied, durch eine häutige Brücke mit dem Finger verbunden. Das eine desselben wurde mit der Scheere, das andere durch die Ligatur entfernt.

8. Verbildung der Kniegelenke.

Bei einem Knaben waren die Kniegelenke dergestalt verbildet, dass die Unterschenkel nicht gestreckt werden konnten, indem sich an der unteren Insertionsstelle des Ligamentum patellae jeder Seite ein verschiebbarer rundlicher Körper, wie eine zweite Kniescheibe, vorfand. Auch das Os pisiforme jeder Hand trat auffallend stark hervor, und die Wirbelsäule war nach der linken Seite gekrümmt.

#### 9. Trismus.

Der Kinnbackenkrampf, unabhängig von einem nach-

weisbaren organischen Leiden, kam bei 5 Kindern vor, von denen 4 der Krankheit schnell erlagen, eins aber bei der Behandlung mit Calomel und allgemeinen aromatischen Bädern genas.

# 10. Entzündung und Vereiterung der Nabelarterien.

Diese Krankheit wurde in 8 Fällen beobachtet. Nachdem der Nabelschnurrest abgefallen war, zeigte sich der Nabel geschwürig, erhaben, mit entzündeten schmerzhaften Rändern; es stellte sich bald Unruhe und Fieber der kleinen Kranken ein, der Bauch wurde gespannt, fühlte sich heiss an, es trat Trismus ein, unter dem der Tod erfolgte. Blutegel auf den Bauch um den Nabel, erweichende Umschläge, allgemeine Bäder und innerlich Calomel bildeten die erfolglose Behandlung.

# 11. Icterus.

Die Gelbsucht der Neugeborenen trat im Ganzen nicht selten auf, war aber in den meisten Fällen nicht von bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens begleitet oder durch wesentliche Erkrankung wichtiger Organe bedingt. In 10 Fällen trat die Krankheit in heftigerem Grade als Symptom der Entzündung der Leber, und auch der Nabelvene auf, und endigte in 6 derselben, nachdem Trismus sich ausgebildet hatte, mit dem Tode. Vier Kinder wurden durch örtliche Blutentziehungen, Cataplasmata emollientia, allgemeine Bäder und den inneren Gebrauch des Calomel und Kali aceticum hergestellt.

# .12. Induratio telae cellulosae.

Fünf Kinder wurden von Zellgewebsverhärtung befallen, von denen 3 unter den Erscheinungen der Erschöpfung, 2 nach dem Hinzutreten von Trismus starben. In allen Fällen zeigte sich die erste Spur der Krankheit an einer Unterextremität in den ersten bis zum achten Tage nach der Geburt, und verbreitete sich über diese Extremität, oder selbst über den grössten Theil des Bauches. Ausser allgemeinen Bädern und kleinen Gaben von Calomel wur-

#### 358 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

den in einigen Fällen Einreibungen der grauen Salbe, in anderen Einreibungen von fettem Oele und Einhüllen des kranken Theiles in Watte gleich erfolglos angewendet.

13. Oedem der äussern Geschlechtstheile.

Bei einem kleinen etwa 4 Wochen zu früh geborenen Mädchen zeigte sich am 5ten Tage nach der Geburt ödemartige Anschwellung der Schamlippen mit starker Röthung. Die Geschwulst zog sich allmälig bis zum Nabel hinauf, und machte bei der Anwendung von aromatischen Kräuterkissen in der Besserung denselben Weg zurück, so dass, als das Kind der Entbindungs-Anstalt entnommen wurde, nur noch Röthung und Schwellung der Schamlippen vorhanden war. Das Allgemeinbefinden war immer ungestört geblieben.

#### 14. Erysipelas neonatorum

Von der Rose der Neugeborenen wurden 3 Kinder befallen, von denen eins genas und zwei starben. Bei dem einen der letzteren war bereits Abschälung der Haut an Händen und Füssen erfolgt, als der Tod eintrat.

# 15. Pemphigus.

Zwei Kinder kamen mit Pemphigus zur Welt, und zwei wurden in den ersten Tagen nach der Geburt davon an Händen und Füssen befallen. Zwei dieser Kinder starben, und zwar das eine schon wenige Stunden nach der Geburt an Schwäche, das andere aber erst nach 17 Tagen, als die Geschwürchen bereits in der Heilung begriffen waren und das Kind 3 Tage früher bei vollkommen gutem Allgemeinbefinden mit der Mutter die Anstalt verlassen hatte. Die Behandlung bestand in der Anwendung allgemeiner Bäder, Beförderung der Darmexcretion und Mässigung der Entzündung an den Geschwürsrändern durch Bleiwasser.

#### 16. Eclampsie.

Ein Kind in der Poliklinik wurde am 7ten Tage nach der Geburt plötzlich von allgemeinen Convulsionen, zu denen Opisthotonus kam, befallen, welche rasch den Tod herbeiführten. Die Veranlassung der Krankheit wurde nicht nachgewiesen.

17. Hydrocephalus acutus.

Drei Kinder wurden von dieser Krankheit befallen und starben trotz energischer Antiphlogose vom ersten Auftreten derselben.

#### 18. Pneumonie.

An Lungenentzündung erkrankten 5 Kinder, von denen nur eins erhalten wurde; 4 starben.

## 19. Peritonitis.

Acht Kinder erkrankten an Bauchfellentzündung, welche bei 6 derselben tödtlich endete. Die Mütter von 3 dieser Kinder waren an der epidemisch herrschenden Metrophlebitis cum Peritonitide gestorben, und es fand sich bei der Section der Kinder auch reichliches seröses, in einem Falle braunroth gefärbtes Exsudat mit Eiterflocken gemischt in der Bauchhöhle.

## 20. Blepharoblenorrhoe.

66 Kinder wurden von der Augenentzündung der Neugeborenen befallen. Die Behandlung war ganz so, wie sie in den früheren Berichten angegeben worden ist, hauptsächlich im Reinigen der Augen vom Schleim durch Auswaschen oder Spritzen mit Wasser, bei bedeutender entzündlicher Schwellung der Augenlider im Anfange in kleinen örtlichen Blutentziehungen, kleinen Gaben Calomel, und bei Wulstung der Conjunctiva im spätern Verlaufe der Krankheit in der Anwendung des Höllensteins in Auflösung als Tropfwasser oder in Substanz bestehend.

# II. Uebersicht der in der Poliklinik behandelten Geschlechtskrankheiten des Weibes.

Es wurden im Ganzen 275 kranke Frauen behandelt, von welchen 11 starben, die andern entweder geheilt oder gebessert entlassen wurden, oder noch in der Kur verblieben. 1. Suppressio mensium.

Unterdrückung der Menstruation durch Erkältung während des Flusses derselben wurde bei 4 Personen beobachtet, gab aber nur bei zweien derselben zu bedeutenden

#### 360 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtskülfliche Klinik an der

Beschwerden Veranlassung, so dass sie sich einer dauernden Behandlung Seitens der Anstalt unterwarfen. Die erstere, eine kräftige und wohlgebaute Person von 20 Jahren, hatte sich vor einigen Monaten während der Menstruation, welche immer regelmässig eingetreten war und 4-6 Tage angedauert hatte, einer Erkältung ausgesetzt, worauf der Monatsfluss plötzlich stockte. Es stellten sich darauf Schwindel, Kopfschmerz, Brustbeklemmungen, heftiges Herzklopfen bei Bewegungen, periodische Anfälle von Angst u. dergl. Erscheinungen ein, welche sich periodisch steigerten, namentlich zu den Zeiten, wo die Menstruation eintreten sollte. Ein mechanisches Hinderniss für die Entleerung des Menstrualblutes, oder ein organisches Leiden der Gebärmutter und anderer Geschlechltsorgane war nicht vorhanden. Nach einem Aderlass von 12 Unzen trat grosse Erleichterung ein, welche durch den Gebrauch kühlender Abführmittel unterhalten wurde. Zur nächsten Menstruationszeit wurden trockne Schröpfköpfe an die innere Fläche der Schenkel gesetzt, und innerlich Natrum boracicum in Auflösung mit Aqua Laurocerasi gegeben, wonach eine mässige Menstrualabsonderung eintrat. Dieselbe blieb die nächsten zwei Male noch sparsamer, als früher, regelte sich aber beim Fortgebrauche anflösender und gelind eröffnender Mittel in einigen Monaten vollständig.

Der andere Fall betraf eine ebenfalls sonst gesunde Person in den zwanziger Jahren, bei welcher die Menstruation während eines Anfalles von Rheumatismus ausgeblieben war, und bei fortdauernder rheumatischer Affection der Gelenke bereits mehrere Monate nicht wiedergekehrt war, als die Kranke in der Anstalt Hülfe nachsuchte. Die Gebärmutter fand sich im Zustande bedeutender Congestion, welche erst durch wiederholte Application blutiger Schröpfköpfe auf den Unterleib gehoben werden konnte. Bei längerem Gebrauche des Salmiak mit Brechweinstein verschwand der Aheumatismus und die Menstruation kehrte dann nach kurzem Gebrauche des Tartarus boraxatus mit Aqua Laurocerasi wieder.

#### 2. Amenorrhoea.

Von mehreren jungen Mädchen, welche bereits mehr

#### Königl. Friedr.-Wilhelm's-Universität zu Berlin. 361

oder weniger lange die Jahre der Pubertätsentwicklung überschritten hatten und noch nicht menstruirt waren, wurden nur 3 einer anhaltenden und auch erfolgreichen Behandlung unterworfen. Sie standen im Alter von 20 - 23 und 25 Jahren, waren sämmtlich kräftig entwickelt. Ein mechanisches örtliches Hinderniss für den Menstrualfluss war nicht vorhanden, vielmehr zeigte das Blut eine perverse Richtung gegen die Organe der oberen Körperhälfte, nach Kopf und Brust, welche periodisch von heftigen Congestionen befallen wurden. Blutegel an die Schenkel gesetzt, reizende Fussbäder, der innere Gebrauch des Tartarus boraxatus, und in einem Falle auch der Digitalis, hatten den günstigen Erfolg, dass in einem Falle nach 2monatlicher, in den beiden anderen nach 3monatl.'Behandlung die Mentruation eintrat und von da an regelmässig wiederkehrte.

3. Menstruatio nimia.

Bine zu starke, der Hämorrhagie nahe tretende Menstruation wurde in 2 Fällen beobachtet, und beruhte in beiden auf Plethora abdominalis et uteri. Strenge sparsame Diät, Wasserkost, ruhiges Verhalten und der Gebrauch salinischer auflösender und kühlender Nittel regelten in kurzer Zeit die Menstrualthätigkeit.

#### 4. Leucorrhoe.

An weissem Flusse litten 34 Frauen, und zwar beruhte derselbe theils auf sorophulöser Dyskrasie, und war in einem Falle schon vor Eintritt der Menstruation da gewesen, theils auf hämorrhoidaler Constitution, theils auf einem Zustande von Erschlaffung der Scheide, theils auf Ueberreizung der letztern durch langen Gebrauch eines Mutterkranzes, theils endlich lag der Grund desselben in einigen Fällen in einem subinflammatorischen Zustande des Mutterhalses mit Excoration am Muttermunde und im Mutterbalskanale. In diesen letzteren Fällen erwies sich neben der Anwendung auflösender und salinischer abführender Mittel vorzüglich die wiederholte Aetzung der kranken Stellen mit Höllenstein In einem Falle, wo die Schleimhaut an der erfolgreich. vorderen Scheidenwand besonders verdickt und körnig entartet war, blieben die Cauterisationen mit Höllenstein ganz erfolglos. Man versuchte hier die Zerstörung der kranken

1

## 362 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

Partie durch das Glüheisen, das einen Brandschorf bildete, der bald abfiel und ein reines Geschwür hinterliess, das in 14 Tagen heilte. Wiewohl das Leiden hiernach sehr beschränkt war, war es doch nicht ganz gehoben, als die Kranke die Behandlung in der Anstalt aufgab. Bei hervorstechender scrophulöser Dyskrasie wurde der Leberthran und tägliche Injectionen von Wasser oder schwachen aromatischen Aufgüssen in 4 Fällen mit Erfolg gebraucht; bei hämorrhoidaler Grundlage Tartarus depuratus und Flores sulfuris. Bei grosser Schlaffheit der Scheide wurden adstringirende Einspritzungen von Eichenrinde - Abkochung, Alaunlösung gemacht, und diese auch dann angewendet, wenn nach Entfernung reizender Pessarien der Schleimfluss bei torpider Beschaffenheit der Scheidenschleimbaut andauerte.

5. Status congestivus uteri

wurde in 25 Fällen beobachtet, in deren 12 die Blutüberfüllung nur auf den Cervikaltheil der Gebärmutter beschränkt, in 13 aber auf das ganze Organ verbreitet war. Es war stets starker Menstrualfluss dabei vorhanden, dem auf einige Tage Erleichterung der Beschwerden zu folgen pflegte. Wiederholte Application blutiger Schröpfköpfe auf die Kreuzgegend und salinische abführende und auflösende Mittel bildeten die Behandlung.

6. Metritis chronica.

Die chronische Entzündung der Gebärmutter, oder eines Theiles derselben wurde 43 Mal behandelt. Sie charakterisirte sich durch Gefühl von Schwere im Becken mit brennendem, stechendem Schmerz, der sich nach den äussern Geschlechtstheilen, der Kreuz- und Lendengegend, den Schenkeln verbreitete, und von Zeit zu Zeit an Heftigkeit abnahm. namentlich aber mit dem Eintritte der Katamenien sich steigerte, und bei vielen zu dieser Zeit mit Brennen beim Urinlassen verbunden war. Ausser der Zunahme des Umfanges der Gebärmutter fand sich zugleich grössere Empfindlichkeit derselben, die bei Einzelnen einen so hohen Grad erreichte, dass kaum die leiseste Berührung der Portio vaginalis ertragen werden konnte. Oertliche Blutentziehungen durch Schröpfköpfe auf das Kreuz oder Blutegel an die Portio vaginalis, sowie innerlich salinische Abführungen mit Narcoticis, namentlich Aqua Lauracerasi, und in einigen Fällen Calomel brachten theils wesentliche Erleichterung, theils vollständige Heilung hervor. Es blieb jedoch immer eine grosse Neigung zu Rückfällen zurück.

7. Induratio colli uteri.

Die gutartige Verhärtung des Mutterhalses wurde 13 Mal beobachtet, und bald mit vollkommenem, bald mit wenigstens theilweisem Erfolge durch auflösende salinische und bittere Mittel, oder durch Calomel und Opium behandelt.

8. Scirrhus uteri

kam in 8 Fällen zur Behandlung, welche in Anwendung auflösender salinischer und bitterer Mittel, sowie des Calomels mit Opium bestand. In einem Falle war zugleich die Gebärmutter entzündlich afficirt, und es wurde in diesem durch wiederholte Blutentziehungen am Kreuze und der Portio vaginalis, und durch Ableitungen auf den Darmkanal wesentliche Erleichterung bewirkt.

#### 9. Carcinoma uteri.

An ausgedehnter krebsiger Zerstörung wurden 28 Frauen behandelt, von denen ein Theil schon vor dem Jahre 1842 seitens der Entbindungs-Anstalt in Pflege genommen worden war. Die Behandlung wurde in derselben Weise, wie sie schon in den früheren Berichten angegeben ist, geleitet, und bestand in der inneren Anwendung der thierischen Kohle und narkotischer Mittel, namentlich des Morphium aceticum, äusserlich wurden zur Reinigung der Geschwüre in den ersten Jahren Injectionen mit Chlorkalkauflösung und Eisenvitriol, später ausschliesslich Aetzungen mit dem Liquor Hydrargyri nitric. oxydati vorgenommen, welche letztere sich am wirksamsten erwiesen, das Umsichgreifen der fressenden Geschwüre zu hemmen. 10 dieser Kranken starben im Laufe der vorliegenden Zeit.

10. Senkungen der Scheide und Gebärmutter.

Die grösseste Zahl der die Hülfe der Anstalt in Anspruch nehmenden Frauen litt an Vorfall der Scheide (entweder der ganzen Scheide oder nur einer Wand derselben, und zwar vorzugsweise der vorderen), unvollkommenem und vollkommenem Vorfalle der Gebärmutter. Die Behandhung dieser Uebel wich in keiner Beziehung von der in den

#### 364 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

früheren Jahren befolgten und bereits ausführlicher in den beiden ersten Berichten angeführten ab, welche auch hier durchaus günstige Resultate lieferte. Nur 7 Fälle aus den Jahren 1842, 1843, 1844 und 1847, in denen es nicht gelang, die lange bestandenen vollkommenen Gebärmuttervorfälle durch Pessarien zurückzuhalten, weshalb die Operation der Episiorrhaphie ansgeführt wurde, verdienen besondere Beachtung. Die innere Fläche der grossen Schamlippen wurde von der Höhe der Clitoris bis zur hintern Commissur in der Breite von 5-6 Linien wund gemacht und dann durch 4-6 Knopfnähte vereinigt, welche am vierten bis sechsten Tage allmälig entfernt wurden. Während dieser Zeit wurde der Urin durch einen elastischen Katheter, der in der Blase liegen blieb, abgeleitet und durch wiederholte Gaben von Opium der Stuhl angehalten. um den nachtheiligen Einfluss der andrängenden Kothmassen auf die Vereinigung der Wundflächen zu verhindern. In einem Falle war die Vereinigung schon am 4. Tage nach der Operation vollständig erfolgt, in einigen machten eiternde Stellen noch die Behandlung mit Höllenstein nothwendig. In 6 Fällen bildete sich so nach einmaliger Operation eine breite und feste Brücke am Damme, welche die Gebärmutter vollständig zurückhielt. Im siebenten Falle trat in den ersten Tagen nach der Operation wiederholt starke Blutung bei unbedeutenden allgemeinen Reactionserscheinungen aus der Wunde ein; das Blut war nach der Scheide hin eingeflossen, hatte sich zersetzt und die Operationsfläche drohte brandig zu werden. Umschläge von Chamillenaufguss mit Chlor beseitigten diesen übeln Zustand der Wunde und es bildete sich allmälig gutartige Eiterung aus. Die fest angezogenen Nähte wurden, obgleich sie an einzelnen Stellen in die Wundränder eingeschnitten hatten, so lange wie möglich liegen gelassen, um die eiternden Flächen in Berührung zu erhalten. Dennoch trat eine Vereinigung derselben nicht ein, und es wurde deshalb neuerdings eine Verwundung auf beiden Seiten des Scheideneinganges vorgenommen, und die Wunde durch vier Hefte vereinigt. Schon in den nächsten Tagen war dieselbe grössstentheils per primam intentionem geheilt, und es bedurfte nur an

.

einzelnen Stellen der Anwendung des Höllensteins, um die vollständige Vernarbung zu bewirken. — Zur Unterstützung der gebildeten Brücke wurde sämmtlichen Operirten das Tragen einer Tbinde empfohlen.

11. Retroversio uteri.

Rückwärtsbeugung der Gebärmutter kam 3 Mal zur Behandlung. In 2 Fällen aus dem Jahre 1842 kehrte die Gebärmutter allmälig ohne operativen Eingriff in die normale Lage zurück, während der Abfluss des Urinsedurch einen in die Blase gelegten elastischen Katheter, die Stuhlexcretion durch Klystiere unterhalten wurde, und die Kranke eine Seitenlage beobachtete. In dem dritten Falle (1846) war der im 3ten Monate schwangere geschwollene und entzündete Uterus mit dem Fundus vollständig nach unten in die Aushöhlung des Kreuzbeines gestellt, während sich die Portio vaginalis hoch über den Schambeinen befand. Der Bauch war durch Ueberfüllung der Harnblase enorm, wie im Sten Monate der Schwangerschaft, ausgedehnt und bei der Berührung schmerzhaft: dabei war die Kranke in grosser Fieberaufregung und glaubte ihrem Ende nahe zu sein. Es wurden mittels des Katheters etwa 2 Quart normalen Urins entleert, und darauf die Reposition der Gebärmutter mit der Hand ohne grosse Schwierigkeit vollzogen. Die Frau erholte sich in wenigen Tagen und gebar am richtigen Termine leicht und glücklich.

12. Anteversio uteri.

Ein Mal wurde im Jahre 1846 Anteversio uteri beobachtet, welche mit einem congestiven Zustande des Gebärorganes complicirt, vielleicht durch denselben bedingt war. Die unmittelbare Zurückführung der Gebärmutter in die normale Lage gelang nicht, sie kehrte aber mit der Beseitigung des Congestivzustandes durch Schröpfköpfe auf die Kreuzgegend und salinische Abführungen von selbst in dieselbe zurück.

13. Tumor fibrosus uteri.

Sechs Frauen litten an fibrösen Geschwülsten der Gebärmutter, die sich in der verschiedensten Grösse vorfanden, indem die kleinste sich an der hintern Gebärmutterwand in der Grösse eines Hühnereies vorfand, die grösseste

# 366 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtshülfliche Klinik an der

das grosse und kleine Becken ausfüllte und sich aufwärts bis zur Herzgrube erstreckte. Die grösseren Geschwülste wurden namentlich durch den Druck, welchen sie auf die Beckenorgane ausübten und dadurch die Darmexkretion hemmten, und durch die zeitweise eintretenden, bisweilen mit Blutungen verbundenen wehenartigen Contractionen sehr beschwerlich. Es gelang in keinem Falle, durch therapeutisches Verfahren eine Verkleinerung der Afterprodukte zu bewicken; dasselbe bestand in Beförderung der Excretionen, der innern Anwendung des Jodkalium, von Zeit zu Zeit vorgenommenen örtlichen Blutentziehungen und im Gebrauche zertheilender Einreibungen.

# 14. Polypus uteri.

Gebärmutterpolypen kamen nur 2 Mal zur Behandlung. Im erstern Falle fand sich ein solcher von der Grösse einer Tafelbirne mit dünnem Stiele an der Seitenwand der Gebärmutter nahe dem Mutterhalse anhängend. Er wurde mit der Polypenscheere fortgeschnitten und die Kranke genas. — Im andern Falle hatte der Polyp die Grösse eines mittleren Apfels und hing mit seinem Stiele am untern Theile der hintern Gebärmutterwand. Auch dieser wurde fhit der Polypenscheere entfernt und dadurch sofort den häufigen und starken Mutterblutflüssen ein Ziel gesetzt.

15. Oophoritis chronica.

Die chronische Entzündung des Eierstockes kam 2 Mal vor, betraf beide Male den linken Eierstock und machte sich durch Schmerz und Geschwulst des durch die Bauchdecken deutlich fühlbaren kranken Organes bemerkbar. Blutegel, abführende Salze, Calomel, Einreibungen von grauer Salbe, hoben in einem Falle das Uebel gänzlich und besserten dasselbe im anderen so, dass nur eine sehr kleine Geschwulst durch das Gefühl erkennbar blieb.

16. Hydrops ovarii.

Im Jahre 1842 kam eine Frau in Behandlung, welche an Eierstockswassersucht leidend, durch enorme Ausdehnung des Bauches grossen Qualen unterworfen war. Da diuretische Mittel erfolglos in Gebrauch gezogen waren, wurde die Punction vorgenommen, und dadurch 2 Eimer voll einer chokoladefarbigen, stark Eiweiss haltigen Flüssig-

# Königl. Friedr.-Wilhelm's Universität zu Berlin. 367

keit entleert. Schon nach 8 Wochen war dieselbe in soloher Menge wieder angesammelt, dass die Punktion wiederholt werden musste, und dasselbe fand 6 Wochen darauf statt. Die Kräfte der Kranken sanken dabei von Tage zu Tage, es traten Verdauungsstörungen und Abzehrung ein, und 3 Wochen nach der letzten Punktion der Tod. Bei der Section fand sich eine grosse sackförmige Erweiterung des linken Ovariums, welchem mehrere kleine mit eitriger Flüssigkeit gefüllte Cysten anhingen.

Ein anderer Fall fand sich im Jahre 1844 bei einer 45 jährigen übrigens gesunden Frau, welche seit einem halben Jahre unregelmässig und selten menstruirt war. Die fluctuirende Geschwulst des Eierstocks war von mässiger Ausdehnung und die Beschwerden der Frau verschwanden bei dem Gebrauche einer Mixtur aus Tartarus boraxatus mit Natr. sulphuric. und Aqua lauroseraci so merklich, dass dieselbe sich schon nach einigen Wochen einer weitern Behandlung entschlagen zu können glaubte.

Hierher mag auch eine Beobachtung aus dem J. 1846 Eine Frau hatte zwei bewegliche Geschwülste in gehören. der Bauchhöhle; die eine tiefer über der linken Beckenhälfte gelegene hatte etwa 7 Zoll im Durchmesser, die andere in der Magengegend befindliche hatte die Grösse eines kleinen Kindeskopfes. Nur von Zeit zu Zeit ziemlich regelmässig wiederkehrend empfand die Frau spannende und reissende Schmerzen im Unterleibe, wobei die sonst weichen, undeutlich fluctuirenden Geschwülste etwas härter anzufühlen waren. Die tiefer gelegene Geschwulst schien von dem linken Eierstocke auszugehen. Es wurde mit Nutzen Jodsalbe in die Bauchdecken eingerieben und innerlich Jod in Form des Syrupus ferri jodati längere Zeit hindurch gegeben. Die Schmerzen verloren sich gänzlich, die Kranke wurde heiter und lebenslustig, und glaubte auch eine Verkleinerung der Geschwülste wahrzunehmen.

17. Hypertrophia ovarii.

Eine sehr bedeutende, ganz gleichförmige Geschwulst, welche eine Frau in der linken Bauchseite vom Ovarium ausgehend trug, und welche seit einem Jahre gleichmässig gewachsen war, den Uterus nach rechts gedrängt und Urin und

# 368 XXVIII. Dr. Busch, Die geburtsbülfliche Klinik an der

Stuhlexcretion gehindert hatte, wurde als eine Hypertrophie des linken Eierstockes erkannt. Oertliche Blutentziehungen, Einreibung von grauer Salbe, Abführmittel, entziehende Diät u. s. w. verminderten den Umfang der Geschwulst nicht. Bei dem inneren und äusseren Gebrauche des Jods trat aber ein Stillstand im Wachsthum derselben ein, und es wurde im Laufe eines Vierteljahres dadurch wenigstens so viel erzielt, dass die Stuhl- und Urinexcretion ungehindert vor sich ging.

18. Steatoma inter vaginam et intestinum rectum. Eine hühnereigrosse Speckgeschwulst wurde bei einer Frau in dem Zellgewebe zwischen Scheide und Mastdarm und bis hinter das Collum uteri hinäufreichend gefunden. Da die Kranke sich zu einer Operation nicht entschliessen wollte, ihr das Uebel auch keine bedeutende Beschwerden verursachte, bestand die Behandlung in Regelung der Diät und der Excretionen.

19. Osteosteatoma pelvis.

Eine anscheinend von der rechten Kreuzdarmbeinverbindung ausgehende, im hintern Theile des Scheidengewölbes fühlbare harte, grosse Geschwulst, welche durch Druck auf den Mastdarm die Stuhlexcretion behinderte, übrigens aber wenig nachtheilig auf den Organismus gewirkt hatte, wurde durch den Gebrauch des Leberthrans und eine Fontanelle am Pechten Schenkel in ihrem Fortschritte zu hemmen gesucht, während der Stuhlgang geregelt wurde. Im Laufe von 4 Monaten hatte die Geschwulst an Umfang nicht zugenommen.

20. Osteomalacia.

Es wurden 2 Fälle von Knochenerweichung des Beckens behandelt, deren erster bereits in dem früheren Berichte (1836 — 1841) erwähnt ist. Der fernere Gebrauch der Phosphorsäure, des Eisens und der Seesalzbäder brachten die Frau, welche sich früher ohne Hülfe anderer Personen nicht auf den Füssen zu erhalten vermochte, soweit, dass sie sich mit Hülfe eines Stockes in ihrem Hause umher bewegen konnte.

Im zweiten Falle war die Krankheit noch im Beginne, und hatte bei einer Frau von 32 Jahren nach dem letzten, vor 2 Jahren stattgehabten Wochenbette ihren Anfang genommen- Es fand sich eine ausserordentliche Schmerzhaftigkeit in der ganzen Beckenparthie, die nicht die leiseste Berührung ertrug. Eine bedeutende Knochenverbiegung war nicht vorhanden, nur Scham- und Sitzbein rechterseits waren etwas nach innen und der linken Seite zugedrängt. Dagegen lies der Gang der Patientin den eigenthümlichen Charakter dieser Krankheit in den schwankenden und unruhigen Bewegungen des ganzen Körpers nicht verkennen. Bei allgemeiner Ruhe und namentlich horizontaler Rückenlage wurde Anfangs eine leicht antiphogistische Behandlungsweise eingeschlagen, und nach einigen Wochen zum Gebrauche der Phosphorsäure in einem leichten Infus. cort. Chinae übergegangen.

21. Induratio mammae scirrhosa.

Scirrhus der Brustdrüse kam in 3 Fällen bei Personen zu Ende der dreissiger und Anfangs der vierziger Jahre vor. Die Behandlung beschränkte sich auf den Gebrauch der auflösenden salinischen Mittel und die Anwendung eines Empl. Hyoscyami mit Empl. Hydrarygri und Opium.

# 22. Cystitis.

Drei Frauen wurden an Blasenentzündung behandelt und durch allgemeine und örtliche Blutentziehungen, Emulsionen, Kataplasmen und streng antiphlogistische Diät hergestellt.

### 23. Urethritis.

Harnröhrenentzündung kam 2 Mal vor, und zwar ein Mal mit Blasenentzündung verbunden, das andere Mal für sich bestehend. In diesem letztern Falle wurde die Entzündung durch örtliche Blutentziehung, Emulsionen, schleimiges Getränk und Lavements bald beseitigt.

## 24. Hystoria.

Hysterische Erscheinungen der mannigfachsten Art ohne nachweisbare materielle Krankheit waren Gegenstand der Klagen von 12 Frauen. Die wechselnde Anwendung auflösender und der specifisch antihysterischen Mittel brachte wenigstens zeitweise Erleichterung.

869

XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

## XXIX.

# Notizen aus der Journal-Literatur.

Verhandlungen der Academie der Medizin zu Paris über die Lageabweichungen und Formveränderungen der Gebärmutter und über ihre Behandlung mittels Aufrichtungs-Instrumente.

Die nächste Anregung zu obigen Verhandlungen der Academie, welche zu den ausgedehntesten und interessantesten der neueren Zeit gehören und die Thätigkeit der Academie fast ununterbrochen mehr als 6 Monate hindurch in Anspruch nahm, gab ein Todesfall, welchen Broca in der Lourcine in Folge der Anwendung der Uterussonde beobachtete (Gaz. des höpit. Nr. 15, 4. Févr. 1854) und in der Sitzung der Pariser Academie der Medizin vom 31. Jan. 1854 berichtete. Es war durch die Anwendung der Uterus-Sonde, welche B. bei einer Anteversion in 5 Tagen 4 Mal 5 Minuten bindurch zur Aufrichtung der Gebärmutter einbrachte, eine nicht unbedeutende Peritonitis erregt worden, welche zwar durch passende Behandlung gehoben wurde, aber doch eine so ungünstige Einwirkung auf eine erst nach dem Tode erkaunte alte doppelte Verengerung des Darmes ausübte, dass am 15. Tage nach der ersten Application der Sonde der Tod der Kranken erfolgte. B. war durch die von Simpson und Valleix so glänzend und gefahrlos geschilderten Erfolge der mechanischen Behandlungsweise der Uteruskrankheiten bewogen worden, diese Methoden zu versuchen. hatte auch bei 2 Frauen keine schädliche Einwirkung beobachtet. bis ihm die 3te obige Kranke eine traurige Erfahrung lieferte. Er gab noch an, dass Aran, Nélaton und Cruveilhier jeder einen Todesfall durch acute Peritonitis nach dieser Behandlungsweise erlebt haben und räth deshalb, mit grösster Vorsicht in Zukunft die Sonde in Gebrauch zu ziehen.

Velpeau theilt mit, dass er bereits vor 15-20 Jahren ein Aufrichtungs-Instrument für die Gebärmutter erfunden habe, indem er einen Stiel an einen Mutterkranz anfügte, und dass er auch jetzt noch sein Instrument den in neuerer Zeit angegebenen vorziehen würde. Er habe damals 5 Frauen damit behandelt, von denen 3 keinen üblen Zufall bekamen, bei zweien folgte jedoch Metritis und Peritonitis in so hohem Grade, dass er von allen weiteren Versuchen abstand. Ausserdem habe ihn noch die theoretische Ansicht, dass das Instrument immer nur helfen könne, so lange es angewendet werde, zum Aufgeben desselben bewogen. In neuerer Zeit sei er wiederum in Folge der Simpson'schen und Valleiz'schen Resultate zur Anwendung angeregt, indess in 3 Fällen nicht mehr als früher befriedigt worden, denn zwei Mal folgte nur eine vorübergehende Besserung, das dritte Mal ein sehr bedenklicher Zustand.

Auch Moreau theilt dieselbe Ansicht, er hat vor 20 Jahren in Gemeiuschaft mit Amussat und mit Velpeau traurige Resultate erlebt und glaubt, dass die Behandlungsart viel mehr Nachtheile als Vortheile mit sich führe.

In Folge der Broca'schen Mittheilung wurde eine Commission, bestehend aus den Herren Robert, Huguier und Depaul sur Berichterstattung über den Gegenstand niedergesetzt.

In der folgenden Sitzung, noch vor der Berichterstattung, las Cruceilhier einen Fall vor, in welchem der Tod nach Anwendung des Aufrichtungs-Instrumentes folgte und fügte daran Reflexionen, welche gerade nicht zur gründlichen Aufklärung des Werthes und des Nachtheiles des Instrumentes beitragen. Velpeau warnt vor dem unbedingten Verwerfen einer Operation, weil sie in einzelnen Fällen Unglück bringe, da man nach solchem Grundsatz wohl jede Operation, selbst das Kathetrisiren der Blase, verwerfen müsse. — Hugwier erinnert mit Recht daran, die Aufrichtungs - Instrumente und ihre stets wiederholte und länger dauernde Anwendung von der gewöhnlichen Uterussonde, die zur Feststellung der Diagnose verwendet wird, zu unterscheiden; letztere sei wohl ganz gefahrlos, erstere dagegen viel gefährlicher.

Hieraaf trat Valleix in ginem längeren Vortrage für die Anwendung der Uterussonde und des Redresseurs in die Schranken. Er beleuchtete im ersten Theile seiner Rede die beiden Beobachtungen von Broca und Cruveilhier, und stellte den, wie er sagt, auf vereinselte und vielleicht exceptionelle Thatsachen begründeten Beobachtungen, welche die Nachtheile der Behandlung der Deviationen des Uterus mittels der Sonde und des Redresseurs darthun sollen, sahlreiche Thatsachen, von ihm und einer grossen Zah glaubwürdiger Aerzte beobachtet, entgegen. Dass sich im Laufe der mechanischen Behandlung der Uterin-Deviationen auch unangenehme Zufälle ereignen können, leugnet er nicht. Doch sind sie verhältnissmässig selten. Unter 108 Fällen seiner eignen Beobachtungen kam 1 Mal eine partielle gelinde Peritonitis vor, die vielleicht wegen seiner damalig noch geringen Erfahrung durch die Anwendung eines su langgestielten Instruments entstanden war, der leichten Antiphlogose bald wich und der Heilung der Deviation nicht hinderlich war. 5 Mal zeigte sich eine Entzündung im äusseren Umfange des Uterus. Dies recht schmerzhafte Leiden hinderte die Heilung nicht, da man die Behandlung während desselben nicht auszusetzen brauchte. Valleix glaubt, dass die Behandlung nur als indirecte Ursache wirkte, da die Entzündung beim Erscheinen der Regeln auftrat, wenn das Instrument schon mehrere Tage nicht mehr angewandt war, so wie sie sich auch freiwillig in jener Zeit entwickelt. Das Uebel verdient indess Beachtung. Menorrhagien treten häufig ein; sie bedürfen aber fast nie einer Behandlung; ausserdem zeigen sich leichte hysterische und fieberhafte Zufälle, aber ohne Bedeutung. Unter 45 Fällen von Mawnoir, Piachaud, Goussail, Caradec Broussonnet, Dibordes, welcher Letztere 13 Mal den Redresseur anwandte, waren nur leichte hysterische oder febrile und menorrhagische Erscheinungen aufgetreten; nimmer Peritonitis oder Metritis. Diese günstigen Resultate legt Valleix in die Waage und erinnert dabei, auch daran zu denken, dass die Verbesserung der Instrumente, die Geschicklichkeit in der Handhabung täglich fortschreiten, dass auch während jeder anderweitigen, namentlich länger andauernden Behandlung sich unangenehme Zufälle ereignen können, die ohne ursächlichen Zusammenhang zu der Behandlung stehen, wie er s. B. Pneumonie, Pleuresie, Variolen u. s. w. beobachtet hat; dass endlich viele Aerzte aller Länder, die Gelegenheit hatten, die Erfolge in den Pariser Hospitälern zu sehen, ohne Furcht und mit Nutzen davon Gebrauch machten.

Es giebt nur eine geringe Anzahl von Frauen, bei denen die Lageabweichung des Uterus unbedeutende Erscheinungen hervorruft; aber an diese wenigen kulpfen sich die Urtheile mehrerer Aerzte, welche gegen die Behandlung mittels Sonde und Redresseur sind. In der grossen Mehrzahl ist sie eine Krankheit, die im weiblichen Organismus nach allen Richtungen bedeutende Erscheinungen hervorrufen kann, welche sich in verschiedenartigen Störungen des Allgemeinbefindens, in heftigen spontanen oder durch Berührung verursachten Schmersen, in Functionsstörungen der benachbarten Organe, in Störungen der Menstruation mit ihren Folgen, in krankhaften Veränderungen des äusseren Habitus u. s. w. aussprechen; sie ist eine Krankheit, die, einmal vorhanden, fortschreitet. Daher ist die Hülfe der Kunst unabweisbar. Man hat eingewandt, dass diese Zufälle nicht der Deviation, sondern der Volumens. Vermehrung des Uterus zugeschrieben werden müssten. ferner dass durch das Redressement der Gebärmutter keine radicale Heilung erreicht werden könnte und endlich dass es noch andere

wirksamere und gefahrlose Mittel zur Heilung des Uebels gäbe. Voilleix bekennt, dass bei jungen Mädchen, deren Uterus leicht und sehr beweglich ist, wohl die verschiedensten Richtungen des Organs ohne bemerkliche Symptome vorhanden sein könnten, und letztere erst dann sich zeigten, wenn aus irgend einer Ursache eine Volumens-Vergrösserung einträte oder vorzüglich die Geschmeidigkeit des umgebenden Zellgewebes verringert sei, aber dies beweise keineswegs, dass ein Engorgement die alleinige Ursache der Erscheinungen sei. Aus seiner wie anderer Praktiker Beobachtung geht genügend hervor, dass, wenn die Deviation beseitigt wurde, alle Erscheinungen schwanden, während die Vergrösserung des Uterus blieb, und dass, so lange eine Deviation bestand, eine Heilung der Volumens - Vermehrung nicht leicht zu erreichen war. Dass die Symptome heftiger sind, wenn beide Leiden zugleich auftreten, ist natürlich ; aber auch bei gewöhnlichem Volumen fand Valleix bedeutende Erscheinungen. Bei frischen Deviationen nach Entbindungen und Aborten replacirt sich der Uterus in seine normale Stellung, sobald die bisweilen damit auftretende Entzündung gehoben und das Volumen normal geworden ist. Dies sind seltene Fälle. Sie können aber zu Irrthümern Anlass geben. Valleig hat nur 5 Fälle beobachtet ; in allen übrigen widerstand die Volumens-Vergrösserung jeder Behandlung und die Deviation blieb mit allen Erscheinungen.

Der Einwand, dass mittels des Redressements keine radicale Heilung erzielt werde, wird von V. durch Thatsachen zurückgewiesen. Von 108 selbst beobachteten Fällen waren durch Behandlung mit Sonde oder Redresseur 85 definitive Heilungen und vereint mit den Beobachtungen von Mayer, Piachaud, Gaussail, Browssonnet, Diberdes, Caradee u. A. waren unter 180 Fällen 129 radicale Heilungen erzielt, die übrigen theils sehr gebessert, theils noch in Behandlung.

Zur Begründung des Einwurfs, dass eine anderartige Behand-Inng dieselben und mehr Vortheile biete, fordert V. genaue Prüfungen einzelner Fälle, und es muss genau bewiesen werden, ob sie, wie die eben besprochene Behandlung allen heilbaren Fällen, Flexionen, Versionen, Deviationen nach vorne und nach hinten entspreche, ob sie keine oder geringe Zufälle mit sich führe, ob das Verhältniss der Heilungen günstiger sei. Dies uur kann einen Maasstab geben. V. erinnert an die sich oft zeigenden Inconvenienzen nach Anwendung von Cauterisationen, Injectionen, Pessarien, jä selbst nach blossem Touchiren und zugleich daran, wie gewisse Frauen eine besondere Praedisposition zu Zufällen haben, namentlich in der Menstrual-Epoche. Valleix entnimmt also seinen Erfahrungen:

- 1) Es giebt noch keine genügende Gründe, dass durch Soude und Redresseur bedeutende Zufälle herbeigeführt sind.
- 2) Die geringen Zufälle, die zuweilen beobachtet worden, sind von keiner Wichtigkeit.
- 3) Eine grosse Anzahl derselben ist jdurch die ungeschickte Handhabung und Unvollkommenheit\_der Instrumente verursacht.
- 4) Die Deviationen können allein schon heftige Erscheinungen hervorrufen; die gleichzeitige Vergrösserung des Organs vermehrt sie.
- 5) In fast Dreiviertheil der Fälle wird eine radicale Heilung durch den Redresseur erreicht.
- 6) Eine andere bessere und gefahrlosere Behandlung ist noch nicht genügend dargethan.

Depaul erstattet darauf den Bericht der Commission. Er erklärt sich von vom herein den Aufrichtungs-Instrumenten nicht geneigt und will versuchen zu beweisen: 1) Dass man sich getäuscht hat, wenn man den Lageveränderungen des Uterus Zufälle beilegt, die meist einen ganz andern Ursprung haben, 2) dass man meist einen viel häufigeren krankhaften Zustand nicht gehörig berücksichtigt hat, der für sich bestehen, dieselben Erscheinungen hervorrufen und oft den Uterus in eine abweichende Lage bringen kann, 3) dass die Wissenschaft schon vollkommen- ausreichende Behandkungsweisen aller solcher Zustände aufzuweisen hat, die mindestens ebenso wirksam sind, wie die mit Unrecht gerühmte Behandlung mittels der Intrauterin-Redresseurs, 4) dass die su Gunsten des Redresseurs angeführten Thatsachen bei strenger unnarthelischer Prüfung, sich lange nicht so bedeutungsvoll erweisen, als man ihnen Bedeutung beigelegt hat, dass im Gegentheil fast alle die Unzulänglichkeit des neuen Verfahrens beweisen, 5) dass man endlich von den Täuschungen zurückkommen und die unbestreitbaren Vortheile gegen die sahlreichen, höchst unglücklichen Folgen der dem gesunden Verstande von vorn herein widerstrebenden Verfahren abwägen müsse. ---

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen geht Depaul zu der Auseinandersetzung der bisher gebräuchlichen Insrumente und Apparate über. Er beginnt mit den einfachen Gebärmuttersonden (in Frankreich hystéromètre genannt) von Simpson, Kiwisch, die in Frankreich besonders von Hugusier, Valleix benutzt und verbessert worden sind, und vindicirt die erste Anwendung derselben Récamier und Amussat. Dann nimmt er die gespaltene Sonde von Kiwisch, sowie Mayer's Modificationen derselben durch und

kommt auletat auf die Pessarien und Intranteringedresseurs, welche suerst von Velgeau und Amusaal, angewandt, später aber besonders von Simpson empfohlen und von Valleia in zahlreichen Fälien bennitzt wurden. Simpson schlag 5 Arten von Instrumenten wer, von denen 3 in verschiedener Weise zur Geraderichtung der Gebärmutter bestimmt sind, das 4te, aus Zink und Kupfer gearbeitet, durch Galvanismus wirken soll, das 5te als Dilatatorium des nn engen Cauales des Mutterhalses benutzt wird. Valleix modifizirte das beste der Aufrichtungs-Instrumente, indem er den Stiel beweglich und von Elfenbein anfertigen liese, ferser einen aufzublasenden Kautschuckring überlegte, auf welchem der Mutterhals su ruben kam und in neuester Zeit machte er, um die Reizungen von der Gebärmutter möglichst fern zu halten, den in die Gehärmutterhöhle einzuführenden Stiel bedeutend kürzer als früher, nämlich statt 6 Centim. nur 3 Centim. lang, In dieser Verkürzung liegt aber nach Depaul's Ansicht auch die nothwendige Erfolglosigkeit des Apparates, wie das aus dem anatomischen Verhalten der Gebärmutter leicht zu beweisen sei. Depaul geht nun näher auf seine Untersuchungen über die normale Richtung des, leeren Uterus ein\*) und beschreibt ansführlich die bekannten Form- und Lageabweichungen des Uterus nach vorn, binten und den Seiten in ihren mannigfaltigsten Combinationen. Er meint, dass man den Einfluss dieser Zustände auf das Befinden der Frau seit Einführung des Redresseurs ganz gewaltig übertrieben habe und ihnen viele Symptome sugeschrieben, die einen gaus andern Ursprung gehabt hälten. Um das su beweisen, sei es nothwendig, die bisherigen Erfahrungen in Bezug auf die Symptome einer gründlichen Untersuchung zu unterwerfen, und da ergebe sich, dass alle Beobachter, selbst Valleig, die Erscheinungen ihrem eigentlichen Wesen nach durchaus nicht mit der gehörigen Genauigkeit abgewogen haben.

Depaul unterwirft 20 Fälle von Valleix, 5 von Gaussail, 3 von Piachaud einer gründlichen Kritik in Bezug auf die mehr oder weniger genaue Untersuchung und die dabei beschriebenen Symptome, findet, dass die verschiedenartigsten Erscheinungen bei den Deviationen und den gleichzeitigen Complicationen berichtet sind und fragt mit Recht, welche Erscheinungen dem nun eigentlich den Deviationen, welche den anderen krankhaften Abweichungen zugeschrieben werden müssen? Valleix und Gaussail scheinen sich darum nicht viel gekümmert, vielmehr kurz den Schluss

\*) S. hierüber den Berieht in unserer Monatsuchr. Bd. Mi, Hft. 6, 1854. S. 474. gemacht su haben: alle oder fast alle Erscheinungen sind den Deviationen sususchreiben. Will man aber eine positive Grundlage hierbei gewinnen, so muss man prüfen: 1) Ob unter den Frauen, welche sich gesund fühlen, welche allen ihren Geschäften nachgeben können und über keine Erscheinungen klagen, die man mit Gewalt den Deviationen zuschreiben will, eine mehr oder weniger grosse Zahl su finden ist, die Deviationen aufweisen, 2) ob bei denen, die gleichseitig an Deviation und einer andern Affection leiden, es in der Regel nicht hinreicht, die letztere su beilen, um auch die erstere schwinden zu sehen, oder wenigstens die Erscheinungen, die ihr zugeschrieben worden waren, 3) ob Uterusaffectionen ohne bemerkbare Deviation nicht häufig die ganze Reihe der angegebenen Erscheinungen erzeugen.

Ueber den ersten Punkt hat sich Dubois bereits 1849 bei Gelegenheit der ausführlichen Besprechung der Verschleimungen und Lageabweichungen der Gebärmutter in der Academie ausgesprochen, wo er den Deviationen jeden Einfluss absprach, wenn sie nicht in sehr hohem Grade auftreten. Derselben Ansicht waren viele andere Aerste und auch Depaul schliesst sich derselben an. In neuerer Zeit hat hierüber Gosselin (in der Soc. de chir. 22. März 1854) eine Arbeit vorgetragen, in welcher er 27 Fälle von Anteflexionen bekannt macht, wo keine der Frauen am Uterus litt, und aus noch anderweitigen Untersuchungen glaubte er sich su dem Ausspruche berechtigt, dass man den Einfluss der Deviationen in neuerer Zeit übertrieben habe. Auch Depaul hat in den letsten Monaten Untersuchungen angestellt und 27 Fälle von Deviationen verschiedener Art ohne jede andere bemerkbare Affection des Uterus gefunden; fast keine der Frauen klagte über ein Leiden der Gebärmutter. Depaul ruft ferner den Collegen die gewiss von den meisten häufig gemachte Erfahrung ins Gedächtniss surück, dass nach entzündlichen oder neuralgischen Leiden der Gebärmutter, die mit Deviationen verbunden waren, es vollständig ausreichend war, die Entstündung oder Neuralgie zu bekämpfen, um nachber auch die Deviation verschwinden zu sehen, gegen welche direct nichts vorgenommen worden war, oder dass, wenn dieselbe fortbestand, sie ohne Einfluss auf das Befinden der Kranken blieb. Depaul ist seit Jahren von diesem Sachverhalt vollkommen überseugt und belegt seine Ansicht mit der Erfahrung an mehr als 60 Uterinkranken verschiedenster Art, unter denen er kaum 3 Fälle aufweisen kann, wo nur einigermassen erhebliche Erscheinungen länger fortdauerten; in einer grossen Zahl von Fällen waren die Deviationen später verschwunden, ebenso oft blieben sie ohne Beschwerde zu machen und Depaul bütete sich wohl, sie jetst noch

#### XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur. 377

angreifen zu wollen. Was liegt daran, wenn das Organ gebeugt liegt oder geknickt ist, wenn dadurch kein unangenehmer Einfluss auf die Gesundheit der Frau erfolgt? - Ueber den dritten Punkt ist eine nähere Besprechung kaum nöthig. Täglich macht jeder Arst Erfahrungen darüber. Worüber klagen die Frauen mit entsändeter Gebärmutter (mit Ulcerationen, Granulationen, Catarrh u. s. w.)? Es ist die ganse Reihe der Symptome, welche in allen Beobachtungen von Valleix zu finden sind, nur dass dieser die Quelle der Leiden in den Deviationen sucht, während Depaul sie in den anderen Affectionen findet. Wer hat nun Recht? Depast glaubt ruhig einer Entscheidung zu seinen Gunsten entgegensehen su können. --- Was die Anwendung der Apparate zur Beseitigung der Unfruchtbarkeit der Frauen betrifft, so hat Simpson darauf vielen Werth gelegt, während Valleix bekennt, dass er su diesem einzigen Zwecke allein den Apparat nicht benutzen würde, obwohl auch er sich günstige Erfolge verspreche. Nach Valleix waren von 117 Frauen mit Deviationen 19 unfruchthar, 12 andere hatten nur 1 Kind gehabt. Wie will man aber beweisen, dass die Deviationen und bicht auch hier andere Leiden den Grund zur Unfruchtbarkeit angeben; wie selten ist die Gehärmutter überhaupt daran Schuld, vielmehr die Ovarien und Tuben, wie oft liegt der Grund nicht in der Frau, sondern im Manne?

Zuweilen kann allerdings die Deviation, wenngteich eine secundäre Erscheinung, das Hauptleiden vergrössern, die Heilung desselben hindern; aber zur Heilung der Deviationen und der gleichzeitig auftretenden Erscheinungen haben wir zahlreiche, vollkommen ausreichende Mittel, die nie oder fast nie der Gesundheit oder dem Leben der Frau nahe treten. Zunächst muss man den Uterus fiziren, wie Chassaignac und Gosselin dies kürzlich angaben, ihn den Bewegungen und Reibungen mit den Nachbartheilen entziehen, und wenn die Frauen der Gebärmutter diese Ruhe verschaffen wollen und können, so werden sie geheilt. Depaul untersucht zunächst nur den Gesundheitszustand des Gewebes des Uterus, ist das krank, so heilt er ihn suerst, ist blos Deviation vorhanden, so behandelt er diese gleich, wenn nicht etwa Neuralgie besteht. Bei Senkungen sind die Bauchgürtel von vortrefflichster Wirkung, reichen sie nicht aus, so helfen die Pessarien, besonders die Kautschuckblase von Gariel. Dieselben Mittel wirken bei Umbeugungen, die mit Senkungen combinirt sind; gegen die Vorwärtsbeugungen besonders der Bauchgürtel, gegen die nach rückwärts die Pessarien. Nur als letztes Zufluchtsmittel ist übrigens ein Pessarium zu nehmen. Bei starken und hartnäckigen Retroversionen ist eine dicke Mesche in den Mastdarm gebracht von guter Wirkung, ein schon sehr altes Verfahren (Aëtius), von Huguier, Dufraigne und Anderen neuerlich ausgeführt; Faerot brachte 1851 in derselben Absicht eine Kautschuckblase in den Mastdarm, durch deren Mitte ein Canal offen blieb zum Duschlassen der Darmgase. Die Pessarien von Mayer (Fischbein mit Schwamm) und von Joret aus Kautschuck erfüllen ohne Gefahr ihren Zweck vollkommen, wenngleich sie nicht immer austeichend sind.

Die zahlreichen Beobachtungen von Valleix mit dem Redresseur scheinen Depaul nicht beweisend und lassen meist eine der seinigen gerade entgegengesetzte Ansicht zu. Valleix hat über 180 Fälle aus seiner und anderer Aerste Praxis berichtet, dass 129 vollkommen geheilt seien, eine grosse Zahl Besserung erfahren habe, mehrere noch in Behandlung seien, andere nur upvollkommen behandelt worden seien, im Ganzen also ein überaus günstiges Resultat, das wohl eine andere Deutung zulassen möchte. Depaul nimmt nun die 20 Fälle von Valleiz, 5 von Gaussail, 3 von Piachaud in Bezug auf die Erfolge näher durch, und bedauert über die Beobachtungen von Simpson nichte Näheres be-Er schrieb deshalb an Simpson, erhielt von richten zu können. diesem aber keine näheren Details über die Fälle, sondern nur die Instrumente übersendet, die er der Academie vorlegt. Indessen hat er sich bemüht, von anderer Seite her Aufschluss über die Praxis des Edinburgher Arstes zu erlangen. Die Fälle von Valleix seigen, dass in vielen doch keine Heilung eintrat, in anderen viele andere Mittel nebenbei angewendet wurden, und dass Valleix ganz willkürlich ihre Heilung der mechanischen Behandlung zuschrieb. Die 5 Fälle von Gaussail sind noch beweisender gegen die neue Methode, wenigstens beweisen sie in keiner Weise ihre Vorstige und Heilkraft. Nur Scanzoni sagt bei Gelegenbeit des Berichtes (Canstatt's Jahrbücher für 1852, Bd. IV, S. 276) über Mayer's Arbeit, dass er 20 Fälle von Deviationen mit Redresseurs behandelt habe, 12 Mal mit dem von Kiwisch, aber ohne danernden Erfolg.

Depaul geht nun auf die von Valleiæ am Instrumente nach und nach gemachten Veränderungen ein und kommt zu dem wichtigen Schlusse, dass Valleiæ selbst den Intrauterinredresseur schliesslich aufgegeben hat und ohne ihn dieselben günstigen Resultate erzielte. Zu Anfaug machte er den Stiel des Instruments, welcher in der Uterinhöhle zu liegen kam, 6 Centim, lang, bald 5, später 4, und dann erklärt er, er müsse möglichst kurz sein; dabei bleiben die Resultate dieselben. Schliesslich bält Valleiæ es für susreichend, nur mit der Sonde den Uterus aufsurichten, eine Kautschuckblase gegen den Scheidengrund (gegen den hinteren bei Rückwärtsbeugung und Rückwärtsdeviationen) zu drücken und die

Sonde wieder an entfernen. Bei Vorwärtsdeviationen geht das abge nicht gut, indess hofft Valleig auch hier noch durch Verbesserung der Sonde zum Ziele zu kommen. 9 so behandelte Fälle wurden 7 Mal radical geheilt, in den anderen die Behandlung unterbrochen. Valleix selbst sagt: "Diese Fälle bedürfen keiner Erklärung, sie beweisen; dass durch dieses Verfahren der Uterus aufgerichtet wird und bleibt, ebensogut wie durch den Intrauterinredresseur." Depaul ist swar ebensowenig durch die neue Methode erbaut wie durch die alte, nur findet er durch sie den Intrauterinredresseur beseitigt. Auch ist Valleia's Ansicht nicht richtig, wenn er glaubt, die Methode habe in Frankreich viel Anhänger, im Gegentheil, und gerade die berühmtesten Männer wollen nichts von ihr wissen. meist durch eigne traurige Erfahrungen belehrt. Auch in Grossbritannien ist man der Methode im Ganzen wenig günstig gestimmt, wenngleich Simpson sie so dringend empfiehlt. Ein englischer ehrenhafter College hat an Depaul einen Bericht über zahlreiche Behandlungen von Simpson geliefert, worin er sagt, "dass das Instrument sehr verschieden gut voti den einzelnen Individuen vertragen werde, zuweilen ohne alle Erscheinungen, oft mit sehr bedenklichen, zuweilen wurde es Tage, Wochen, Monate, ja Jahre lang ohne Unbequemlichkeit getragen, in andern nicht Sekunden. So manche Frauen aber, bei denen man annahm, ihre Natur hätte sich an den Redresseur gewöhnt, fielen als Opfer desselben; mindestens folgten häufig krankhafte Zustände des Uterns. Im Anfange ist der Redresseur namentlich sehr trügerisch günstig wirkend. Gleich nach seiner Einbringung sind alle Beschwerden wie verschwunden, die Kranke voll Entsücken und Hoffaung, aber schon nach einigen Stunden treten die Reizungen, Entsündungen der Gebärmutter ein, die so beftig werden, dass Blutegel, Calomel und Opium energisch angewendet werden müssen, um nur das Leben su retten und die Kranke kommt mit einem böchst widerwärtigen Speichelfluss davon. Es folgen oft Blutflüsse, Mastdarmzerreissungen und Verschwärungen, Gebärmutterentzündung, Metro-Peritonitis, Beckenabseesse und mehrmals war der Tod das traurige Ende." - Simpson selbst stimmt in diese Uebelstände ein, wenngleich er sie mässiger schildert (Dublin quaterly journ. for 1848, p. 395. - Churchill (Diseases of Women p. 110, 288) neunt sie eine gefährliche Behandlung, die schliesslich nichts zu Stande bringt, wenn man anfangs es auch glaubte; er beobachtete danach Metritis und Beckenabsoesse. (Dublin med. Press for 1852, p. f.) Ganz ähnlich spricht sich Groum aus (Lancet 1849, vol. I, pag. 205). Robert Lee erzählt von einer sehr leidenden Frau, der er ein entietsliches gestieltes Instrument aus dem Uterus sog

### 380 XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

(Lancet 1852, vol. I, p. 160) und erzählt einen andern Fall (Lancet 1851, vol. I, p. 290), wo die Frau unter der Anwendung die heftigsten Schmerzen hatte und schliesslich sehr froh war, ihren grausamen Arst wieder los zu sein. Oldham sagt, er wage nicht mehr Simpson's Redresseur anzuwenden (Guy's hospital reports for 1849, p. 195), anfänglich frappirte ihn die Idee des Instrumentes und er hoffte viel von ihm, indess waren viele Frauen so empfindlich dagegen, dass er von der Behandlung damit ganz abgekommen ist, zumal da auch andere Mittel dasselbe leisten; später belehrten ihn 2 Todesfälle von der Wahrheit seiner Ansicht und er macht den Geburtshelfern einen Vorwurf daraus, ein so gefährliches Verfahren überhaupt zu empfehlen. Depaul berichtet die beiden Todesfälle; der eine war ihm von Dr. Bird mitgetheilt, den anderen hatte Bransby Cooper einem Accoucheur zur Behandlung übergeben; in beiden sollte die Unfruchtbarkeit durch den Redresseur geheilt werden. In dem ersten Falle zeigte die Section aber ziemlich klar, dass das Ovarium die Schuld der Unfruchtbarkeit trug; beide Mal starben die Kranken schnell an Peritonitis, Oldham meint, dass die Flexionen des Uterus wenig zu bedeuten haben und man viel besser thut, sie unberührt zu lassen, als mit ihnen so gefährlich zu experimentiren (Guy's hosp. reports 1849, p. 372). Montgomery theilte kürslich mündlich an Depaul seine Meinung über die Redresseurs dahin mit, dass er gründlich von ihrer Unsulänglichkeit und Gefahr überzeugt sei. Aebnlich spricht sich Duncan aus, der in Edinburgh neben Simpson praktisirt (Edinburgh med. and surg. journ. 1854, April). Es wäre ein Leichtes. ähnliche Ansichten noch mehr zu citiren, es geht aber genügend aus den angeführten hervor, wie man in England und Frankreich über das Verfahren denkt. - Depaul geht nun auf die Anwendung der Uterussonde als Untersuchungsinstrument über und findet sie bei weitem unschädlicher, als die Redresseurs. Indess führt sie häufig gerade su Irrthümern, ist zuweilen auch gefährlich und sollte nur ausnahmsweise in Gebrauch gezogen werden. Die Deviation ist ja in der Regel so leicht su diagnosticiren, wenn man eben nur gut und genau untersucht, dass man in der That keine Sonde nöthig hat. Allerdings ist der Vortheil der Sonde zur Er. kenntniss vielet Uterinkrankheiten nicht zu leugnen, aber wir sollten ihre Anwendung doch mehr einschränken. Während unsere Vorfahren bei Behandlung des Uterus zu furchtsam und ängstlich waren, sind wir zu verwegen. Die Sonde verursacht meist Schmersen, häufig Blutflüsse, Fröste und Fieber, Metritis und Peritonitis, ja selbst nur eine Untersuchung führte sum Tode, wie die folgenden von Depaul in dieser Besiehung gesammelten Fälle beweisen.

In dem ersten ausführlich ihm von Noël de Mussy mitgetheilten Falle folgte tödtliche Peritonitis; in dem sweiten, aus Huguier's Praxis, folgte Abortus und Tod an Peritonitis. Solche Fälle mit folgendem Abortus sind kaum su vermeiden, wenn man den Gebrauch der Uterussonde zu sehr ausdehnt, denn in den ersten Monaten ist die Schwangerschaft oft sehr schwer su erkennen und die Aussagen der Frauen führen mit und ohne Absicht leicht irre. So sind denn auch Fälle genug vorgekommen, wo Abortus nach der Sondirung des Uterus eintrat. Nonat erlebte 2 dergleichen, Valleix einen, welcher im Berichte näher mitgetheilt werden. Aus den mehrfach erwähnten Fällen von Valleia, Gaussail und Piachaud geht ausserdem hervor, wie häufig Blutflüsse (die Valleix fälschlich immer Regelu nennt), Frösteln, Schmerzen, Fieber, Metritis, Koliken, Ohnmachten, Neuralgien, Erschöpfung u. dergl. Zufälle der Einföhrung der Sonde folgten. Auch Huguier theilte Depaul 3 Fälle, Caseaux einen Fall mit, die näher beschrieben werden, in welchen der Anwendung des Redresseurs sehr heftige Erscheinungen folgten, ehenso berichtet Gaube einen Fall aus der Abtheilung Aran's, wo nach der Anweudung des Redresseurs Metro-Peritonitis sich einstellte. Nongt hat niemals gewagt, den Redresseur ansuwenden, aber 6 Kranke beobachtet, deren keine sich dabei wohl fühlte, es kamen ühle Zufälle hinsu und keine Aenderung des ursprünglichen Leidens. - Zum Schluss geht Depaul noch auf die nähere Beleuchtung der beiden Fälle von Brocs und Cruveilhier ein, welche in Folge der Anwendung des Redresseurs tödtlich abliefen und den Anlass zu der Besprechung in der Academie gegeben hatten und deren ungünstiger Ausgang durch Valleia anders ausgelegt worden ist. Depaul ist nach gründlicher Erwägung der Umstände su der Ueberseugung gekommen, dass er der Deutung der Fille, wie Valleia sie versuchte, nicht beipflichten kann, sondern dass sicher der Tod in Folge der Behandlung mit dem Redresseur zuzuschreiben ist. Ferner berichtet er noch 5 tödtlich abgelaufene Fälle. Der erste Fall ist ihm von Dicharry mitgetheilt, und der Tod erfolgte hier in Folge der Behandlung von Valleia mit dem Redresseur an Metro-Peritonitis; der sweite Fall kam auch in der Abtheilung von Valleis vor, die Kranke starb an Peritonitis, in dem dritten Falle sah Maisonneuve durch Metro-Peritonitis die Kranke su Grunde gehen; der vierte Fall kam bei Nélaton vor und ist von Debout in der chirurg. Gesellschaft (Gaz. des hôpit. 16. mars 1854) berichtet, die Kranke starb an Peritonitis; den fünften Fall beobachtete Aran, wurde gleichfalls von Debout in der chir. Gesellschaft (Gas. des hap. ebendas.) referirt; die Kranke ging gleichfalls an Metro-Peritonitis su Grunde. Solche Fälle be-

dürfen keiner weiteren Erklärung. Die aus dem Berichte von Depaul susammengestellten Schlüsse sind nun folgende: 1) Der Einfluss der Deviationen des Uterus auf die Gesundheit der Franen ist sehr übertrieben worden. 2) In vielen Fällen sind die auf sie bezogenen Zufälle anderen Erkrankungen der Gebärmutter zusu-3) Im regelmässigen Zustaude ist der Uterus, wennschreiben. gleich er eine bedeutende Beweglichkeit besitst, schräg gestellt und swar von oben vorn nach unten hinten. 4) Bei sehr vielen Frauen ist der Uterus gebeugt, geknickt, gesunken, seitlich abgedrängt, ohne dadurch irgendwie die Gesundheit der Frau zu stören. Die Deviation ist dann eine bedeutungslose einfache Abweichung. -51 Besteht zugleich eine Deviation und eine chronische Entsündung oder eine Neuralgie des Uterus, so genügt fast immer die Behandlung und Heilung der letzteren Zufälle sur Beseitigung der ersteren, oder, falls diese fortbestehen, beweisen sie, dass sie keinen Einfluss auf die Gesundheit haben. 6) Es giebt in seltenen Fällen einige Deviationen, welche zahlreiche Unbequemlichkeiten und ernstere Uebelstände zu erregen scheinen, so dass man sie direct behandeln muss. 7) Für solche Ausnahmefälle besitst die Wissenschaft Mittel, die wirksam und fast immer gefahrlos sind und die vom Bauche, der Scheide oder dem Mastdarme aus angewendet werden. 8) Die Fälle, die man als Beweis der Wirksamkeit des Intrauterin-Redresseurs veröffentlicht hat, sind falsch gedeutet. 91 Wenn man behauptet, dass der augenblicklich redressirte Uterus fast immer dauernd seine neue ihm gegebene Stellung beibehalte. so täuscht man sich, denn täglich beobachten Aerste, die später solche Frauen untersuchen, dass die Deviation noch besteht. 10) Wenn man die beobachteten Heilungen und Besserungen den Intrauterin-Pessarien zuschreibt, so vergisst man, dass neben ihnen eine grosse Reihe anderer Mittel angewendet wurde, deren bekannte Wirkung den Erfolg hinreichend erklärt. 11) Die der Academie mitgetheilten Beobachtungen von Broca und Cruveilhier sind nur zu deutliche Beweise öber die schädliche Wirkung der neuen Methode. 12) Diese Fälle sind lange nicht die einzigen. Die Todesfälle, welche in Frankreich und England den Intrauterin-Redresseurs folgten, sind leider schon zu zahlreich, um nicht den Gläubigsten aufzuklären. 13) Abgesehen von den Frauen, die ihr Leben bei diesen Versuchen verloren, muss man über die grosse Zahl von Zufällen staunen, die sich bei anderen herausstellten (mehr oder weniger heftige Schmerzen, Blutflüsse, Verblutung, nervöse Zufälle, Frostschauer, Fleber, Ohnmachten, Peritonitis, Beckenabscesse, Metro-Peritonitis u. s. w.), ohne zu berücksichtigen, dass man bei vielen die Behandlung aufgeben musste.

14) Wenngleich die Uterussonde für die Diagnose mancher Affectionen grosse Vortbeile gewährt, so darf man doch nicht vergessen, dass sie in vielen Fällen gans überflüssig ist und ihre Anwendung bedenkliche Zufälle erseugen kann. Deshalb darf sie nur ausnahmsweise gebraucht werden. 15) Was die verschiedenen Pessarien oder Intrauterin-Redresseurs betrifft, so muss man sie, unserer Meinung nach, verbannen, denn sie sind unnütz, /wirkungslos für die beabsichtigten Zwecke, und bringen die Kranken in die ernstesten Gefahren.

In der nach diesem langen Berichte eröffneten Discussion nimmt suerst Piorry das Wort und erklärt sich im Allgemeinen mit Depaul durchaus einverstanden. Er behandelt seit langer Zeit die Anteversionen durch grosse Ruhe der Frauen, denen er ausserdem räth, den Urin möglichst lange anzuhalten, dagegen durch tägliche Abführungen den Mastdarm zu entleeren, dadurch richtet sich der Uterus auf; bei Retroversion lässt er oft uriniren, die Faeces zurückhalten oder den Grund des Uterus durch einen fremden Körper hochdrängen; daneben werden in geeigneter Weise die Complicationen behandelt, welche fast immer die Hauptsache ausmachen. Die Uterussonde hält er nicht für so gefährlich wie Depasil wenngleich er auch ihren Gebrauch etwas eingeschränkt zu sehen wünscht. Die von ihm gezogenen Schlüsse sind: 1) Die Deviationen haben verschiedene Ursachen, bald stehen sie mit anderen Krankheiten desselben Organs in Beziehung, bald sind sie von der Beschaffenheit der Bänder abhängig, hald von Erkrankungen der Nachbarorgaue. 2) Ehe man zur Behandlung der Deviation schreitet, muss man genau über die organische Ursache unterrichtet sein. 3) Die statistischen Uebersichten über die Deviationen und den Erfolg ihrer Behandlungsweisen haben nur dann Werth, wenn man die ursächlichen organischen Zustände genau bestimmt hat. 4) Die jedes Mal für die Deviation passende Behandlung muss sich nach den Umständen richten, in welchen die Kranke sich befindet, nicht aber nach allgemeinen gegen Deviatio. nen aufgestellten Betrachtungen vorgenommen werden, 5) Die Pessarien, Peloten u. s. w., welche die Gebärmntter einrichten, sind nur Palliativmittel; die Pessarien relaxiren ausserdem die Scheide. erhöhen also die ursprüngliche Anlage. 6) Der Uterin-Redresseur ist auch fast nur palliativ, er passt nur für sehr seltene Fälle und scheint nach langer Behandlung zuweilen einen günstigen Erfolg gehabt zu haben. 7). Die Uebelstände des Instrumentes sind unendlich erheblicher und sablreicher, als die Vortheile. 8) Oft reichen gewisse hygieinische Vorsichtsmassregeln aus, die Schmerzen und die andern die Deviationen begleitenden Uebelstände mehr als

### 884 XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

erträglich zu machen. 9) Als Untersuchungsinstrument kann die Uterussonde nützlich sein, aber immer ist es gefährlich, irgend einen fremden Körper in der Uterinhöhle eingeführt liegen zu lassen. Der Redresseur darf daher in der Mehrzahl der Fälle nicht angewendet werden.

Gaussail (aus Toulouse) übersendet in Folge des Berichtes von Depsul einen Brief an die Academie, in welchem er sich gegen die Deutung seiner Fälle, wie sie von Depsul geschehen, verwahrt, da derselbe durch abgerissene, ungenaue Citationen und durch vorgefasste Meinung zu dem gegebenen Resultate gekommen sei. Aus der näheren Darlegung der von Depsul nicht richtig aufgefassten oder nicht erwähnten Stellen, die zur Erklärung nothwendig waren, geht hervor, dass Depsul allerdings mit etwas grellen Farben die Uebelstände hervorgehoben, im Ganzen aber doch nichts Falsches berichtet hat.

Malgaigne erhält in der Academie das Wort und wirft Depaul ein strenges, fast leidenschaftliches Urtheil vor, statt dass es einfach und unpartheiisch hätte sein sollen. So sei sein Ausdruck, dass die Handgriffe des Redresseurs gegen die Vernunft streiten, doch etwas su stark, wenn Leute wie Velpeau, Amussal, Simp. son, Huguier, Valleia sie häufig ausgeführt. In solchem Falle könne allein die Erfahrung entscheiden. Die Thesen von Depaul seien viel su schroff gegen die Methode, die doch, wie Depaul sugestehe, suweilen hülfreich sei, er hätte deshalb die Bedingungen anführen müssen, unter denen sie angewendet werden müsse, die Anzeigen und Gegenanzeigen specialisiren, die Fälle näher bestimmen, wo sie hülfreich war, wo nicht. Depaul habe entschieden die Gefahren übertrieben. Ein grosser Uebelstand bestehe darin, dass man bisher nicht gehörig die Complicationen diagnosticirt und danach das einsuschlagende Verfahren gewählt habe. Bei entzündlichen Affectionen seien die mechanischen Verfahren entschieden gefährlich und höchstens dürfe ein Versuch gemacht werden; bei einfachen oder neuralgischen dagegen bringe es keine Gefahr, oft augenblickliche und dauernde Erleichterung und vollständige Heilung. Er schlägt deshalb zur Berücksichtigung vor: 1) Man darf nicht absolut den Gebrauch des Intrauterinredresseurs verbannen. 2) Man muss ihn auf einzelne seltene, gans einfache Fälle ohne entsündliche Reisbarkeit beschränken. 3) Das Instrument darf nicht lange in der Gebärmutter verweilen. 4) Das einfache Sondiren ist ganz anders su beurtheilen, als die dauernde Einbringung eines Instrumentes. 5) Die Uterussonde darf auch nur selten und mit Vorsicht benutst werden. 6) Man muss das bisherige rein empirische Verfahren aufgeben, eine strenge diffe-

entielle Diagnose stellen, den wirklich vorhandenen Indicationen Rechnung tragen, wissen was man thut und weshalb man es thut.

Ì

Nach dieser Rede rechtfertigt sich Depaul gegen einzelne ihm von Malgaigne gemachte Vorwürfe und beweist ihm, dass sie Beide eigentlich im Grunde einig sind, dass man nämlich nur mit äusserster Vorsicht zu den mechanischen Verfahren schreiten dürfe; darauf beseitigt Depaul den Brief von Gaussail und die ihm darin gemachten Vorwürfe und giebt zu, dass sein Bericht zwar strenge, aber durchaus unpartheiisch und gerecht sei.

Huquier nimmt das Wort und bemerkt zunächst, dass, wenn er auch als Berichterstatter den Bericht von Depaul im Allgemeinen billige, seine Ansicht in manchen Einzelheiten doch wesentlich abweichend sei. Er setzt in einer sehr lichtvollen Darstellung auseinander, dass die ganze Sache sich um 3 Fragen drehe, 1) um die Intrauterinvedresseurs, 2) um die Deviationen, 3) um die Uter russonden. Ueber die erste Frage theile er ganz die Ansicht Depaul's, die dieser mit so gründlicher Erwägung aller bisherigen Erfahrungen auseinandergesetzt habe. Er will die Apparate zwar nicht gänzlich verbannen, aber sie doch auf die seltenen Fälle beschränken, wo nach Anwendung anderer Mittel die Deviationen den Anlass zu ernsten Erscheinungen geben und in dem Zustande der Gehärmutter kein Grund zu einer durch die Apparate zu erseugenden Gefahr liegt. In solchen Fällen werden sie, wie die Erfahrung es bisher auch gelehrt, heilsam sein, nur wende man sie auch hier mit grosser Vorsicht an und entferne sie sogleich, wenn Schmerzen oder Uebelbefinden der Kranken erfolgen. Bei manchen nicht menstruirten Frauen ist die Einführung der Apparate sehr wirksam sur Hervorrufung der Menstruation; er selbst hat 2 sehr glückliche Beobachtungen gemacht, Aran gleichfalls 2, und Valleis eine. - Die zweite Frage über die Deviationen bedarf einer gründticheren Beleuchtung. Es ist sehr wunderbar, dass sich 2 Ansichten schroff entgegenstehen, die eine räumt den Deviationen eine nur sehr geringe, selbst gar keine pathologische Einwirkung ein. weshalb sie kaum eine Beachtung verdienen, die andere hält sie für die Ursache sehr wichtiger pathologischer Erscheinungen. Die Wahrheit hegt in der Mitte. Die Anhänger der ersten Ansicht stützen sich darauf, dass 1) an der Leiche Deviationen vorkommen, wo bei Lebseiten gar keine Klagen gegen Uterinleiden erhoben wurden, 2) auch an Lebenden dieselben gefunden werden, ohne dass die Frauen im geringsten davon leiden, 3) viele Frauen Beckengeschwülste ohne alle Beschwerde tragen, 4) die Störungen, die man den Deviationen zuschreibt, anderen Erkrankungen sukommen, sumal den chronischen Entzündungen des Uterus, und Monateschr. f. Geburtek, 1854, Bd. IV. Hft. 5. 25

883

١

man sie falsch gedeutet hat; 5) dass mit dem Aufbören dieser Erkrankungen auch die den Deviationen sugeschriebenen Erscheinungen verschwinden, ohne dass man irgend Etwas gegen die Deviation gethan habe; 6) dass der Uterus im normalen Zustande keine bestimmte Richtung und Lage (Achse) habe, sondern fortwährend von den Nachbarorganen bewegt werde; 7) dass die grosse Beweglichkeit des Uterus den Schmers und die Unbequemlichkeiten, die man den Deviationen zuschreibe, erklären lassen und dass bei grosser Ruhe sie von selbst schwinden. Bei näherer Betrachtung dieser Einwürfe, welche wohl geeignet sind, einen Praktiker, der nicht durch eigne Erfahrungen sich eine Ansicht bilden konnte, su überzeugen, ergiebt sich aber, dass sie durchaus nicht richtig sind. Ad 1) hat man hauptsächlich entweder sehr alte Frauen secirt, bei denen die bereits atrophische Gebärmutter seit lange gar keinen Einfluss mehr besass, oder junge Frauen, welche an Leiden starben, welche die im Ganzen untergeordneten Erscheinungen der Deviationen so in den Hintergrund stellten, dass die Kranken nicht darüber klagten, bei noch anderen können die Deviationen von der Art gewesen sein, dass wirklich keine Beschwerden entstanden, was leicht möglich ist bei geringeren Graden, bei kleinem Uterus, bei hohem Stande desselben, bei weitem Becken, bei starker seitlicher Abweichung, bei seitlicher Verschiebung des Mastdarmes, wo die Nachbarorgane nur wenig oder gar nicht behelligt werden. Ad 2) was die 27 von Gosselin angeführten Fälle betrifft, so beweisen sie nichts, denn bei 11 zeigte sich nur eine gauz schwache Vorwärtskrümmung, also der normale Zustand, bei den 16 andern eine sehr geringe Anteflexion, also leichte Formen, die am wenigsten Beschwerde machen. Ad 3) maohen die Geschwülste allerdings Beschwerden, wenn sie tief im kleinen Becken liegen und gegen die Nachbarorgane drücken, aber meist schieben sie sich seitlich oder über das Becken nach oben hinaus. Ad 4) und 5) ist die Ansicht durchaus nicht richtig, wenn man sagt die Deviationen und andere Erkrankungen bieten dieselben Erscheinungen dar, dass mit der Heilung der chronischen Entsündung auch die Beschwerden der Deviationen aufhören. Man muss nothwendig an einfachen Fällen die Symptome der einselnen Erkrankungen studiren und die einer jeden Krankheit zukommenden genau kennen. Die durch die Untersuchung sich darstellenden Symptome sind so einfach und leicht zu unterscheiden, dass H. über sie hinweggeben zu können glaubt. In Bezug auf die physiologisch - pathologischen Functionsstörungen ergeben sich aber folgende Unterschiede: Der Schmerz hat 5 verschiedene Formen bei den Krankheiten der Geschlechtsorgane, er ist entweder 1) rein

887

nervös oder neuralgisch und dann sehr flüchtig in den verschiedenen Theilen, 2) der eigentliche Uterinschmerz, als Zeichen der Entzündung des Uterus, 3) der Schmerz in den Uterusanhängen, 4) der in den mit dem Uterus in naber Beziehung stehenden Theilen, 5) der sympathische Schmerz in verschiedenen entfernteren Organen. Diese verschiedenen Schmerzen lassen sich durch die Untersuchung und nach den Angaben der Frau bei Bewegungen, den Functionen der Nachbarorgane unterscheiden. Bei den Deviationen, mit Ausnahme der Flexionen, leiden die Nachbarorgane, namentlich der Mastdarm und die Blase, mehr als der Uterus selbst; bei Vorwärtsbeugungen sind es die Störungen der Blase, bei Rückwärtsbeugungen die des Mastdarms, welche zuweilen zu den grössten Beschwerden Anlass geben und sogleich nach Aufrichtung der Gebärmutter schwinden. In solchen Fällen hilft die Behandlung etwa gleichseitiger Entsündungen der Gehärmutter zur Beseitigung der Erscheinungen der Deviationen nichts, wenn nicht durch die Mittel, wie Ruhe, passende Lagerung, Bauchgurte u. s. w. gleichseitig auch unmittelbar auf die Deviation hingewirkt worden ist. Ad 6) ist die Ansicht nicht gegründet, dass der Uterus seine Richtong ändere, denn wenn er auch durch die Blase, den Mastdarm, die Därme nach hinten, nach vorn und nach unten abwechselnd geschoben werde, so behalte er dabei immer seine normale Richtang mit dem Grunde nach oben und nach vorn, mit dem Munde nach unten und hinten. Ad 7) wenn eine grosse Beweglichkeit der Gebärmutter Schmersen macht, so macht sie ebensogut auch Lageabweichungen und dann kommt die Sache auf dasselbe beraus,

Nehmen wir nun nach obiger Auseinandersetzung die Devia. tionen mit ihren Folgen an, so fragt sich noch, sind sie niemals eine Ursache sur Unfruchtbarkeit und ferner, sind sie unbeilbar? Beide Fragen dürfen nicht absolut beantwortet werden. Von allen Deviationen sind die Retroflexionen höheren Grades am leichtesten im Stande, die Conception unmöglich zu machen; bei den Lateroflexionen liegen die Ursachen der Unfruchtbarkeit mehr in den anatomisch-pathologischen Zuständen, welche die Flexion erzeugt haben.

Die Heilbarkeit der Deviationen ist keinem Zweifel unterworfen und in einer so grossen Reibe von Fällen durch die geübtesten und gewissenhaftesten Aerzte beobachtet worden, dass es vermesren wäre, an sie nicht glauben zu wollen. Was die Behandlung der Deviationen betrifft, so muss man streng die Art des Falles unterscheiden, denn einzelne Formen verlangen eine rein medizinische, andere eine rein chirurgische, noch andere eine gemischte Behandlung. Die seitlichen Beugungen und Knickungen sind sel-

ten, stören nur wenig, sind aber auch fast unheilbar, denn meist sind sie die Folge eines angebornen Mangels eines runden Mutterbandes oder einer andern Verbildung dieser oder der breiten Bänder. Die Anteflexionen könnten böchstens durch Intrauterininstrumente beseitigt werden, diese sind aber hier selten anwendbar. Anteversionen werden beseitigt durch Rückenlage, erhöhte Lage des Bekkens und Zurückhaltung des Urines, welcher die Blase füllt und den Gebärmuttergrund nach hinten abbiegt; ausserdem adstringirende Einspritzungen, jeden Abend ein kaltes Klystier und den Bauchgurt, wenn der Bauch umfangreich ist und vorn über die Schambeine hinwegragt. Auch die Retroversionen können durch verschiedene Mittel gut beseitigt werden. Hat die Kranke lange auf dem Rücken gelegen, so erheben sich die Darmschlingen aus der Douglas'schen Tasche und lagern sich zwischen Uterus und Blase, der Muttergrund sinkt in Folge dessen nach hinten um in die Aushöhlung des Kreuzbeines. In einem solchen Falle kann es ausreichen, den Uterus mit einer Sonde aufzurichten, denn dann gehen die Darmschlingen wieder nach hinten surück und bringen den Uterus in seine normale Lage. Die Retroflexionen sind dagegen nicht so leicht zu heilen und leider machen sie vielerlei Beschwerden, denn oft sind sie die Ursache der Unfruchtbarkeit, Dysmenorrhöe, siehender und krampfhafter Gehärmutterschmerzen, allerlei Nervenbeschwerden, schlechter Ernährung, fortwährenden Dranges sum Stuhl, Schwere im Mastdarm u. s. w. Die Scheidenpessarien sind hier selten ausreichend, denn sie wirken nicht hoch genug; die Kautschukblasen in den Mastdarm eingebracht wölben diesen zu sehr hervor und lassen den Muttergrund seitlich von der Convexität heruntergleiten, die vordere Fläche des Mastdarms muss hervorgetrieben aber dabei doch platt oder selbst concav sein, damit der Uterus in ihm fest liegt und aufgerichtet bleibt. Seit 5 Jahren wendet Huguier mit grossem Glücke folgendes Verfahren au: Er bringt den Uterus mit der Sonde oder mit den in den Mastdarm eingeführten Fingern zurück und schiebt an ihre Stelle in den Mastdarm eine dicke Charpiemesche, die er mit den Fingern von der Scheide aus an der vorderen Seite abplattet und aushöhlt. Sie muss  $1-2^{\prime\prime}$  oberhalb des Afters liegen, um nicht zum Stuhle su reizen. Der Uterus muss natürlich reponirbar sein, der Mastdarm vollständig leer. Die Kranke nährt sich mit sehr nahrhaften Speisen, die wenig Koth machen und lässt den Stuhl hinter der Mesche möglichst lange ansammeln; dadurch wird der Uterus immer mehr aufgerichtet. Die Kranken sind im Stande, 10, 20, 30 und mehr Tage den Stuhl ohne Unbequemlichkeit ansuhalten. wenngleich in den ersten Tagen öfters Drang eintritt. Diese Behandlung muss 3 - 4 Monate fortgesetzt werden, nach dieser Zeit liegt die Gebärmutter meist richtig und alle Leiden sind verschwunden.

Hat die Gebärmutter Neigung zum Zurückfallen, so kann jetzt ein langes Pessarium von Hereez in die Scheide gebracht werden, das den Muttergrund möglichst his über das Promontorium hinaufdrängt. Einzelne Kranke gehen freilich 'alle 3-4 Tage zu Stuhle, das ist aber auch die einzige Störung bei diesem Verfahren. — Ist der Uterus sehr beweglich und diese Beweglichkeit mit Schmerzen verbunden, so genügt es, ihn durch ein kleines Pessarium, eine kleine grüne Orange oder grüne Citrone zu fixiren und sogleich werden die Zufälle schwinden. Ebenso wirkt der Unterleibsgurt, der jedoch nur vortheilhaft ist bei starken, dickleibigen Personen, bei denen die Bauchdecken über die Schambeine hinwegragen, dagegen wird er von mittelstarken oder mageren Personen mit festen, derben Bauchwandungen nicht vertragen oder er bringt wenigstens keinen Nutzen.

Hervez de Chégoin, der nächste Redner, geht hauptsächlich 3 Punkte näher durch, welche sich bei der Diskussion herausgestellt haben: 1) dass die Lageabweichungen der Gebärmutter unwichtig seien und keine Behandlung erfordern; 2) dass die Lageabweichungen immer die Folge eines krankhaften Zustandes der Gebärmutter seien, mit dessen Heilung anch erstere weichen; 3) die Behandlung. - Ad 1) Ein in der Medizin allgemein und exclusiv ausgesprochener Satz ist selten wahr. Stets finden sich Ausnahmen, oft mehr als die Regel. Jeder weiss, dass grosse Hernien ohne Gefahr zuweilen getragen werden, und doch wird Niemand behaupten, eine Hernie brauche nicht gehalten werden. Viel eher kann man im Allgemeinen sagen, dass alle Lageabweichungen den Organen sehr bedeutende Beschwerden machen, es beweisen uns dies hinlänglich die Senkungen der Leber, die Verlängerung des Samenstranges, der Vorfall des Mastdarmes, der Scheide und viele andere. Warum sollten die der Gebärmutter allein eine Ausnahme machen? Die tägliche Erfahrung lehrt uns das Gegentheil, denn die meisten Frauen mit Gebärmüttern, die aus der Lage gewichen sind, sind zu den Geschäften unbrauchbar, nach der Reposition aber wie verändert. Ad 2) Freilich werden viele Lageabweichungen der Gebärmutter durch Krankheiten dieses Organes erzeugt aber oft bestehen jene nach der Heilung dieser noch fort und wiederum werden oft durch Zurechtlagerung der Gebärmutter alle Symptome beseitigt, die anderen Mitteln hartnäckig getrotzt hatten. Somit ist der Schluss des Berichtes über diesen zweiten Punkt nicht anzunehmen. Ad 3) kann nicht ge-

389

mutter, die, wenngleich ein jeder wohl den anatomischen Unterschied festhalte, doch bei der Discussion fortwährend zusammengeworfen wurden. Er theile die Ansicht, dass die leichten Formen von Knickungen ohne allen Einfluss auf die Gesundheit seien. leugne dies aber für die Lageveränderungen aller Art. Wenn Depaul behauptet habe, dass nach Beseitigung der begleitenden Erscheinungen auch die Deviation verschwinde, so könne er und gewiss Viele mit ihm auch das Gegentheil behaupten, dass mit Beseitigung der Deviation auch die begleitenden Erscheinungen. die der Ulceration, den Verschleimungen, chronischen Anschwellungen zugeschrieben werden, aufhören. Freilich sind fast alle Uterinkrankheiten der verschiedensten Art von gleichen Leiden der Kranken begleitet und es ist kaum jemals möglich, aus ihren Klagen einen Anhalt für die Eigenthümlichkeit der Krankheit zu erlangen; diesen Aufschluss giebt fast immer erst der Finger oder selbst das Speculum. Darum kann Niemand mit Bestimmtheit behaupten. dass die begleitenden Erscheinungen diesem oder jenem Leiden zukommen und Depaul thut Unrecht, wenn er sagt, Valleig habe ohne Grund die vorhandenen Leiden auf die Deviationen zurückgeführt. Aber freilich sind wohl nur die böheren Grade der Umbeugungen im Stande, Leiden zu erzeugen, denn die leichten Formen machen fast niemals Beschwerden und nur übertrieben eifrige Anhänger des Aufrichtungs - Instruments und anderer Pessarien beziehen Alles auf die Lageabweichungen, selbst wenn diese kaum wahrnehmbar sind. - In Bezug auf die Knickungen muss man die angebornen und die erworbenen unterscheiden. Erstere machen fast keine Beschwerden, letztere dagegen mehr. Beim weiblichen Fötus ist übrigens nach den zahlreichen Untersuchungen von Boulard, Follin, Verneuil, Gillette u. A. eine Anteflexion der normale Zustand der Gebärmutter, welcher sich mit den Jahren allmälig ausgleicht und Depaul geht unbedingt viel zu weit, diese Flexion als eine Leichenerscheinung deuten zu wollen. Die erworbenen Umknickungen sind fast immer die Folge von anderweitigen Leiden, besonders von Verwachsungen, von Veränderungen des Gewebes der Gebärmutter, von vorausgehenden Umbeugungen des Organes und zuweilen geht solche Knickung schnell vor sich. Die erworbenen erfordern deshalb im Allgemeinen auch nur eine Behandlung und unter ihnen geben die aus den Umbiegungen hervorgegangenen die beste Aussicht auf Heilung ab, denn wir können hoffen, mit der Beseitigung der ursprünglichen Lageabweichung auch die Knickung zu heben. Bei Verwachsungen und Veränderungen des Gewebes ist eine Heilung unmöglich, das beweisen mehrfache Versuche an derartig geknickten Gebärmüttern

nach Sectionen, die von Caseaux angestellt wurden; denn eutweder fiel die Gebärmutter nach der Aufrichtung beim Loslassen sogleich wieder in die alte Gestalt zurück, oder die Aufrichtung selbst war schon so schwierig, dass eine erhebliche Kraft dazn nöthig war; in letzteren Fällen würden bei der Lebenden bedenkliche Erscheinungen sicherlich aufgetreten sein. Nach dem Gesagten macht Caseaux die Schlusssätze: 1) Das Aufrichtungs-Instrument der Gebärmutter ist meist unnutz und oft gefährlich; 2) es ist wichtig, die Lageabweichungen von den Knickungen zu unterscheiden: 3) die einfachen Lageabweichungen sind zuweilen unschädlich, oft die Ursache ernstlicher Zufälle; 4) die Wissenschaft besitzt Mittel, dieselben zuweilen zu heilen, wenigstens bringen diese Mittel fast immer Erleichterung; 5) die erworbenen Knickungen der Gebärmutter, wenn sie weder die Menstruation, noch die Conception stören, sind fast niemals von Zufällen begleitet und erfordern keine Behandlung; 6) nur bei denjenigen erworbenen Knickungen, welche aus einer Lageabweichung hervorgehen, darf eine Aufrichtung versucht werden. - Schliesslich vertheidigt Caseaux die Brauchbarkeit der Gebärmuttersonde," welche, mit Vorsicht gebraucht, unschädlich ist und wesentliche Dienste für die Untersuchung leistet.

Gibert, der in seiner Rede weniger auf die Sache eingeht, wünscht nur, dass man mit grösster Sorgfalt und Strenge bei der Erwägung der Zweckmässigkeit der Behandlung der Deviationen mittels Instrumente zu Werke gehen möge, damit dem ärztlichen Publikum der richtige und gefahrlose Weg gezeigt werde. Er hofft, dass das Verfahren, ebenso wie früher andere, die bei der Behandlung von Gebärmutterkrankheiten vorgeschlagen und von den Vertretern der Wissenschaft auch vielfach ausgeübt worden sind, wie die Amputation des Mutterhalses von Lisfranc und andere, bald werde verlassen werden.

Velpeau nimmt zunächst die gewissenhafte und gründliche Beobachtungsweise von Valleix gegen Depaul's Angriffe in Schutz und ergeht sich dann weitläuftig über seine schon seit 10-20 Jahren gemachten Erfahrungen über die Knickungen der Gebärmutter, auf welche er damals zuerst aufmerksam gemacht hat und die nun von jedem Praktiker gefunden werden. Mit der Annahme der Deviationen schwand diejenige Krankheit, welche bis dahin eine Hauptrolle gespielt hatte, die Engorgements (Verschleimungen), welche in der That nur selten vorkommen. Die Deviationen verursachen in sehr vielen Fällen allerdings gar keine Erscheinungen, in vielen aber doch sehr deutliche und zwar in einer Weise, die fast mit mathematischer Gewissheit beweise, dass die Erscheinungen lediglich den

### 394 XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur.

Deviationen zukommen. Er bat oft beobachtet, dass Frauen, bei welchen vor Jahren nach irgend einer heftigen Bewegung etwas Ungewohntes im Unterleibe begegnet war, seitdem nicht mehr ordentlich und nur mit Schmerzen laufen kounten; legten sie sich nieder, war Alles verschwunden, mit dem Aufstehen traten alle Zufälle wieder ein, die Untersuchung ergab dann eine Deviation. nach deren Aufrichtung die Frau sich sofort erleichtert fühlt; fallt der Uterus um. so kehren alle alten Leiden wieder. In solchen Fällen braucht man nicht zur Metritis, den Catarrhen, Hypertrophien, Engorgements, Neuralgien seine Zuflucht zu nehmen. Sind die Devlationen mit dergleichen Leiden wirklich complicirt, so ist es auch noch immer fraglich, welchem Zustande die Klagen der Frauen zuzuschreiben sind. Jedenfalls sind die Deviationen im Stande, für sich allein ganz erhebliche, mit der Dauer unerträgliche. ja schliesslich lebensgefährliche Erscheinungen hervorzurufen. - In Bezug auf die Behandlung bemerkt Velpeau, dass nach seinen Erfahrungen und besonders nach denen von Valleix die mechanische Behandlung der Deviationen mit dem Aufrichtungs-Instrumente ebenso wenig überflüssig und unnütz sei, wie die Behand lung mit den Pessarien und mit den Unterleibsgurten, deren Nutzen, weungleich er nur palliativ sei, gewiss von Niemand geleugnet werde. Freilich sei verhältnissmässig der intrauterine Redresseur am gefährlichsten, da mehrfach Erkrankungen und Todesfälle nach seiner Anwendung erfolgt seien, zum Theil liegen diese ungünstigen Folgen aber an ungeeigneter Handhabung des Instruments, an der Construction des Instruments, an nicht hinreichend sorgfältiger Auswahl der Krankheitsfälle. Im Ganzen sind auch die Uuglücksfälle bisher verhältnissmässig selten aufgetreten, und gewiss hat jede chirurgische Operation in gleichen Verhältnissen ungünstige Erfolge aufzuweisen. Der Uterus ist in der That ein sehr reizloses Organ, welches ungestraft beleidigt werden kann, das beweisen wohl die unzähligen, täglich von fast allen Frauenärzten und Chirurgen ausgeführten Einspritzungen, Aetsungen, Einschnitte, die man ohne Scheu bis in den Mutterbals und über ihn hinaus bis in die Körperhöhle der Gebärmutter ausführe. Nach Velpeau's Ansicht darf deshalb das Instrument nicht verbannt werden, denn es leistet in den meisten Fällen sehr gute Dienste, man bemühe sich nur, es sweckmässiger zu gebrauchen, mit mehr Vorsicht, Schonung und nur nach gehöriger Diagnose in den wirklich geeigneten Fällen, dann werden auch die Gefahren schwinden, die es bis jetzt begleiten. Zunächst behandle man die Ausflüsse, Granulationen, Catarrhe, die Reizungen und Entzündungen der Gebärmutter; man überzeuge sich vorher möglichst

dass keine Verwachsungen, Geschwülste oder materielle Verletsungen der Gebärmutter bestehen. Auch nehme man zunächst einen beweglichen, elastischen Stiel am Instrumente, wie Velpeau ihn schon vor langer Zeit, vor etwa 20 Jahren, angegeben hat, als er damals, nicht befriedigt von der Wirkung der Pessarien, ein gans ähnliches Intrauterin-Aufrichtungs-Instrument vorschlug (welches er auch der Akademie vorzeigt), dessen Gebrauch er aber schon nach wenigen Monaten wieder einstellte, weil der Gedanke, dass es auch kein Radikalmittel sei, ihm den Eifer zu weiteren Versuchen raubte. Man lasse das Instrument auch nicht allzulange hintereinander liegen, sondern wende es in Pausen an. Immerhin bleibt auch dieses Werkzeug ein Palliativmittel, das aber besser ist, als gar keins. Valleix wird die beste Gelegenheit haben, weitere Erfahrungen zu machen, man lasse ihn gewähren, er wird sicherlich später seine Erfolge der Wahrheit und Wissenschaft gemäss ohne Rückhalt mittheilen.

Amussat berichtet zunächst seine Erfahrungen über die Aufrichtungs-Instrumente, die er schon 1846 anwendete, aber nach einem plötzlich danach erfolgenden Todesfalle wieder aufgab. Seitdem heilte er die Retroversionen durch Cauterisiren des Scheidengrundes hinter der hinteren Lippe des Scheidentheiles der Gebärmutter, wodurch diese nach hinten gezogen wird und den Grund nach vorn aufrichtet. Die Aufrichtungs Instrumente liefern nach seiner Ansicht meist nur eine vorübergehende Besserung und sind oft gefährlich.

Malgaigne geisselt mit scharfer Kritik die bisherigen Redner. Zunächst stellt er den Satz auf, dass trotz entgegengesetzter Aussprüche die Pathologie der Gebärmutter seit der grossen Diskussion von 1849 keinen Schritt vorwärts gethan und dass jetzt dieselben Redner ihre früheren Ansichten mit derselben Ueberzeugung aussprächen, wie damals. So behauptet Herves de Chégoin jetzt wie 1849, dass die Deviationen des Uterus eine häufige Ursache von Leiden seien; ferner, dass eine gleichzeitig vorhandene Verschleimung (engorgement) oft die Folge der Deviation sei und nicht die Aufrichtung verbiete, sondern gerade anzeige und mit ihr verschwinde. Dabei giebt er aber zu, dass es selbstständige Engorgements, ohne Deviationen, gäbe, welche direkt hehandelt sein wollen. Aber wie will Herves diese erkennen? darüber ist er ebenso wenig aufgeklärt, wie früher, er wird also bei Behandlung einer mit Engorgement complizirten Deviation den Zufall walten lassen, bald diese, bald jene angreifen, und glücklich die Kranke. bei welcher der Zufall gleich das erste Mal das richtige treffen lässt. - Ebenso besteht Gibert wie früher auf der Wichtigkeit

einer allgemeinen Behandlung, die wohl Niemand leugnen wird, und behauptet, dass in vielen Fällen die Zufälle, die man den Deviationen, Ulcerationen, Engorgements, Granulationen suschreibt, durch einen anderen krankhaften Zustand erzeugt werden. Aber welche sind denn diese anderen krankhaften Zustände? Gibert führt sieben Diathesen auf, die man bekämpfen müsse. Gesetzt, er hätte recht, in vielen Fällen hätten die Diathesen wirklich Schuld, so giebt es doch noch immer Fälle, wo das örtliche Leiden zu beschuldigen und zu beseitigen ist. Wie soll man diese Fälle unterscheiden? Das giebt G. nicht an, die Confusion bleibt wie vorher. Auch die Rede von Dubois verschafft kein neues Licht, nur seine Beschreibung der Neuralgie der Vulva und Scheide ist neu. Ebenso wenig erläutert Depaul in seinem Berichte die differentielle Diagnostik, wenngleich er behauptet, es an verschiedenen Stellen gethan zu haben; er wirft Valleix diagnostische Irrthümer vor, die ihm Valleix gerade mit demselben Rechte vorwerfen su können glaubt. Wie soll man aus einer solchen Schwierigkeit heraus? - Huguier behauptet, die höheren Grade von Deviationen machen die bedeutenden Leiden, das ist aber durchaus nicht immer der Fall, oft sind bedeutende Senkungen ganz schmerzlos, leichte Deviationen aber unerträglich. Ebenso wenig lassen sich bestimmte Leiden bei den einzelnen Arten der Deviationen feststellen. Auch ist die Erklärung von Huguier nicht richtig, dass beleibte Frauen den Unterleibsgurt gut vertragen, magere dagegen nicht; es kommt vielmehr darauf an, ob die Deviation rein oder complizirt ist, in letzterem Falle wird der Gurt nicht gut vertragen oder erst nach Beseitigung der Complicationen. Huguier behauptet, die Retroflexion ist oft die Ursache von Unfruchtbarkeit, Dysmenorrhöe, Schmerzen u. s. w., und gleich nach ihm behauptet Caseaux: die einfachen Deviationen sind zwar zuweilen unschädlich, aber oft der Anlass zu ernsten Zufählen, während die Inflexionen, wenn sie die Menstruation und Conception nicht stören, fast niemals von Zufällen begleitet sind. Cazeaux hat ferner angeborne und erworbene Inflexionen unterschieden und ihnen eine sehr verschiedene Wichtigkeit beigelegt. Wie will er aber hier einen angebornen Fehler nachweisen? Das ist rein unmöglich. --- Velpeau gründet seine Diagnose auf die Zerrungen der runden und breiten Mutterbänder; aber die von den Anatomen sogenannten Bänder sind gar keine Bänder, die auch nichts zu befestigen haben und damit fällt die Erklärung von selbst zusammen; ebenso wenig kann Herves de Chégoin, wie er in seiner Rede angab, diese Bänder durch Einreibungen mit Belladonna erschlaffen, mit Strychnin stark machen. Kurz, Malgaigne sucht zu beweisen, dass

alle, selbst die berühmtesten Aerzte immer noch nicht im Stande sind, eine genaue Diagnose über die einfachen und complizirten Fälle zu stellen, da die differentielle Diagnostik nicht feststehe und sicherlich die einzelnen Untersucher nicht immer gleicher Ansicht sein werden; also habe die Lehre von den hier besprochenen Uterinkrankheiten seit 1849 in Bezug auf Diagnose keinen Fortschritt gemacht. Die Behandlung mit dem Redresseur kann immer nur palliativ sein, das Instrument richtet den Uterus gerade. hält ihn auch eine Zeitlaug, kann aber niemals einen Rückfall verhüten, wenn es wieder entfernt ist. Das Instrument aber lange oder gar dauernd tragen lassen zu wollen, würde verwegen und im Vergleich zu den Vortheilen viel zu gefahrvoll sein. Diese Gründe haben ihn von Versuchen abgehalten. Es gieht also bis jetzt nur Palliativmittel gegen die Deviationen, keine radikalen. leistete der Redresseur eine Radikalheilung, so müsste sicherlich, trotz der Gefahren, das Instrument eingeführt werden, da er es nicht thut, so ist seine Anwendung wegen der grossen Gefahren und des geringen Vortheils unklug und unvorsichtig und er muss verbannt werden.

Bonnafont vertheidigt das Instrument, schlägt jedoch einige Verbesserungen desselben vor, wodurch sein Gebrauch sicherer und gefahrloser wird. Er wurde zu diesen Verbesserungen durch eine Beobachtung geführt, die er weitläuftig und genau beschreibt. Er räth der Akademie, jetzt noch kein definitives Urtheil über das Instrument zu fällen, sondern erst noch weitere Erfahrungen abzuwarten. Jedenfalls darf es nur in reinen, nicht complizirten Fällen in Anwendung gezogen werden.

*Ricord* schliesst sich auch dieser Ansicht an und will das Instrument nicht verworfen wissen, das in geeigneten Fällen gute Dienste leistet.

Robert hält in Bezug auf die Complicationen die primitiven und secundären Deviationen auseinander, die sich in vielen Fällen aus der Aetiologie und den begleitenden Erscheinungen mit Bestimmtheit feststellen lassen, wie auch ein von ihm ersählter Fall beweist und aus dieser Erkenntniss ist auch die Behandlung zu entnehmen. Im Allgemeinen müssen wohl zuerst die Complicationen beseitigt nnd dann erst kann zur Behandlung der Deviationem übergegangen werden, obwohl zuweilen auch der umgekehrte Gang nöthig und nicht immer gefährlich ist. Er vertheidigt lebhaft die Uterinsonde, die ein sehr wichtiges Mittel zur differentiellen Diagnostik ist und nicht entbebrt werden kann. In Bezug auf den Unterleibsgurt widerspricht er Malgaigne's Ansicht, dass derselbe bei Complicationen der Uterinleiden nicht vertragen werde, dahin, dass er mehrfach ihn habe mit Vortheil und sofortiger Erleichterung anlegen lassen, wo neben den Deviationen chronische Gebärmutterentsündungen und auch wo letztere allein bestanden. Mit dem Redresseur hat er früher, als Simpson zuerst mit seinem Instrumente auftrat, drei Versuche gemacht, deren Erfolg ihn aber nicht zu weiterer Anwendung aufmunterte. Er ist jedoch nach den Erfahrungen von Valleix geneigt, dem Instrumente das Wort zu reden, da es in Fällen, wo alle andere Mittel scheiterten, dauernde und vollständige Erfolge herbeiführte. Deshalb dürfe man es noch nicht voreilig aus der Praxis verbannen, sondern noch fleissig seine Anwendungsweise studiren, um die Anzeigen und Gegenanzeigen möglichst genau festzustellen, dann werden auch die unglücklichen Ereignisse sich vermindern.

In dem sehr langen Schlussberichte vertheidigt Depaul seine im ersten Berichte aufgestellten Ansichten mit grossem Geschick gegen die ihm von den verschiedensten Seiten gemachten Einwürfe und legt schliesslich der Akademie die folgenden Schlusssätze zur Abstimmung vor: 1) die der Akademie von Broca und Cruveilkier mitgetheilten Beobachtungen, sowie die zahlreicheren ähnlichen, welche die Wissenschaft besitzt, beweisen, dass die Anwendung des Intrauterin-Pessarium oft ernste Anfälle, zuweilen selbst den Tod veranlassen kann; 2) in den seltenen Fällen, wo das Instrument günstige Erfolge herbeigeführt zu haben schieu, fehlt der Beweis, dass es immer durch Aufrichtung des Uterus gewirkt habe; 3) in einigen Ausnahmefällen, wo die Deviationen der Gebürmutter ernste Functionsstörungen erzeugen und welche allen bekannten therapeutischen Mitteln Widerstand geleistet haben, kann man, als letztes Zufluchtsmittel, die Anwendung des Intrauterin-Pessarium versuchen. Der erste und zweite Satz war einstimmig der dritte ohne Zustimmung Depaul's von der Commission aufgestellt worden. Nach einer kurzen Verhandlung wurde der erste Satz mit Auslassung des Wortes "oft", der zweite unverändert angenommen, der dritte dagegen verworfen. Die Akademie hat also das Verfahren weder ermuthigen, noch verurtheilen wollen.

Die ganze Verhandlung ergiebt demnach übersichtlich etwa folgende Resultate.

Auf die erste von Depaul scharf hingestellte Frage, ob die Deviationen der Gebärmutter (unter welcher Beseichnung man alle Lageabweichungen und Knickungen derselben verstand) den Anlass geben können zu den zahlreichen Klagen der Frauen über Schmerzen in der Gegend des Unterleibes, der Schenkel, des Bauches, der Geschlechtstheile, des Afters, Dammes u. s. w., waren die Antworten sehr verschieden. Velpeau, Huguier, Hervez de Chégoin bejahten

#### XXIX. Notizen aus der Journal-Literatur. 899

sie, wie Valleia gleichfalls in seinem Berichte gethan hatte, dagegen verneinten sie Depaul, Gibert, P. Dubois oder liessen sie nur in sehr seltenen Fällen gelten. Malgaigne behauptete, die Schmerzen seien von der Deviation abhängig, wenn sie bei aufrechter Stellung der Frau bestehen, bei liegender verschwinden, dagegen nicht abhängig, wenn die Frau in allen Lagen die Schmerzen habe. Nach Piorry's Ansicht sind die Deviationen schmerzhaft, wenn sie mit gewiesen organopathischen Zuständen verbunden sind, nach Robert's, wenn sich ihnen eine Metritis zugesellt, nach Caseaux können die Lageabweichungen den Anlass zu den Schmerzen geben, die Knickungen dagegen viel seltener und man darf beide Zustände nicht zusammenwerfen.

Nach diesen so sehr von einander abweichenden Deutungen su urtheilen, ist über die obige Frage wohl kein neues Licht verbreitet worden. Wir sehen die hervorragendsten Mänuer der Wissenschaft sich in dem verschiedensten Sinne aussprechen und der Praktiker bleibt nach wie vor in der grössten Verlegenheit, welcher Autorität er glauben und folgen soll. Die Pathologie des Uterus, die differentielle Diagnostik, der Werth seiner einzelnen Leiden ist also noch lange nicht aufgeklärt und bedarf noch der eifrigsten und gewissenhaften Forschungen nach allen Seiten bin, su welchen die Diskussion freilich so manchen werthvollen Fingerseig gegeben hat.

Die Erklärung der Schmerzen bei den verschiedenen Gebärmutterleiden, und besonders bei den Deviationen ging gleichfalls auseinander. Einige, wie Velpeau und Herves de Chégoin, deuteten sie aus den mechanischen Zerrungen der bändrigen Apparate und dem Druck der Gebärmutter auf die Nachbarorgane, eine Ansicht, die, wie Dubois richtig anführte, rein theoretisch und von keinem bewiesen ist, oder wie Malgaigne behauptet, in Bezug auf die sogenannten bändrigen Apparate gewiss der Wahrheit entbehrt, da dieselben ger keine Bänder sind. Fast alle Redner waren einig, dass Entzündung derartige Schmerzen erzeuge, aber auch die reine Neuralgie ohne wahrnehmbare materielle Veränderung der Gebärmutter wurde von P. Dubois und Malgaigne in den Vordergrund geschoben.

Die Behandlung der Deviationen rief viel weniger abweichende Ansichten hervor. Es sollte vorzugsweise ein Urtheil über den Werth und die Unschädlichkeit des Redresseurs abgegeben werden. Kein Redner war ein lebhafter Vertheidiger des Instruments. Selbst Velpeau, der erste Erfinder desselben, der es noch am meisten hielt und den Deviationen den grössten Einfluss auf die Leiden suschreibt, hat die Gefahren anerkannt und bedient sich desselben nicht für gewöhnlich; *Malgaigne* will es auch nur in seltenen Ausnahmen gelten lassen, ebenso *Huguier* und *Robert*. Keiner scheint also einen so ausgedehnten Gebrauch mit demselben machen zu wollen, wie *Valleix* dies bisher gethan. *Depaul's* Bericht, so wie die ihm folgende Diskussion haben wenigstens bewiesen, dass diejenigen sich einer Täuschung hingaben, welche glaubten, den aus der Lage gewichenen Uterus aufrichten zu können, und dass das Verfahren, von ungeübten Händen ausgeführt, sehr gefährlich werden kann. Gegen diese im Ganzen wenig günstigen Aussprüche erheben sich nun aber noch die fast vollständigen Verbannungsworte des Berichterstatters *Depaul*, sowie die Ansicht von *Caseaux*.

Die Diskussion hat also über den Gegenstand zu keinem endgültigen Abschlusse geführt und neue Erfahrungen werden noch gesammelt werden müssen, um einen solchen zu erzielen. Sie hat indess bewiesen, dass die jetzigen Chirurgen ein zu ausschliessliches Gewicht auf die Deviationen der Gebärmutter legen, gerade wie man früher die Ulcerationen und Engorgements zu sehr hervorhob; sie hat gezeigt, dass die Leiden der Gebärmutter häufig aus einer eigenthümlichen Empfindlichkeit hervorgeben, welche sich aus den geringfügigsten Entzündungen entwickeln und durch die Bewegungen des Organs unterhalten werden können; sie hat die Aufmerksamkeit der Praktiker von Neuem auf alle bisher üblichen medicamentösen und chirurgischen Behandlungen der Gebärmutterkrankheiten gelenkt, für die einzelnen Fälle engere Grenzlinien in Bezug auf die Behandlung gezogen, vor gefährlichen Zufillen gewarnt, zur Erfindung neuer, sichererer und gefahrloserer Mittel ermuntert.

(Gaz. des hôpit., Union médic., Gaz. médic., Gaz. hébdom. und alle anderen franz. Zeitschriften vom Februar bis August 1854.)

# - XXX.

## Zwei Fälle von Exophthalmos.

#### Von

#### Dr. Hofmann in Burgsteinfurt.

In einem Zeitraume von ‡ Jahren sind mir in meiner geburtshülflichen Praxis zwei Fälle von Exophthalmos, oder besser wohl mit dem Namen Augapfelexstirpation zu bezeichnen, vorgekommen, welche vielleicht einzig in ihrer Art dastehen, und schon deshalb der Oeffentlichkeit übergeben werden müssen. Die Fälle waren aber auch ausserdem von Umständen begleitet, die warth sind, die Aufmerksamkeit der Aerzte in Anspruch zu nehmen. --- Ich erzähle daher das Factum genau, wie ich dasselbe in meinem Krankenjournal aufgezeichnet habe.

Am 22. December 1850 Nachts gegen 12 Uhr ersuchte mich der Zeller Teigelmeister aus dem Kirchspiel Steinfurt seiner kreissenden Frau ein wehenbeförderndes Mittel aufzuschreiben, da nach der Versicherung der Hebamme eine gute Kopflage vorhanden und das Wasser bereits abgeflossen sei, der Muttermund aber durch die schwachen Wehen sich nicht gehörig erweitern wolle. Ich verordnete 5 halbscrupelige Pulver aus Secale cornutum.

Morgens gegen 8 Uhr des 23. December wurde ich schleunig zu der Kreissenden gerufen, da sie sowohl wie das Kind in grosser Noth seien, indem der Kopf im Beckenausgange stehe und nicht durchtreten könne. Ich eilte, jedoch schon unterwegs kam die Nachricht, dass das Kind bereits geboren, allein ich demohnerachtet kommen möchte-Monstarcht, f. Geburtsch. 1854. B4. IV, B0. 6. 26

# 402 XXX. Dr. Hofmann, Zwei Fälle von Exophthalmos.

da etwas ganz Ungewöhnliches an dem Kinde zu bemerken sei. Angekommen, fand ich ein wohlgestaltetes, ausgetragenes, kräftiges Kind im Bade, Alles normal, nur der rechte Augapfel lag in etwas losem Zellgewebe und an dem noch nicht ganz durchrissenen Musculus rectus inferior hängend, mitten auf der rechten Backe.

Das Auge mit seiner völlig durchsichtigen glänzenden Hornhaut, brauner Iris, jedoch nicht mehr beweglichen Pupille, hatte ganz das Ansehen eines so eben exstirpirten Bulbus. Von sämmtlichen Augenmuskeln fanden sich nur kleine Rudimente am Bulbus, der Nervus opticus ragte wie ein z zölliger Stiel hervor, der Nervus oculomotorius wie ein zolllanger Faden, Arterie und Vena ophthalmica waren ganz nahe am Bulbus abgerissen.

Das Augenlid desselben Auges war stark geschwollen und geröthet und hatte ungefähr das Ausschen eines Auges, welches mit einer heftigen Blepharophthalmia neonatorum behaftet ist: dagegen kam nirgends Eiter oder Schleim zwischen den Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des obern Augenlidern hervor, sondern beim Aufheben des gehend, fand ich sie ganz mit dieser fleischigen Masse angefüllt. Wenn nicht schon die Voraussicht der Erfolglosigkeit der Reposition des Augapfels wegen des Abgerissenseins des Nervus opticus, der Gefässe und Muskeln des Auges, dieselbe contraindicirt hätte, so war die Reposition eben wegen dieser Fleischwulste auch durchaus unmöglich.

Des Kind befand sich übrigens durchaus wohl und geb nicht den geringsten Schmerz zu erkennen, selbst nicht beim Einführen des Fingers in die Orbita.

Es blieb hier nichts übrig, als den auf der Backe liegenden, bereits kalt gewordenen, schlotternden Augapfel zu entfernen, und dies geschah mittels einer Scheere, indem der theilweis schon eingerissene Musculus rectus inferior gänzlich durchschnitten wurde. Es erfolgte natürlich nicht die geringste Blutung, auch keine Schmerzensäusserung, nur in sofern eine gewisse Sensation, als während des Schnitts der rechte Mundwinkel sich leicht verzog, nach der geschehenen Durchschneidung jedoch die ganz normale Stellung wieder annehm.

Das Kind nahm am ersten Tage die Mutterbrust nicht, schlief übrigens ganz ruhig.

Am 24. December, also Tags nach der Geburt, besuchte ich das Kind wieder, und fand die Geschwulst des Augenlids noch bedeutender, dagegen war sie nicht mehr roth, sondern violettblau, und an den Rändern der Augenlider fing eine geringe eiterige Absonderung an; die Berührung war jetzt etwas mehr schmerzhaft. Es wurde eine Abkochung von Spec. resolvent. mit Bleiessig aufgelegt.

Nach einigen Tagen sah ich das Kind wieder. Röthe und Geschwulst hatten beinahe ganz nachgelassen und das obere Augenlid hatte beinahe seine normale Gestalt wieder erlangt, übrigens war die ganze Umgebung noch blaugrün.

Nach einigen Wochen konnte man an den Augenlidern nichts mehr bemerken. Die beiden Augenlider hatten sich einander so genähert, dass sie zu verwachsen schienen, nur stand in der Mitte des obern Augenlidrands eine kleine Falte desselben vor dem unteren Augenlide, indem das grössere obere Augenlid wegen Mangels des Bulbus auf dem kleineren unteren nicht binlänglich Platz fand.

Die Hebamme berichtete, dass sie am 22. December Nachmittags gegen 3 Uhr gerufen worden sei; die Wehen waren seit einigen Stunden eingetreten und die Oeffnung des Muttermunds etwa von der Grösse eines Silbergroschens. Der Wehenverlauf, sowie die allmälige Erweiterung des Muttermundes ging ganz regelmässig von statten. Etwa um 11 Uhr Abends stellte sich eine heftige Wehe ein, und bei der Oeffnung des Muttermundes in der Grösse eines 5 Groschenstückes sprang mit einem so heftigen Knall die Blase, dass alle Anwesenden in der Stube es hörten, und die Kreissende sich heftig erschrack. Eine grosse Masse Wasser entleerte sich. Unmittelbar nach dem Blasensprunge war der Muttermund etwas mehr geöffnet als vorher; der Kopf stand auf dem Os pubis, im Scheitel und die Pfeilnaht wurde deutlich unterschieden. Etwa eine Stunde später schickte die Hebamme wegen Wehenmangels zu mir. Von den verordneten Palvern gab sie gegen 1 Uhr eins und wiederholte die Gabe

26\*

## 404 XXX. Dr. Hofmann, Zwei Fälle von Exopthalmos.

stündlich, da aber nach dem zweiten Pulver die Wehen schon kräftiger wurden, späterhin alle 13 Stunden. Alle 5 Pulver wurden verbraucht. Von Zeit zu Zeit wurde untersucht, und der Kindeskopf rückte sehr langsam, ja kaum bemerkbar herunter. Als der Muttermund ungefähr verstrichen war, entstand plötzlich eine sehr heftige Wehe, mit welcher der Kopf ganz plötzlich zum Binschneiden kam. Jetzt entstand abermals ein Stillstand, und um jene Zeit schickte die Hebamme eiligst zu mir, -- der Bote war jedoch kaum 10 Minuten weg, so stellte sich abermals eine kräftige Wehe ein und mit ihr erschien der Kopf. Die Hebamme unterstützte den Damm, und der in der ersten Schulterlage geborene Kopf kam ganz leicht. Bei der Unterstützung des Dammes fiel der Hebamme, während des Durchtritts des Gesichts, das auf der Backe hängende Auge, welches sie für die Nabelschnur hielt, in die unterstützende Hand.

Es war kein Tropfen Blut weder ans der Augenhöhle noch aus dem ausgerissenen Augapfel gekommen. Das Kind bewegte sich anfangs wenig, athmete aber sogleich, schrie jedoch erst im Bade, äusserte aber nicht den geringsten Schmerz. Die Geschwulst des obern Augenlids war von der Hebamme sogleich nach der Geburt bemerkt worden, in derselben Weise, wie ich sie etwa eine halbe Stunde später fand.

Die Wöchnerin hatte 14 Tage vor ihrer Entbindung sehr heftige Leibschmerzen gehabt, welche bis zu ihrer Entbindung anhielten. Sie war aber während ihrer ganzen Schwangerschaft weder gefallen noch sonst irgendwie verletzt worden.

Das geborene Kind war das zweite, welches die Frau zur Welt gebracht. Das erste war ein Siebenmonatskind, und bald nach der Geburt an Krämpfen gestorben. Dasselbe soll klein, jedoch durchaus normel gestaltet gewesen sein. Es war ebenfalls mit dem Kopfe voran geboren, ob ein Knocheneindruck oder sonst etwas Abnormes in der Schädelbildung vorhanden gewesen, liess sich nicht ermitteln.

Das jetzt geborene Kind war ein reifes, kräftiges Mäd-

### XXX. Dr. Hofmann, Zwei Fälle von Exophthalmos. 405

chen, welches leider nicht gewogen und dessen Kopfdurchmesser auch nicht gemessen wurden; — übrigens hatte es einen seiner Körpergrösse angemessenen Kopf, dessen Gestaltung durchaus normal war. Das Kind mochte etwa 7 bis 8 Pfund schwer sein, und bei einer Messung würden sich wahrscheinlich die Kopfdurchmesser als die gewöhnlich regelmässigen gefunden haben. Nirgends fand sich ein Eindruck am Kopf.

Der Fall war mir ein so unerhörter, dass ich, ich kann es nicht leugnen, die Hebamme sehr im Verdacht hatte, durch irgend eine Manipulation, welche ich mir freilich nicht recht erklären konnte, vielleicht mittels eines in die Augenhöhle eingesetzten Fingers am Kopfe ziehend, um denselben rascher zu Tage zu fördern, den Bulbus herausgerissen oder herausgedrückt zu haben. Die Hebamme war gegen Ende der Entbindung von einer anderen Kreissenden bereits mehrmals ersucht worden, so schleunig wie möglich zu kommen, und war daher sehr eilig; möglich, dachte ich, dass sie durch einen Zug die Entbindung rascher zu beendigen hoffte; --- allein sie versicherte mich auf Pflicht und Gewissen, dass sie auch nicht den geringsten Zug angewandt habe. Mehrere Collegen, welchen ich diesen Fall mittheilte, konnten mir eben so wenig eine Erklärung geben, als ich selbst. - An eine Exostose im Becken wurde natürlich zunächst gedacht, allein wenn auch eine solche vorhanden, auf welche Weise wollte solche zur Exstirpation des Bulbus die Veranlassung abgeben?

Die Frau, wurde abermals schwanger. Der Ehemann, der gleichfalls die Hebamme im Verdacht hatte, ein Versehen begangen zu haben, ersuchte mich, von Anfang an der Entbindung beizuwohnen.

Eine 2 Monate vor der Entbindung vorgenommene Untersuchung zeigte den Kopf über dem wie es schien etwas kleinen Beckeneingange flottirend; sonst nichts Abnormes.

Am 12. April 1852 wurde ich Morgens gegen halb sechs Uhr gerufen. Das Wasser war schon seit 3-4 Stunden abgeflossen. Der vorliegende Scheitel (ob rechter oder linker war noch unbestimmbar) stand noch auf dem Beckeneingange sehr hoch. Der Muttermund war so weit geöffnet,

2

# 406 XXX. Dr. Hofmann, Zwei Fälle von Exophthalmos.

dass man den vorliegenden Theil überall, so weit der Finger reichte, betasten konnte. Die Weben waren seit einigen Stunden schwächer geworden und jetzt beinahe ganz ausgeblieben. Dies bestimmte mich, der Kreissenden 2 Pulver aus je einem halben Scrupel Secal. cornut. zu reichen.

Gegen 8 Uhr wurden die Wehen kräftiger und bewirkten den Eintritt des Scheitels in das kleine Becken, jedoch nicht gerade plötzlich, sondern der in einer Kopfgeschwulst zugespitzte Scheitel rückte allmälig herunter. Unerachtet die Wehen nunmehr recht kräftig blieben und anhielten, rtickte der Kopf auch selbst während der Wehe nicht weiter herunter, und da gegen 10 Uhr die Kreissende, an welcher man Klagen nicht gewohnt war, und welche die beiden früheren Entbindungen ohne Schmerzenslaut bestanden hatte, unter heftigen Klagen um Erlösung bat, das Gesicht derselben bei jeder Wehe dunkelroth, fast blau wurde, die Blutgefässe der Augen von Blut strotzten, so legte ich, wenn auch ungern, die Zange an. Das Anlegen derselben war sehr leicht, ich entwickelte unter 2 sehr mässigen Tractionen den Kopf des Kindes in der ersten Scheitellage. Als derselbe im Scheideneingange vollständig sichtbar war, nahm ich die Zangenlöffel ab. Sie hatte übrigens so gut an beiden Seiten des Kopfes gelegen, dass sie kaum eine unschuldigere Lage hätte erhalten können. Sie hatte auch, wie sich später zeigte, fast gar keinen Eindruck in der Kopfhaut zurückgelassen. Ich überliess die Entwicklung des ganzen Kopfs der Natur; - allein trotz des heftigsten Drängens blieb der Kopf im Scheideneingange ruhig stehen. Ich bereuete schon halb und halb, die Zange so früh abgenommen zu haben, suchte inzwischen mit den zwischen Kopf und Scheideneingang eingeführten Fingern das Hinderniss zu entdecken und bemerkte bald die straff um den Hals geschlungene Nabelschnur. Indem ich mich bemühte, mit 2 auseinandergespreizten Fingern der linken Hand so viel Raum zu gewinnen, um die Nabelschnur durchschneiden zu können, glitschte zu meinem nicht geringen Schrecken ein Augapfel in den freien Raum zwischen meinen Fingern. Ich legte denselben zur Seite, durchschnitt die Nabelschnur und entwickelte nunmehr den Kopf mittels eines hinter dem

Ohre angebrachten Zuges; derselbe folgte leicht, doch erschien jetzt erst das seither im Scheidendamme verborgen gewesene Gesicht.

Das Kind kam scheintodt zur Weit, wurde jedoch durch belebende Mittel im warmen Bade bald wieder ins Leben zurückgerufen.

Um die Veranlassung dieser merkwürdigen Verstümmelung wo möglich aufzufinden, ging ich sogleich nach der Entbindung, unter dem Vorwande, die festsitzende Nachgeburt zu entfernen, mit der Hand in die Gebärmutter ein, fand jedoch ausser einem ziemlich stark hervorragenden Promontorium, wodurch die Conjugata vielleicht um einem Zoll verkleinert sein mochte, und ausser einem etwas stark und scharf nach dem Mastdarme zu ragenden Steissbein, auch nicht die geringste Abnormität, keine Exostose u. s. w. Der oberflächlichen Messung mit den Fingern nach mochten alle Beckendurchmesser etwas klein sein, eine sehr bedeutende Kleinheit der Durchmesser war schon deshalb nicht anzunehmen, da sie den Durchtritt des ziemlich dicken Kindkopfes und der ziemlich kräftigen Schultern gestattete.

Bei dem Kinde, einem sonst wohlgebildeten kräftigen Knaben, fehlte, wie bei seinem vor 1½ Jahren geborenen Schwesterchen, der rechte Augapfel. Die Augenhöhle blutete noch, die Augenlider waren jedoch nicht wie bei dem früheren Kinde geschwollen und roth, sondern hatten ganz die normale Farbe und Dicke. Beim Aufheben des oberen Augenlides fand sich die Orbita mit noch nicht vollständig geronnenem Blute angefüllt, ausserdem waren die abgerissenen Muskeln als kleine Fleischbeutelchen deutlich zu erisennen. Beim Anschauen der vorliegenden Zerstörung gewann man die Ueberzeugung, dass auch dieser Augapfel seine Höhle noch keine Stunde verlassen haben konnte.

. Des linke Auge prominirte gleichfalls etwas mehr, als dies gewöhnlich bei Neugebornen der Fall ist.

Oberhalb des rechten Auges, gerade an dem Tuber frontale, war ein bedeutender Knocheneindruck. — Das Kind wimmerte beständig. Nachdem es gereinigt, angekleidet und in das warme Bett der Mutter gebracht war und

Seitens des Befindens der letzteren nichts zu wünschen übrig blieb, verliess ich die Wöchnerin.

Als ich Tags darauf dieselbe wieder besuchte, erfuhr ich, dass das Kind gegen Abend des vorigen Tages ohne Todeskrampf ruhig gestorben sei

Der Vater des Kindes, ein ganz verständiger und wegen dieser in seiner Familie sich wiederholenden auffallenden Geburten im höchsten Grade sich unglücklich fühlender Mann, entsprach meinem geäusserten Wunsche, das Kind zu obduciren, mit grosser Zuvorkommenheit, ja er brachte mir selbst die Leiche in meine Wohnung, damit ich mit andern Aerzten die Obduction mit Ruhe und Musse vornehmen könne. Etwa 36 Stunden nach dem Tode geschah dies in Verbindung mit meinem Collegen Dr. Müller.

Das Kind war wohlgestaltet und gut genährt und wog beinah 8 Pfund. Es war überall mit Todtenflecken besäet.

Ein Band um Scheitel und Kinn gelegt mass  $17\frac{4}{7}$ , um Stirn und Hinterhaupt  $14\frac{1}{7}$ , der gerade Durchmesser  $4\frac{1}{7}$ , der Querdurchmesser  $4\frac{1}{7}$ , der schiefe 5".

Die Vertiefung am eingedrückten Tuber frontale betrug, wenn ein Band lose um den Kopf gelegt war, so dass selbe über die Vertiefung in einer der gesunden Seite entsprechenden Rundung gespannt war, beinahe **t** Zoll.

Das rechte Scheitelbein, worauf noch eine Kopfgeschwulst als eine sulzig anzufühlende Masse zu bemerken, war an dieser Stelle blauroth gefärbt, ebenso der am Tuber frontale befindliche Eindruck. Das emporgehobene rechte obere Augenlid liess auch jetzt noch die Orbita mit geronnenem Blute gefüllt erscheinen. Das linke Auge prominirte nicht mehr, war natürlich und wohlgeformt. Ein in die Stirnvertiefung angebrachter Druck bewirkte ein Hervordrängen der in der rechten Augenhöhle befindlichen Blut- und Muskelmasse, der etwas verstärkte Druck auch ein gelindes Hervortreten des linken Augapfels.

Der behufs Oeffnung des Kopfes gemachte Längsschnitt durch die weichen Kopfbedeckungen durchdrang auf dem Scheitelbein eine mit dunklem Blute imprägairte sulzige Kopfhaut, und liess, abpräparirt, beinah beide Scheitelbeine, so wie beinah das ganze Hinterhauptbein dunkelbraunroth

erscheinen, ebenso, jedoch etwas weniger geröthet, zeigte sich das rechte Stirnbein. Das Hinterhauptsbein war beinahe um ½ Zoll gegen die beiden Ossa parietalia vertieft, die kleine Fontanelle durch ein dreieckiges Knochenstück, welches mittels eines fibrösen Gewebes mit dem Hinterhaupte und den beiden Scheitelbeinen verbunden war, ausgefüllt. Die Nähte nicht ungewöhnlich beschaffen, im Ganzen etwas fester, wenigstens konnte aus dem Ansehen und einem gelinde auf die Kopfknochen angebrachten Drucke nicht vermuthet werden, dass während des Durchtritts des Kopfes durch das Becken die Kopfknochen sich bedeutend übereinandergeschohen hätten, was in der Wirklichkeit auch während der Entbindung nicht bemerkt wurde.

Schon durch die Knochen hindurch konnte man mit ziemlicher Gewissheit ein Blutextravasat in der Schädelhöhle erkennen.

Das Messer wurde nun vorsichtig in die grosse Fontanelle eingestossen und durch die Sutura frontalis, segittalis, coronaria und lambdoidea die Kopfhöhle geöffnet. Schon während der Bröffnung derselben floss eine ziemlich grosse Masse dickflüssigen violettbraunen Bluts aus. Je mehr man sich dem Hinterhaupte näherte, eine deste grössere Menge war vorhanden, und es fand sich späterhin, dass sie die hinteren Hemisphären des grossen Gehirns und das ganze kleine Gehirn vollständig bedeckte.

Die in den Gyris des Gehirns gewöhnlich in die Augen springenden Blutgefässe waren undeutlich sichtbar, offenbar hatten sie ihren Inhalt in die Schüdelhöhle ergossen.

Nach Eröffnung der Schädelhöhle wandten wir zunächst unsere Augen auf die rechte Stirnhälfte; — auch hier befand sich nach Aufheben des rechten Stirnbeins etwas, doch weniges extravasirtes Blut. Das rechte Stirnbein selbst war am Tuber frontale eingebrochen, vielmehr eingeknickt, ähnlich einem mittels einer Fingerspitze eingedrückten Kartenblatte. Das Stirnbein selbst hatte übrigens eine ganz normale Dicke. Das Gehirn war an der dem Eindrucke entsprechenden Stelle gleichfalls eingedrückt, es befand sich in demselben eine flache Vertiefung, jedoch durchaus keine Continuitätsverletzung.

Bei der Herausnahme des Gehirns aus der Schädelböhle bemerkte man den Nervus olfactorius rechts und links ganz unversehrt, der rechte Nervus opticus jedoch, welcher sich an der linken Seite normal spannte, war verschwunden, und es fand sich am Gehirn nur ein kleines Rudiment desselben, woraus deutlich ersichtlich, dass zwischen Gehirn und der Eintrittsstelle des Nervs in die Orbita derselbe durchrissen war. Alle übrigen Nerven vorn an der rechten wie linken Seite.normal beschaffen. Die Schädelgrundfläche, namentlich nach dem Foramen magnum zu, war überall mit dicklichtem, violettbraunem Blute bedeckt, und es hüllte diese Masse das kleine Gehirn so wie das verlängerte Rückenmark vollständig ein.

Durchschnitte durch das grosse und kleine Gehirn liessen eine grosse Menge von dicken Blutpunkten, aus welchen eine ähnliche Blutmasse, wie die vorerwähnte, ausfloss, zum Vorschein kommen. Die Gebirnhöhlen waren überall mit Blutadern bedeckt, und die Plexus choroidei sterk mit Blut gefüllt.

Die der Stirnbeinvertiefung entsprechende Gehirnparthie behielt auch bei dem herausgenommenen Gehirn ihre Vertiefung; — ein ganz leichter Fingerdruck durchdrang an dieser Stelle die Gehirnmasse sehr leicht, beinah wie Brei. — Uebrigens war die ganze Gehirnmasse überhaupt sehr weich.

Nach Entfernung des Gehirns aus der Schädelhöhle fiel sogleich ein Bruch des Orbitaltheils des Stirnbeins in die Augen. Derselbe begann nämlich in der rechten Seite, nahe bei der Grista galli, verlief nach vorn und aussen nach dem obern Orbitalrande zu, ging von da nach hinten und aussen wieder zurück nach dem kleinem Flügel des Keilbeins, durchdrang diesen, erstreckte sich bis in den grossen Flügel des Keilbeins, theite sich daselbst in zweiZweige, wovon der einerechts verlaufend am Angulus mastoideus ossis parietalis, und der zweite nach innen gehend am Foramen rotundum ossis sphaenoidei endigte.

Die Orbitalknochenplatte des Stirnbeins war äusserst dünn, nicht dicker als Papier.

Bei näherer Nachforschung fand sich auch der Orbitaltheil des linken Stirnbeins zerbrochen, jedoch war der Bruch weniger gross und weniger sichtbar. Auch er begann, wie der rechte, gleichfalls an der Crista galli des Siebbeins, verlief von innen nach aussen, erstreckte sich ungefähr bis zu der Stelle, wo auswendig des Planum semicirculare ossis frontalis beginnt, bildete dort einen schwach schiefen Winkel und endigte in der Nähe des kleinen Flügels des Keilbeins.

Im Uebrigen fand sich bei der Section nichts von der Norm Abweichendes. — Brust- und Bauchhöhle wurden nicht geöffnet, da mit Wahrscheinlichkeit in diesen Höhlen keine Abnormitäten von Interesse vorgefunden werden würden.

Der Bulbus war dem bei der früheren Entbindung ausgestossenen ganz ähnlich, nur mit dem Unterschiede, dass sämmtliche Muskelrudimente etwas länger, der Nervus opticus ungefähr 1½ Zoll als Stiel hervorragte, die Arteria und Vena ophthalmica ungefähr ½ Zoll von der Eintrittsstelle in den Bulbus, also noch innerhalb der Schädelhöhle, der Nervus oculi motorius gerade so abgerissen war, wie im ersten Falle.

Die Section bringt einiges Licht über den Hergang der Verletzung. Es ist wohl keinem Zweifel unterworfen, dass in beiden Fällen der Augapfel aus der Augenhöhle herausgequetscht worden. Ein heftiger, mehr plötzlich wirtender Druck auf das Tuber frontale des Stirnbeins, eine Binknickung desselben, Bruch der oberen Wandungen der Augenhöhle, während dem die untere Wandung Widerstand leistete, quetschte den Augapfel aus seiner Höhle. Der Druck war aber so intensiv, dass die oberen und unteren knöchernen Augenhöhlenwandungen sich berührten, sonst würden nicht alle Weichtheile, mittels deren der Augapfel mit den Wandungen in Verbindung steht, wie Muskeln, Nerven, Arterien, Venen und Zellgewebe, vollständig abgerissen sein.

An der Leiche des Kindes liess sich dieser Vorgang vollständig nachweisen. Drückte man etwas kräftig in die eingeknickte Partie des Stirnbeins, so konnte mau die obere und untere knöchere Wand der Augenhöhle in unmittelbare Berührung briugen, während dem auch der linke Bulbus in seiner Höhle einen leichten Exophthalmos bildete.

Dass das Promontorium diesen Druck erzeugt, wenn nicht ein Knochenauswuchs im Becken, den ich freilich bis jetzt noch nicht hatte bemerken können, die Veranlassung abgab, schien mir nicht zweifelbaft; auf welche Weise aber durch das hervorstehende Promontorium dieser Eindruck hervorgebracht, dies konnte ich mir weniger leicht erklären. Der Kopf stand auf dem Beckeneingange in der zweiten Scheitelstellung, der rechte Stirnbeinhöcker war gegen das Promontorium gerichtet, während dem das Hinterhaupt auf dem Os pubis ruhte. Die Kleinheit des Beckeneingangs erlaubte nicht den Eintritt ins kleine Becken. Statt dass mir unter dem heftigen Wehendrang das Hinterhaupt unter das Schambein, und die Stirn in den Ausschnitt, welchen die Synchondrosis sacroiliaca bildet, vorrückte, blieb das Stirnbein auf dem Promontorium fest stehen. Der enorme Wehendrang bewirkte, um den Kopf, der in dieser Stellung, bei einem Durchmesser von 42" in das kleine Becken nicht eintreten konnte, dennoch einzuleiten jene vorgefundene Einknickung des Stirnbeins u. s. w. und Ausquetschung des Bulbus. Als nun aber durch iene Knocheneindrücke der gerade Kopfdurchmesser um etwa § Zoll verkleinert war, erfolgte der Eintritt des Kopfes in das kleine Becken und die Entbindung in der zweiten Scheitellage.

So weit schien der Fall aufgeheilt, allein welche Momente den Uterus bestimmten, die Wehenthätigkeit in einer Richtung wirken zu lassen, dass der Kindeskopf die normalen Drehungen nicht machen konnte, oder ob das Becken und Abweichungen in dem Bau desselben die Hindernisse tabgaben, dies blieb unerforscht.

Ich beabsichtigte schon diese beiden Fälle zu veröffentlichen, als gegen Ende des Jahres 1852 der Ehemann der Frau Teigelmeister mir die Anzeige machte, dass seine Frau abermals schwanger sei. Ich verschob natürlich die Veröffentlichung in der Hoffnung, dass die neue Entbindung noch mehr Anfklärung über diese beiden seltenen Geburtsfälle bringen werde.

Um das 4te Kind zu retten und vor ähnlichen Deformitüten zu wahren, hatte ich mir vorgenommen, die Frau zwischen dem 7ten und 8ten Monat ihrer Schwangerschaft durch Frühgeburt zu entbinden. Dies Verfahren schien mir theils durch die vorbergegangenen unglücklichen Ausgänge, theils durch die vorgefundene Kleinheit des Beckens, besonders kleiner Conjugata, theils auch durch die im Verhältniss zu der sehr kleinen Mutter sehr grossen Kinder gerechtfertigt.

Die Mutter war am 6. August zum letzten Male menstruirt. Vom Tage der Menstruation ab wohnte ihr der Mann nicht mehr bei, als am 27. August. Einige Tage vor Weihnachten fühlte die Frau zum ersten Male Kindesbewegungen. Gegen Ende Mai konnte also der Entbindung entgegengesehen werden.

Am 27. März 1853 nahm ich eine Untersuchung vor, konnte aber wegen Höhe des Kindsstands keinen Theil erkennen.

An diesem Tage begannen die warmen Einspritzungen mittels einer Klystierspritze, die ersten durch die Hebamme, die folgenden durch den Ehemann ausgeführt. Es wurden täglich 5 Mal, jedes Mal etwa 4-5 Spritzen voll warmen Wassers ziemlich kräftig injicirt. Am 31. März bemerkte die Frau die ersten Wehen, die Scheide füllte sich mit Schleim und der Muttermund öffnete sich ein wenig. Die Einspritzungen wurden fortgesetzt, die Wehen jedoch am 3ten April so heftig, dass sie als Anfang des Kreissens bezeichnet werden konnten. Der Muttermund hatte sich so ziemlich geöffnet und man erkannte nunmehr deutlich eine Steislage.

In der Nacht vom 4 zum 5. April rückte unter kräftigen Wehen der Steiss in das kleine Beeken. Gegen 5 Uhr war derselbe so tief eingetreten, dass mittels eines Zuges durch die Hände die Geburt etwas gefördert werden konnte. Bis zum Bauch geboren, musste die Nabelschnur, die durch • wahrscheinlich mehrfache Umschlingungen um die obere

Rumpfpartie straff, wie eine gespannte Saite, ein Hinderniss des Fortrückens abgab, unterbunden und durchschnitten werden. Bis zum Kopf ging nun die Entbindung leicht vor sich, allein dieser bot dem Durchgange beinahe unüberwindliche Schwierigkeiten. Derselbe stand zwar günstig im gueren Durchmesser (Stirn in der linken Seite der Mutter), allein die Zange konnte wegen hohen Kopfstands nicht gut angelegt und völlig geschlossen werden; ich stand daher, da die Nabelschnur schon nicht mehr pulsirte und Eile nöthig war, von wahrscheinlich vergeblich werdenden Zangenversuchen ab, führte meinen Zeigefinger in die Mundhöhle und suchte so den Kopf zu entwickeln, - allein auch dies misslang, erst als mittels der linken Hand durch die Bauchdecken ein Druck auf den Kopf, und mit dem rechten Zeigefinger ein Zug an der Unterkinnlade angewandt wurde, folgte derselbe mit einem Ruck.

Schon vor der Herausbeförderung des Kopfes hatte ich wenig Hoffnung mehr gehabt, ein lebendes Kind zu erhalten, Hände und Füsse hingen schlaff herab, wurden schon kuhl, die Nabelschnur pulslos, kalt u. s. w.

Das Kind war todt, alle Rettungsversuche, selbst ein stundenlanges Lufteinblasen, durch welches ich in der letzten Zeit mehrfach Kinder, die auch nicht mehr das geringste Lebenszeichen von sich gegeben, gerettet hatte, blieben erfolglos.

Bei dem Durchtritte des Kopfes durch das Becken, bemerkte die Mutter, sei es ihr gewesen, als wenn die Knochen auseinandergerissen würden.

Am Kinde fand sich keine Verletzung, kein Knocheneindruck. Es wurde nicht obducirt, wohl aber gewogen undgemessen.

Es hatte eine Länge von  $19^{\prime\prime}$  und wog gerade 6 Pfd., war überhaupt als Siebenmonatskind kaum zu erkennen. Gerader Durchmesser  $4\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ , 'Querdurchmesser  $3\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ , Schief-(Hinterhauptkinn-) Durchmesser  $5\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ , Umfang um Stirn und Hinterhaupt  $13\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ , Umfang um Kinn und Hinterhaupt  $14\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ , Breite der Schultern  $5\frac{1}{2}^{\prime\prime}$ .

Alles Maasse, die einem ausgetragenen, reifen Kinde mehr zukommen, als einem Siebenmonatskinde.

In den ersten Tagen nach der Entbindung ging es der Wöchnerin ziemlich gut; sie klagte zwar über grosse Schwäche, allein men fand diesen Zustand der schweren Entbindung angemessen. Nach einigen Tagen stellte sich Schmerz in der rechten Hinterbacke und Fieber ein, ohne dass Milchabsonderung in den Brüsten erschien. Eine Untersuchung der Geschlechtstheile liess nichts Abnormes wahrnehmen, der Uterus war in der Rückbildung begriffen, die Weichtheile über der Symphysis ossium pubis und diese selbst waren etwas schmerzhaft, der Urin konnte nicht gut zurückgehalten werden, der Appetit fehlte durchaus.

In den rechten Glutaeen entwickelte sich ein kalter Abscess, der als Ursache des fortbestehenden Fiebers betrachtet wurde. In der 6ten Woche wurde derselbe künsthieh entleert. Nach der Entleerung erholten sich indess die Kräfte der Kranken durchaus nicht, sondern es stellten sich Brscheinungen eines hektischen Fiebers, Husten, Kurzathmigkeit, Geschwulst der Füsse und Geschlechtstheile ein, und die Frau starb 8 Wochen nach der Entbindung.

1

Der Mann, der mir vor zwei Jahren mit grosser Bereitwilligkeit sein Kind zur Obduction in mein Haus brachte, verweigerte mir die Section seiner Frau, uud nur mit vielen Schwierigkeiten erhielt ich endlich die Erlaubniss, bei Nacht und Nebel, ganz allein, die Bauchhöhle zu öffnen und die Beckenmaasse abzunehmen.

Die ziemlich abgemagerte Frau mass kaum 4 Fuss.

Die Entfernung beider Trochanteren 11"; — die Entfernung zwischen beiden Cristae ossis ilei 10½", zwischen beiden Spinae ossis ilei 8½".

Conjugata 3"; Querdurchmesser 4<sup>\*</sup>; schiefe Durchmesser 4<sup>\*</sup>. Die Beckenneigung ziemlich stark, das Promontorium stand stark hervor. Am ganzen Becken war keine Verunstaltung, kein Knochenauswuchs, keine Schiefstellung u. s. w. zu bemerken. Die Verbindung der Wirbel unter sich, namentlich des letzten Lendenwirbels mit dem Kreuzbein nicht so abgerundet, wie dies am weiblichen Beeken in der Regel gefunden wird, sondern als schr scharfer Rand zu fühlen. Das Rückgrat war gerade. Die Symphysis ossium pubis war getrennt. Die sie bedeckenden

weichen Bekleidungen liessen zwar äusserlich keine Trennung wahrnehmen, allein beim Durchschneiden derselben fand sich eine Höhle, welche durch das Klaffen beider Knochenenden entstanden war. Der Knorpel war aufgesaugt, die Knochenenden rauh; in der Höhle selbst, in welche man recht gut die Spitze des kleinen Fingers legen konnte, eine käsige Masse enthalten; — ein starker Druck auf die beiden Darmbeine brachte die getrennten Schambeine beinahe wieder in Berührung.

Der Uterus hatte sich vollständig wieder zurückgebildet und war ungefähr von der Grösse einer kleinen Kinderfaust.

Stark hervortretendes, scharf gerandetes Promontorium, kleine Conjugata, die bei nicht getrennter Symphysis ossium pubis nur knapp 3 Zoll mass, um einen halben Zoll verkürzter Querdurchmesser, waren also die Abnormitäten, welche als Ursache der oben angegebenen Verletzungen angeschuldigt werden konnten. Ich muss gestehen, dass mir die vorgefundenen Abnormitäten zur Erklärung der vorhandenen Verletzungen nicht genügen, und dass nach meiner Ansicht noch irgend ein anderes Moment bei der Hervorbringung derselben mitthätig gewesen sein muss. Solche Beckenmaasse, solche Promontorial-Hervorragungen gehören keineswegs zu den grossen Seltenheiten, wohl aber solche Knochenbrüche. Wie häufig macht sich das hervorragende Promontorium durch einen leichten Knocheneindruck an Neugeborenen bemerkbar, ja wie wenige Geburtshelfer mag es wohl geben, die nicht solche Knocheneindrücke in langjähriger Praxis gesehen, -- vollständige Frakturen gehören jedoch schon zu den Seltenheiten und Michaelis meint, dass sie nur bei dem schiefen, unregelmässig verengten Becken vorkommen könnten.

Ich möchte neben dem abnormen Becken noch in der eigenthümlichen Wehenthätigkeit eine Mithelferin dieser eigenthümlichen Knochenverletzung suchen. So wie die Uteruscontractionen überhaupt ungewöhnlich kräftig waren, so auch die des untern Segments desselben; dies umschloss den Kopf des Kindes mit einer solchen Kraft und drückte die Stirn so heftig an den scharfen Rand des Promontoriums

und das Hinterhaupt auf die Schambeine, dass letzteres nicht unter die Symphysis schlüpfen und die Stirn nicht in den Ausschnitt gleiten konnte, welcher von der Kreuzdarmbeinfuge gebildet wird. Die vom Uterusgrunde ausgehenden Contractionen vermehrten diesen Druck noch um ein Bedeutendes, und als endlich die Wehen so heftig wurden, dass sie die Widerstandsfähigkeit der Knochen überwanden, brach bei einer plötzlich eintretenden sehr kräftigen Wehe (im 2ten Falle durch Mitwirkung meiner Zange) das Stirnbein ein, der im Verhältniss zum Becken zu grosse Kopfdurchmesser wurde verkleinert, der Kopf drängte sich durch die enge Stelle und der Natur gelang durch diese bisher unerhörte Selbsthülfe die Entbindung.

Ob meine Erklärungsweise die richtige ist, lasse ich dahin gestellt sein; — gern nehme ich von Männert vom Fach, welche sich mit der Theorie der Geburtshülfe mehr befassen, als ich, Belehrung an, und wünsche sogar diese Geburtsfälle von solchen näher beleuchtet zu sehen.

Ausser diesen bedeutenden Verletzungen bieten die drei Geburtsfälle aber auch noch manches Interessante. Hierher gehört wohl zunächst die Frage, wie konnte im ersten Falle bei einer so bedeutenden Verletzung das Leben des Kindes noch fortbestehen? und wie gelinde, oder wie eigentlich kaum bemerklich war die Reaction am Kinde auf diese Verletzungen, denn ohne Zweifel waren bei demselben die Kopfknochen ebenso zersplittert, wie bei dem zweiten gestorbenen. Wahrscheinlich war bei dem ersten Kinde kein so bedeutendes Blutextravasat in der Schädelhöhle, auch spricht hierfür die Zerreissung der Arterien und Venen nahe am Bulbus, also noch innerhalb der Orbita, während bei dem zweiten Kinde die Blutgefässe innerhalb der Schädelhöhle abgerissen waren, eine reichlichere Blutquelle sich in letzterer also wohl vorfand.

Merkwürdig ist ferner das Verschwinden des Knocheneindrucks unmittelbar nach der Geburt des ersten Kindes. Ich sah dasselbe kaum eine halbe Stunde nach der Geburt und bemerkte auch nicht eine Spur von Knocheneindruck, und doch muss das Stirnbein eingedrückt gewesen sein,

Monateschr. f. Geburisk, 1834. Bd. IV, Hft. 6.

da ohne diesen Eindruck unmöglich der Augapfel aus seiner Höhle herausgequetscht werden konnte.

Ein Siebenmonatskind von 6 Pfd. Gewicht und 19 Zoll Länge möchte ebenfalls zu den Seltenheiten gehören.

Die Zerreissung des Symphysis ossium pubis ohne Zangenanlegung, nur durch manuelle Austreibungsversuche, kommt gewiss nur sehr selten vor.

In gerichtlich-medicinischer Hinsicht möchte der erste Fall ebenfalls nicht ohne Interesse sein. Wenn es wirklich nachgewiesen wäre, dass die Hebamme, welche als eine solche hier bekannt ist, die gern eigenmächtig die Geburten beendigt und das Hinzuziehen von Geburtshelfern möglichst in die Länge zieht, durch Handgriffe die Geburt zu beschleunigen gesucht hätte, und die Sache wäre vor das gerichtliche Forum gekommen: wie würde wohl das Gutachten der Sachverständigen ausgefallen sein, besonders da an dem übrigen Theile des Kopfes auch nicht die mindeste Verletzung sichtbar war?

Es liesse sich noch manche Frage anknüpfen, — ich schliesse jedoch und hoffe, dass das Weitschweifige in meiner Erzählung durch die Wichtigkeit der Fälle Entschuldigung findet. Ich notirte nämlich Alles möglichst genau, um in dem Dunkel, welches anfangs über dieso Geburten schwebte, späterhin einen Faden zu finden, und gab Alles so wieder, wie ich es anfangs notirt.

## XXXI.

Beitrag zur Beantwortung der Frage: "Warum stellt sich die Frucht so unverhältnissmässig oft mit dem Kopfe voraus zur Geburt?"

Von

Dr. Ferdinand Battlehmer zu Renchen im Grescherzogikum Baden.

Die Wahrnehmung, dass unter 100 Geburten nur etwa 6 keine Kopflagen sind, ein Ergebniss, das aus einer grossen Anzahl von Fällen gewonnen wurde, ist zu auffallend, um die Sache blos für ein Spiel des Zufalls zu halten. Schon längst sind daher auch die verschiedenartigsten Deutungen dieses Phänomens versucht worden.

Osiander d. ältere erklärt z. B. (Handbuch der Entbindungskunst. Tübingen 1820. 1. Thl. S. 433) den Fötus im Uterus als einen Homo inversus, der nach der Geburt umgedreht und so gestellt werde, dass der Kopf nach oben za liegen komme.

Mehr als eine zu Nichts führende Umschreibung des Vorganges selbst kann in dieser Schilderung nicht gefunden werden. Von einer ursächlichen Erklärung ist natürlich hier keine Rede.

Carue (Gynaekologie, 2. Thl. 2. Aufl. §. 693.) äussert sich über unseren Gegenstand folgendermassen: "Die Richtung des Embryo ist bei regelmässiger Anheftung des Eies fast immer mit dem Kopfe abwärts, welches keinesweges, da es auch bei den horizontalgestellten Säugethieren vorkommt, der Sohwere allein zuzuschreiben ist, sondern aus demselben Grunde erfolgt, als das Aufsteigen des Pflanzenstengels vom Boden. Indem nämlich der mütterliche Körper zum Embryo sich verhält, wie die Pflanze zur Erde, so muss auch der Embryo in dem Uterus mit der aus der Beckengegend hervortretenden Nabelschnur wurzeln, und den Kopf, die Blüthe seiner Organisation, von diesem Boden aufwärts erheben, wobei allerdings seine Richtung in entgegengesetzter Richtung mit der Gravitationslinie des mütterlichen Körpers stehen wird."

Diese Worte, die des Ungereimten so sehr viel enthalten, wo das Sprüchwort omne simile claudicat sehr angewendet ist, sind wohl nur als poetischer Erguss zu betrachten, und tragen nicht das Geringste zur Erklärung des Räthsels bei. In den Naturwissenschaften bezeichnet überhaupt nicht Phantasie, sondern das trockne Werk mühsamer Beobachtung den Weg zur Erforschung der Wahrheit.

Nicht minder nachtheilig ist es zur Erklärung von Naturerscheinungen, die Kategorie des Zweckes auszubeuten. Nichts hält so sehr von dem Auffinden des richtigen Grundes ab, als ein Scheingrund, und einen solchen liefert die Zweckmässigkeitstheorie meist überall, wo sie als Erklärerin der Natur auftreten will.

Es gehört dahin die von *Dubois* neuerdings vertheidigte ontologische Ansicht, die sehr kurz und bequem aber abenteuerlich genug dem Kinde Instinkt zuschreibt, sich die zur Geburt zweckmässigste Lage zu verschaffen.

In denselben Fehler ist *Pröbsting* verfallen, der in seinem sehr geistreich und anziehend geschriebenem Aufsatze, "Die Lösung des Räthsels, weshalb der Kindeskopf in der Regel dem Becken zugewendet ist" (Neue Zeitschrift für Geburtskunde, 1850. XXVIII. Band, 2. Heft, Seite 172 u. f.) uns zu beweisen sucht, dass die Natur dem Fötus eine solche Lage gebe, damit "1) die Eiform nicht nur während der Entwicklung des Fötus, sondern auch während seines Durchganges durch das Becken möglichst lange erhalten werden kann, und 2) damit die Oeffnung der Respirationsorgane des Fötus der atmosphärischen Luft so nahe als möglich sei."

Nun haben wir aber zu 1) zu bemerken, dass bei normalen Geburten die Eiform während der Geburt nicht mehr und nicht weniger erhalten bleibt, ob Kopf oder Steiss vor-

liegt, und zu 2) dass die Oeffnung der Respirationsorgang des Fötus gewiss nicht deshalb der atmosphärischen Luft so nahe als möglich gelagert ist, weil die Natur, wie Pröbsting beweisen zu können glaubt, durch diese Lagerung des Jungen beabsichtige demselben früher, als die gänzliche Lostrennung von dem mütterlichen Körper stattfindet. atmosphärische Luft zuzuführen, damit, wenn durch das Geburtsgeschäft die Verbindungen des Eies mit dem mütterlichen Körper schon gehemmt oder zerrissen werden, das Leben des Jungen durch baldige Einziehung von atmosphärischer Luft schon erhalten werden kann, ehe es noch gänzlich aus den Geburtstheilen der Mutter ausgestossen ist. Denn dass der Menschenfötus weder im Uterus, noch im Becken, selbst nicht einmal wenn der Kopf schon geboren ist, überhaupt in der Regel nicht eher athmet, als gleich nach seiner vollständigen Ausstossung, ist jedem Manne vom Fache bekannt, und gerade so ist es auch bei Säugethieren. (Siehe Wilhelm Baumeister, die thierärztliche Geburtsbülfe, Ste Aufl. den Abschnitt "das neugeborne Junge" S. 59 u. f.) Das Junge fängt, obgleich in normaler Lage mit der Schnauze während des Geburtsactes voraus gelagert, nicht eher an zu athmen, als einige Augenblicke nach der gänzlichen Austreibung. Wozu sollte auch das frühere Athmen dienen? Der einzige Grund, den Pröbsting hierfür anführt, ist falsch; denn die Nabelschnur zerreisst nicht, wie Pröbsting meint, in der Regel schon während der Geburt, sondern (Wilh. Baumeister a. a. O. S. 56) in der Regel nach der Geburt; wenn die Mutterthiere nach Vollendung des Geburtsgeschäftes aus der liegenden Stellung sich erheben. Pröbsting verwirft mit Recht die philosophische Speculation gewisser Geburtshelfer, die ihnen immer schlecht gestanden, wie sie sich von ihr zur Aufstellung von Paradoxien verleiten liessen, welche der Naturbeobachtung und Brfahrung oft schnurstraks widersprechen und verfällt dafür vom Genus in die Species, in eine physiologische Speculation. Ich erlaube mir, ihm in Bezug auf seine Theorie, die durchweg den Stempel der Kategorie des Zweckes trägt, seine eigenen Worte (a. a. O. S. 198) in's Gedüchtniss zu rufen: "Es handelt sich bei der von uns erörterten Frage

### 422 XXXI. Dr. Baltlehner, Ueber die Kopfstellung

nicht darum, die, keinem Zweifel unterliegende Zweckmässigkeit alles Geschaffenen zu beweisen, sondern die tieferen Gründe kennen zu lernen, welche die Natur befolgt (nicht aus Absicht, sondern weil sie muss), wenn sie den Kopf des Kindes dem Beckeneingeng nähert."

Kilian glaubt die Ursache in dem Sitze der Placenta am Gebärmuttergrund gefunden zu haben. Wie wenig aber die Lage des Kopfes von der Anheftungsstelle des Mutterkuchens abhängt, zeigen die jedem erfahrenen Geburtshelfer zur Genüge bekannten Kopflagen in Fällen, wo der Fruchtboden nicht am Fundus uteri, sondern in der Nähe des Gebärmutterhalses, oder gar, bei Placenta praevia, mehr oder weniger auf dem Ostium uterinum internum sich befindet; ferner der Nachgeburtssitz bei Steisslagen; er ist da nicht etwa auf dem Muttermund, sondern so häufig, wie bei vorstehendem Kopfe im Gebärmuttergrund. Die Kilian'sche Ansicht ist deshalb, da die Erfahrung geradezu dagegen spricht, als falsch bei Seite zu schieben.

Scansoni's Angabe, welcher der Form des Uterus den grössten Antheil an der Lage des Kindes zuschreibt, wird im weiteren Verlaufe unseres Aufsatzes seine Würdigung finden.

Aus dem grossen Material von genauen Beobachtungen über unseren Gegenstand geht deutlich hervor, dass die meisten Anstrengungen, die bekannte Thatsache zu erklären, sich zu weit von der Natur entfernten und deshalb unnütz und überflüssig sind, und dass zu deren Kenntniss und Begründung der Schlüssel viel näher liegt, als dass so weite Abschweifungen nöthig und gerechtfertigt wären.

Die Hauptursache der so häufigen Kopflagen ist nämlich die aus dem einfachen Naturgesetze der Schwere hervorgehende Bestimmung des Gleichgewichts. Ich sage die Hauptursache, weil möglicherweise Nebenumstände, wie Form der Gebärmutter, Sitz der Placenta, Haltung des Kindes, selbst Nabelschnur und andere Ursachen modificirend auf jene Grundbedingung einwirken können.

Ich halte es für nothwendig, das hier in Anwendung kommende Gesetz etwas näher auseinander zu setzen. Unter Schwerpunkt eines Körpers versteht man bekanntlich

den Punkt, der, wenn er allein unterstüzt wird, das ganze Gewicht jedes einzelnen Theiles zu tragen hat. Wenn der Körper durch Unterstützung seines Schwerpunktes in Ruhe bleibt, befindet er sich im Gleichgewichte. Kehrt ein Körpor bei einer nur geringen Aenderung seiner Lage stets wieder in dieselbe zurück, so ist sein Gleichgewicht ein stabiles, im umgekehrten Falle ein labiles. Es geht daraus hervor, dass natürlich die Stabilität des Gleichgewichts um so grösser ist, je näher sein Schwerpunkt der Unterstützungsfläche (oder dem Boden) sich befindet. Dies kann auf zweierlei Weise erreicht werden. Entweder befinden sich bei einem Körper, dessen einzelne Theilchen ein gleiches specifisches Gewicht haben, mehr Massetheilchen in der der Unterstützungsfläche zugewendeten Seite, d. b. diese hat ein grösseres Volumen, oder diese Seite hat wegen grösseren spezifischen Gewichtes jedes einzelnen Atom's überhaupt ein grösseres spezifisches Gewicht. Stellen wir uns daher einen ovalen Körper vor, der an seinen beiden Endpolen ein ungleiches spec. Gewicht hat, so liegt natürlich der Schwerpunkt dem spec. schwereren Pole (vorausgesetzt, dass die übrige Masse unter sich ein ziemlich gleichmässiges spez, Gewicht hat) näher, und das Geichgewicht wird stabiler sein, wenn der spezifisch schwerere Pol dem Boden zugewendet liegt; und wenn ein solcher Körper in seinem Gleichgewichte gestört wird, so hat er eino grössere Neigung mit seinem spez. schwereren Pole sich wieder der Unterstützungsfläche zuzuwenden. Durch Veränderung seiner Form kann natürlich ein Körper auch einen anderen Schwerpunkt erhalton.

Wir wollen deshalb zuerst die Form, d. h. die Haltung des Fötus, von welcher seine Form abhängt, betrachten. Es hat derselbe nicht allein am Ende der Schwangerschaft, sondern von den ersten Monaten seiner Entwicklung an eine nach seiner vorderen Flüche zu gebogene Haltung, die sich, nachdem die einzelnen Theile ausgebildet, folgendermassen bestimmen lässt: Das Kinn ist der Brust genähert, die Oberarme liegen an der Seite, die Vorderarme im Ellenbogengelenk gebeugt, manchmal gekreuzt auf der vorderen Fläche des Thorax: die im Knie gebogenen Beine sind

## 424 XXXI. Dr. Battlehner, Ueber die Kopfstellung

ebenfalls mit zuweilen gekreuzten Unterschenkeln gegen den Unterleib angezogen, so dass die Frucht annähernd einem ovalen Körper zu vergleichen ist. Seine Haltung bekommt der Fötus von der Form des Eidotters und der Art seiner ersten Entwicklung, und entspricht dieselbe auch nachträglich am besten dem Cavum uteri, ohne anfänglich von letzterem bedingt zu sein. Da der gesunde Kopf allzeit das grössere spec. Gewicht hat im Vergleiche mit den übrigen Körpertheilen, so liegt der Schwerpunkt der menschlichen Frucht mehr dem oberen als unteren Rumpfende zu.

Aus dem bisher Erläuterten folgt nun ganz klar, dass der Fötus vermöge und wegen der Lage seines Schwerpunktes ein grösseres Bestreben hat, wenn er im Fruchtwasser frei schwimmt, mit dem Kopfe als mit dem Steisse unten zu schwimmen, d. h. dem unteren Gebärmutterabschnitte zuzuwenden; und, wenn das spezifische Gewicht des Fötus grösser ist, als das des Fruchtwassers, in derselben Stellung sich nach unten zu senken, weil eben so das Gleichgewicht ein stabileres ist, d. h. bei eingetretener Störung sich immer wieder in derselben Weise herzustellen sucht.

Es können jedoch, wie ich oben schon erwähnt habe, mannigfache Ursachen eintreten, wie beschränkter Raum, eigenthümliche Form des Uterus, Abweichungen der Nabelschnur, die den Fötus hindern, immer den statischen Gesetzen zu folgen; diese Hindernisse und Störungen sind eben als Gegenkräfte des Gleichgewichts zu betrachten; oder es ist der Schwerpunkt selbst ein anderer, wie gewöhnlich bei todten Früchten. Diese weichen meistens wegen Verlust des natürlichen Tonus, wegen Verlust ihrer vitalen Elasticität, und wegen eintretender Schlaffheit von der oben beschriebenen Haltung lebender Kinder ab. Der Kopf ist gewöhnlich mit dem Kinne nicht mehr auf der Brust gelagert, der Hals schlaff, ebenso die Arme und Beine und der ganze Körper schlaff. Deshalb ist der Schwerpunkt bei todten Früchten gewöhnlich ein anderer. Die Wirklichkeit, die Erfahrung bestätigt dies vollkommen. Denn nach den gründlichen Beobachtungen von Dubois und Scanzoni und den darnach aufgestellten statistischen Zahlen

werden Kinder aus demselben Schwangerschaftsmonate (aus welchem es auch sei) immer verhältnissmässig häufiger mit dem Steisse voraus geboren, wenn sie todt, als wenn sie lebendig sind. Es mag allerdings dabei noch in die Wagschale fallen, dass todte Früchte den austreibenden Kräften weniger Schwierigkeiten entgegenstellen, in abnormen Lagen ausgetrieben zu werden, und deshalb während der Geburt noch oft ihre Lagen verändern.

Man hat die angegebene positive Ursache der Kopfstellungen als mit der Erfahrung nicht im Einklange stehend zu verwerfen gesucht. Bei näherer Betrachtung jedoch beruhen alle und zwar gerade die scheinbar gewichtigsten Gegengründe auf Unkenntniss des hier obwaltenden physikalischen Gesetzes und der vorhandenen Verhältnisse, wie einfach und in die Augen springend dieselben auch sind. Ja ich behaupte, alle vorhandenen Einwürfe gegen dieses Gesetz sind bei genauer Prüfung eben so viele Unterstützungsgründe dafür.

Besprechen wir zuerst den durch Scanzoni mehrmals und mit demselben Resultate wiederholten Versuch von Dubois. Dubois fand, dass, wenn man einen Fötus, aus welchem Schwangerschaftsmonate er auch sei, in ein mit Wasser gefülltes Gefäss (dessen Umfang von einer Grösse sein muss, dass durch die Wandungen die Bewegungen des Fötus nicht gehemmt werden) bringt, alle Theile mit gleicher Schnelligkeit zu Boden sinken, der Rücken aber oder eine der Schultern zuerst den Boden des Gefässes erreichen, so dass der Schwerpunkt nicht in den Kopf, sondern in einen demselben nahegelegenen Punkt des Rumpfes fällt.

Ein Theil des von **Dubois** aufgestellten Schlusses wäre also: der Schwerpunkt des Fötus liegt nicht in dem Kopfe desselben. Allein wem ist es je eingefallen zu behaupten, dass der Schwerpunkt des Fötus in dem Kopfe desselben liege? Bedarf es denn überhaupt des **Dubois**'schen Experimentes, bedarf es mehr als eines nur ganz oberflächlichen Hinblickes, um uns von dem ersten Theile des durch **Dubois** gefundenen Resultates zu überzeugen? Es müsste ja, läge der Schwerpunkt im Kopfe, dieser nicht etwa spezi-

#### 426 XXXI. Dr. Battlehner, Ueber die Kopfstellung

fisch, sondern absolut viel schwerer sei, als der ganze übrig. Körper des Fötus. Diese Behauptung hat aber, so viel ic weiss, bis auf den heutigen Tag noch Niemand aufgestellt, folglich bedurfte es auch nicht des Gegenbeweises von Dubois.

Nehmen wir aber den zweiten Theil seines experimentell erhaltenen Schlusses, dass nämlich der Schwerpunkt in einem dem Kopfe nahe befindlichen Punkte des Rumpfes liege, als richtig und bewiesen an (was zwar aus dem ganzen Versuche nicht deutlich genug hervorgeht), so muss ja, wenn weder dem oberen noch unteren Rumpfende beim Verbringen in den Wasserbehältern ein Vortheil gegeben wurde, nothwendiger Weise nach den physikalischen Gesetzen der Schwere die obere Körperparthie und mit ihr der Kopf der in der Flüssigkeit weiter untenschwimmende, und unter gewissen Verhältnissen der zuerst auf dem Boden ankommende Theil sein.

Der zwar unvermeidliche aber sehr bedeutende Versuchsfehler bei dem Experimente von Dubois ist der Umstand, dass er seine Versuche nur mit todten und nicht mit lebenden Kindern anstellen konnte, und erstere, wie wir schon angeführt haben, wegen veränderter Heltung gewöhnlich einen anderen Schwerpunkt haben, so dass sich die untere und obere Körperparthie mehr das Gleichgewicht halten; und wie gross der Einfluss des Lebens (wegen der Lage des Schwerpunktes) auf die Lage der Frucht ist, haben wir bereits aus den Beobachtungen von Dubois und Scanzoni am besten erschen; darnach passiren ja todte Kinder im gleichen Monate (nämlich zu gleicher Schwangerschaftszeit) immer häufiger, als lebende mit dem Becken voraus die Geburtswege.

Wir wollen jetzt von einem Einwande Scanzoni's sprechen. Scanzoni schreibt (Lehrbuch der Geburtsbülfe. 2te Aufl. Seite 91): "Würde das Gesetz der Schwere einzig und allein die Häufigkeit des Vorkommens von Kopflagen bedingen, wie könnte man dasselbe bei jenen Frauen erklären, welche aus mancherlei Ursachen während der ganzen Schwangerschaft das Bett in der Rückenlage hüten mussten, und doch die Früchte eben so häufig in der Kopflage ausgestossen werden?" Für denjenigen, der von der Neigung des weiblichen Beckens und dem Verhältnisse des Uterus zu demselben in der aufrechten Stellung sowohl wie in der Rückenlage gar keinen Begriff hat, mag Scansom's Einwurf allerdings schlagend scheinen, indem es das Aussehen hat, als seien bei der Rückenlage alle Bedingungen umgekehrt, wie bei aufrechter Stellung und, obgleich. wenn das Gesetz der Schwere massgebend wäre, trotz diesen umgekehrten Bedingungen der Kopf nicht vorliegen dürfe, sei dieses dennoch der Fall, er spreche also hier den Gesetzen der Schwere geradezu Hohn. Wer aber mit dem Gegenstande nur einigermassen vortraut ist, muss in Scanzoni's Gegenbeweis den glänzendsten Beweis für die von uns ausgesprochene und vertheidigte Theorie finden. Den richtigsten Bescheid muss uns natürlich die klare Vorstellung von der Lage, welche die Gebärmutter im nichtschwangeren und im geschwängerten Zustande hat, geben. Ueber die Stellung des Uterus nun segt Naegele der Sohn (Lehrbuch der Geburtshülfe, 2te Aufl. Seite 71): "Die Gebärmutter hat eine solche Lage in der Beckenhöhle, dass der Muttergrund nach oben und etwas nach vorn gerichtet, der Mutterhals hingegen nach unten und hinten, der inneren Fläche des Kreuzbeines zugekehrt ist. Die Axe der Gebärmutter entspricht demnach ungefähr der Mittellinie des oberen Theiles der Beckenhöhle." Kilian (Geburtslehre, 2te Aufl. 'Seite 96): "Die Grösse des mit seiner Längenachse beinahe genau in der Richtung der sogenannten Levret'schen Beckenaxe stehenden Uterus" u. s. w., und Scanzoni selbst (Lehrbuch der Geburtshülfe. 2te Aufl. Seite 35): "Der Uterus liegt in der Beckenhöhle in der Meridianlinie des Körpers zwischen der Blase und dem Rectum, er ist schief von oben und vorn nach binten und unten gerichtet, so dass seine Längenachse beiläufig mit der Achse des Beckeneinganges zusammenfällt."

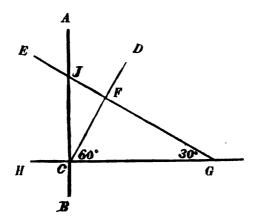
Die angeführten Autoren und mit ihnen sämmtliche Geburtshelfer sprechen sich also dahin aus, dass im nicht schwangeren Zustande der Längendurchmesser, oder die Achse des Uterus mit einer Linie coinzidirt, welche man

#### 428 XXXI. Dr. Battlehner, Ueber die Kopfstellung

sich senkrecht auf den Mittelpunkt der Conjugata des Bekkeneinganges gezogen denkt (der Achse des Beckeneingan ges nach *Levret*).

Was nun die Lage der schwangeren Gebärmutter betrifft, so bleibt die Richtung ihres Längendurchmessers, oder ihrer Achse in Bezug auf den Beckeneingang ebenfalls nach den übereinstimmenden Untersuchungen der verschiedensten Geburtshelfer dieselbe. Scanzoni (a. a. O. S. 67) bemerkt z. B. hierüber: "Die Gebärmutter erhebt sich bei ihrem Wachsthume in der Richtung der Achse des Beckeneinganges aus der Becken- in die Bauchhöhle, sinkt bei diesem Emporsteigen etwas nach einer oder der anderen Seite, häufiger nach rechts", ferner "der Grund der Gebärmutter hängt stets etwas nach vorn über" (die Figur 8 in Scanzoni's Lehrbuch S. 21 ist deshalb, beiläufig erwähnt, wenn man sie nach Scansoni's eigenen Worten ansieht, falsch). Um den oben bereits angeführten Binwurf Scanzoni's gegen unsere Ansicht gründlich zu widerlegen, bedienen wir uns am Einfachsten einer schematischen geometrischen Zeichnung.

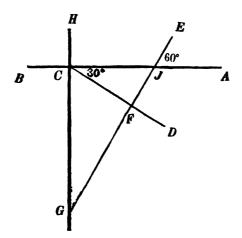
#### Figur I.



Bei aufrechter Stellung, die wir Fig. I. durch die Linie *AB* ausdrücken wollen, beträgt die Neigung der Conjugata des Beckeneinganges *CD* zur Horizontallinie *HG* nach Nägele 60°. Es bildet natürlich in diesem Falle die auf den Mittelpunkt *F* der Linie *CD* gefällte, und bis zur Linie *HG* (dem Horizonte) fortgeführte senkrechte Linie *EG* mit dem Horizonte *HG* einen Winkel von 80°. Dieses ist auch die Neigung des Längendurchmessers vom Uterus, der ja mit *EG* zusammenfällt. Es beträgt dieser Winkel, was die Sache nicht wesentlich verändert, einige Grade weniger, wenn der schwangere Uterus nach vorn sich etwas überneigt, und in demselben Verhältnisse etwas mehr, wenn wir die Neigung der Conjugata des Beckeneinganges anderer Autoren, die ihn unter 60° angeben, zu Grunde legen wollten.

Untersuchen wir nun aber, wie sich die Verhältnisse bei horizontaler Lage einer Schwangeren gestalten.

## Figur II



In diesem Falle entspricht Fig. II. die Horizontallinie **BA** der Längenachse des Körpers, und die Conjugata des Beckeneinganges macht zum Horizonte nur einen Winkel von  $-30 \circ$  (er liegt unter dem Horizonte). Die auf den

#### 480 XXXI. Dr. Battlehner, Ueber die Kopfstellung

Mittelpunkt F der Conjugata des Beckeneinganges (D) gefällte Senkrechte EF, d. i. die Achse des Uterus, aber macht mit dem Horizonte BA einen Winkel von + 60°. Wie bei aufrechter Stellung durch das Ueberneigen des Gebärmuttergrundes die Neigung des Uterus zum Horizonte einige Grad weniger beträgt, als die Senkrechte auf den Mittelpunkt der Conjugata des Beckeneinganges, so beträgt diese Neigung hier auch etwas weniger dadurch, dass der Fundus uteri durch sein Gewicht dem Rücken der Schwangeren etwas genähert wird. Ebenso ist die Neigung, welche die Linie EG mit BA macht geringer als 60°, wenn wir die Beckenneigung nach anderen Autoren kleiner annehmen, als Nägele. Beides ist übrigens für die ganze Betrachtung ebenfalls unwesentlich.

Es ist also bei wagerechter Lage (Rückenlage) die Neigung der Achse des Uterus zum Horizonte gerade noch ein Mal so gross, als bei aufrechter Stellung, und in diesem Falle sollte also nach *Scansoni*, wenn die Lage des Kindes von den Gesetzen der Schwere abhinge, dieselbe eine umgekehrte sein? Im Gegentheile. Nur wenn bei Rückenlage, wo die Neigung des Uterus noch ein Mal so gross ist, als bei aufrechter Stellung, das Kind nicht so häufig mit dem Kopfe vorliegend gefunden würde, wäre es sonderbar und gegen die statischen Bedingungen verstossend, und bedürfte dann einer Erklärung.

Ein Verhältniss, das irrthümlich nach Scanzoni bei Rückenlage stattfinden sollte, kommt bei abnormer Lage des Uterus, beim sogenannten Hängebauche Schwangerer, wirklich vor, wo der Gebärmuttergrund (bei aufrechter Stellung) sich so sehr nach vorn überneigt, dass der Winkel seiner Achse zum Horizonte nicht allein sehr gering, sondern = 0 sein, ja sogar der Fall eintreten kann, dass der Fundus uteri tiefer steht, als der Hals. Dabei werden aber nicht eben so häufig Kopflagen beobachtet, sondern diese abnorme Stellung ist die häufigste Ursache regelwidriger Lagen des Kindes.

Eine weitere Beeinträchtigung der Geltung der von uns vertheidigten Theorie soll, wie Simpson und mit ihm Scansoni hervorhebt, aus den Beobachtungen von Thomas Keith und Hohl entspringen. Der erstere fand, dass unter 69 Fällen von Hydrocephalus 11 Mal, und Hohl, dass unter 77 hydrocephalischen Kindern 15 Mal das untere Rumpfende voraus zur Geburt sich stellte. Scanzoni sah unter 6 solchen Geburten nur 2 Mal den Kopf vorliegen (ausserdem haben Busch u. A. ganz ähnliche Beobachtungen aufgezeichnet). Es stellt sich nach obigen Zahlen das Verhältnise heraus, dass unter 100 mit Hydrocephalus behafteten Früchten 20 sich nicht mit dem Kopfe voraus zur Geburt stellten. Simpson und Scansoni meinen, weil hier der Kopf grösser und absolut schwerer sei, müsste er, wenn seine Stellung von statischen Gesetzen bedingt würde, um , so eher vorliegen.

Auch hier ist der Widerspruch nur scheinbar; denn die Vergrösserung und absolute Gewichtszunahme eines hydrocephalischen Kopfes geschieht durch Wasser, einen Körper, der ungefähr dasselbe spec. Gewicht hat wie das Medium, in welchem das Kind sich befindet, aber auf jeden Fall ein geringeres, als die Substanz eines gesunden Kopfes. Obgleich der Hydrocephalus an absolutem Gewichte zunimmt, so verliert er doch an spez. Gewichte; und es ist denkbar, dass diese Abnahme einen solchen Grad erreicht, dass die untere Körperparthie ein gleiches, oder gar ein grösseres spezifisches Gewicht erlangt, als die obere, und nun dasselbe nicht allein das Gleichgewicht hält, sondern noch in's Uebergewicht kommt. In letzterem Falle wird natürlich das Gleichgewicht weniger stabil sein, wenn der Kopf vorliegt, und daher eher eine Steisslage möglich sein, als bei normalen Köpfen.

Was aber im Gegensatze zu hydrocephalischen Kindern die Acephalen betrifft, so hat Simpson drei solche Geburten am vollen Ende der Schwangerschaft beobachtet, bei wel chen insgesammt das obere Ende des Kindes abwärts gerichtet war. Ich sche nicht ein, warum dieses nicht hätte der Fall sein dürfen? denn auch ein Fötus ohne Kopf hat seinen Schwerpunkt, und dass dieser bei Acephalen dem oberen Rumpfende näher liegt, scheint mir, namentlich wonn man die Lage der bei dem Fötus verhältnissmässig stets

#### 432 XXXI. Dr. Battlehner, Ueber die Kopfstellung

sehr hervorragend entwickelten Leber nach Grösse und Gewicht in Betracht zieht, sehr wahrscheinlich.

Scansoni's Angabe über die Ursache der Fruchtlage geht nun dahin, dass dieselbe hauptsächlich von der Form des Uterus in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten und den Verhältnissen seiner Räumlichkeit im Vergleich mit jenen der Grösse des Fötus abhänge. Es heisst hierüber (a. a. O. S. 91): "In den ersten 6 Monaten findet die Erweiterung der Gebärmutterhöhle vorzüglich auf Kosten des Grundes derselben statt, so dass das Cavum uteri, entsprechend der äussern Form dieses Organes, eine birnförmöge Gestalt annimmt, wo der weiteste Theil der Höhle dem Grunde zugekehrt ist. Erst um die Mitte des 7ten Monats beginnt die Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnittes, wodurch die Höhle eine mehr ovale Form erhält und eine ziemlich gleichmässige Weite in ihrem oberen und unteren Umfange darbietet. Wir haben dagegen einzuwenden: Erstens ist der Fundus uteri und der Körper eines im 9ten oder 10ten Monate der Schwangerschaft befindlichen Uterus immer noch weiter, als der untere Abschnitt, wenn dieser auch verhältnissmässig weiter und grösser wird, als in den ersten Schwangerschaftsmonaten. Zweitens müssten nach Scanzoni's Formtheorie die Wasserköpfe, da sie ein viel grösseres Volumen einnehmen, als gesunde Köpfe den ersten Anspruch auf den untersten Platz in der Gebärmutter haben; dem ist aber nach seinen statistischen Zahlen nicht so. Und wie will man drittens überhaupt die Umänderung der Kopflagen vom Fundus uteri in den erweiterten unteren Abschnitt desselben erklären, wenn man nicht eben wieder den Fötus statischen Gesetzen unterwirft. Und gerade Scanzoni selbst nimmt, nachdem er mit einer Fülle falscher Gründe die Haltbarkeit unserer angeführten Theorie umgestürzt zu haben glaubt, wider alles Erwarten am Schlusse des betreffenden Abschnittes, um das Phänomen der Drehung zu erklären, wieder seine Zuflucht zu derselben Theorie, zu dem Gesetze der Schwere, indem er (a. a. O. S. 93) wörtlich angiebt: "Nimmt aber, wie es in den letzten 12 Wochen der Fall ist, der untere

Gebärmutterabschnitt an Ausdehnung zu, wird die Uterushöhle nach abwärts weiter, so hat der mit dem Kopfe nach aufwärts gerichtete Fötus, dessen Schwerpunkt, wie bereits erörtert wurde, dem oberen Rumpfende näher liegt, in dem schmäleren Steisse keine feste Stütze (weil sein Gleichgewicht in diesem Falle eben ein labiles ist). Der ganze Körper rückt in der grossen Masse von Fruchtwässern ziemlich frei hin- und herschwebend aus der Längenachse des Uterus, indem das Beckenende von der Gegend des Muttermundes abgeleitet gegen die Seitenwand und endlich gegen den Grund der Gebärmutter hinaufsteigt, während der Kopf gegen den Muttermund herabsinkt.

Es ist hier am Platze, noch folgende Frage zu erörtern: "Von welchem Zeitpunkte an liegt der Kopf des Fötus dem Boden des Beckens zugewendet?" Eine grosse Anzahl von Früchten, wie dies Aborte beweisen, liegt offenbar ursprünglich und schon in der frühesten Zeit der Schwangerschaft mit dem Kopfe vor, denjenigen aber, die mit dem Beckenende vorliegen, ist von den ersten Monaten an und zwar durch Störungen ihres labilen Gleichgewichtes, die theils von den activen Bewegungen der Frucht, theils von den passiven, bedingt von Bewegungen und Lageveränderungen der Mutter abhängen, die Gelegenheit gegeben, dass ihr labiles Gleichgewicht in ein stabiles sich verwandle, also eine Lage angebahnt werde, wo der Schwerpunkt der Unterstützungsfläche näher liegt, als früher, d. h. wir erhalten statt einer Steisslage eine Kopflage. Dieser Umänderung zu Folge werden wir progressiv um so mehr Kopflagen antreffen, je mehr wir dem Ende der Schwangerschaft uns nähern. Mit dieser Ansicht steht auch die Erfahrung in vollkommenem Binklange, indem nach Dubois und Scansoni (a. a. O. S. 92) auch bei Aborten die Kopflagen überwiegen (wenigstens häufiger sind, als jede andere Lage). Es kamen nämlich auf 100 Aborte 49 Kopflagen (unter 166 Aborten waren 81 Kopflagen, 80 Steiss- und 5 Querlagen). Also liegt der Fötus auch in den ersten Monaten nicht mit dem Beckenende, sondern mit dem Kopfe häufiger vor (denn Querlagen sind noch keine Steisslagen). Bei Frühgeburten (Geburten

Nonataschr. f. Geburtak. 1854. Bd. IV, Bft. 6,

nach dem 6ten Monate) kamen auf 100 Geburten, todte und lebende Kinder' zusammengerechnet, schon 69 Kopflagen.

Die Lageumänderung kommt aber nicht etwa kurz vor oder während der Ausstossung des Fötus vor; denn die Schwangeren spüren meistens die ersten von den Füssen herrührenden Bewegungen der Frucht im Grunde der Gebärmutter, und nicht selten fühlt man bei der inneren Untersuchung einer Schwangeren durch die Scheide den Kopf hald nach der Mitte der Schwangerschaft durch das Scheidengewölbe.

Darnach ist auch die alte Lehre von dem sogenannten Stürzen (culbute) des Fötus zu beurtheilen. In ihrer grassen Auffassung nämlich, d. h. wenn man glaubt, dass der Kopf erst und nur im 7ten Monate sich plötzlich durch Umänderung der Lage vom Fundus uteri in den unteren Gebärmutterabschnitt sich begebe, ist diese Lehre durchaus falsch und dahin zu reduciren, dass, nach dem bereits Gesegten, die Möglichkeit gegeben, wonach bei dem Fötus auch noch im 8ten und 9ten Monate, ja einige Tage vor der Geburt, die Steisslage in eine Kopflage umgewandelt werden kann (wie die Erfahrung auch derartige Fälle bestätigt), dieses aber nicht allein erst vom 8ten Monate an, sondern häufiger in früheren Monaten geschieht.

Am Schlusse unseres Themas wollen wir unseren Blick auch noch auf die vergleichende Physiologie werfen und eine kurze Parallele zu ziehen suchen.

Obgleich bei den Säugethieren im Allgemeinen Steisslagen häufiger sind, als beim Menschen, und namentlich bei solchen, welche viele Junge auf ein Mal werfen, fast ebenso häufig Steisslagen als Kopflagen beobachtet werden, so ist die Lage der Frucht im Fruchthalter der grösseren Sängthiere, der Stute, der Kuh, des Mutterschafes (auf welche unser Augenmerk beim Vergleiche hauptsächlich gerichtet sein soll) doch ziemlich constant und am häufigsten a0, dass das Junge mit dem Kopfe voraus zur Geburt sich stellt.

Da bei der Stellung des nichtträchtigen und trächtigen Uterus der Säugethiere der Fundus uteri tiefer hegt, als der untere (bei Thieren hintere) Gebärmutterabschnitt, so scheint sich hieraus ein Widerspruch mit dem für die Lage des Menschenfötus aufgestellten Gesetze zu ergeben. Bei genauerer Betrachtung jedoch hebt sich diese Anomalie auf und gelten auch de dieselben Gesetze.

Wir müssen hier, wie beim Menschenfütus, wieder zuerst auf die Haltung etwas näher eingehen. Sobald (*Wilk. Baumeister* a. a. O. S. 46) die Frucht eine deutlich wahrnehmbare Gestalt besitzt, zeigt sie sich mit dem langen gedehnten Rückgrat in einer sehr gekrümmten Stellung, den Kopf mit der Schnauze an der Brust hin und wegen des langen Halses zwischen den Vorderfüssen gegen den Bauch gelagert, die Hinterfüsse nach vorn gegen den Bauch gezogen.

Wegen der starken Knochenentwicklung, namentlich des Beckens und der Hinterfüsse, fällt bei beschriebener Haltung der Schwerpunkt nicht, wie beim Menschenfötus, in die vordere, sondern hintere Körperparthie. Deshalb befindet sich der Thierfötus meistens mit dem Hintertheile im Fundus uteri. Dabei sind die spezifisch schwereren Extremitäten und der Kopf nach unten gelagert, so dass bei normaler Lage der Rücken des Fötus nicht, wie bei dem Menschen der vorderen Bauchwand, sondern dem Rückgrat des Mutterthieres zugekehrt ist. Steisslagen können mehr als bei dem Menschen für das Thier schon gefährlich werden.

Die Haltung des Thierfötus erleidet bei Einleitung der Geburt eine Veränderung. Sobald nämlich die ersten Wehen erwachen, werden durch die Zusammenziehungen des Uterus die Vorderfüsse und der zwischen ihnen befindliche Kopf, als der beweglichste und der austreibenden Kraft am meisten weichende Theil, mit der Schnauze voraus gegen den Muttermund hingetrieben. Und gerade hier zeigt sich wieder recht augenfällig, wie die Lage der Frucht von dem Gleichgewichte abhängt. Während der Kopf nämlich zwischen den Vorderfüssen zurück gegen den Muttermund geschoben wird, hat er immer eine sehr grosse Neigung, seinem Schwerpunkte zu folgen. Sobald er daher von den Füssen nicht gehörig unterstützt ist, senkt er sich entweder

#### 436 XXXII. Dr. Hemmer, Ein Fall schwerer Convulsionen

zwischen denselben, oder zur Seite hinab; letzteres sieht man fast immer, wenn ein Vorderfuss zurückgebogen ist und nur einer vorliegt; denn da der Kopf in diesem Falle keine Unterstützungsfläche für seinen Schwerpunkt hat, sinkt er fast durchgehends zur Seite hinab. Diese fehlerhaften Kopflagen kommen verhältnissmässig sehr häufig vor und setzen der Geburt sehr grosse Hindernisse und Schwierigkeiten in den Weg, und machen Kunsthülfe zum unerlässlichen Erfordernisse.

# XXXII.

# Ein Fall schwerer Convulsionen bei einer Erstgebärenden.

# Mitgetheilt

vom

Bergmedikus und Physikus Dr. Hemmer zu Schmalkalden.

Den 25. Januar d. J., Mittags 1 Uhr, wurde ich zu einer Erstgebärenden gerufen, bei der bereits ein Geburtshelfer anwesend war. Sie war eine Stunde zuvor bei der ersten Wehe in Convulsionen verfallen. Der Abgang des Fruchtwassers erfolgte den 25. Nachts 2 Uhr unerwartet und ohne die mindeste Schmerzäusserung, so dass die Frau erschreckt aus dem Bette sprang. Die Nacht, sowie der ganze Morgen gingen jedoch ohne bemerkbare Störung, ja unter Wohlbefinden hin. Die Frau trank Morgens nach gewohnter Weise ihren Kaffee, ass um 9 Uhr mit Appetit eine Portion Suppe und schlief abwechselnd ganz ruhig. Als ich sie sah, lag sie unter Stöhnen und Röcheln im bewusstlosen Zustande. Der Kopf war heiss anzufühlen und das Gesicht geröthet, der Puls etwas voll. Der Uterus war über die Kindestheile gleich -einer straffen Saite angespannt. Der Muttermund, nach der Kreuzbeingegend gerichtet, stand sehr hoch, war kaum mit der Fingerspitze zu erreichen und zeigte sich noch uneröffnet. Es wurde am rechten Arme zur Ader gelassen, der wankende Puls erlaubte jedoch nicht mehr, als ohngefähr acht Unzen Blut zu entziehen. Ueber den Kopf wurden fortdauernd kalte Umschläge gemacht. Eine Wehe stellte sich nicht ein, und der hohe Stand des Muttermundes blieb unverändert. Von Zeit zu Zeit schien es, als ob eine Wehe sich regte, doch erst nach einigen Stunden fing der Muttermund an sich anders zu gestalten. Man konnte in den äussern Muttermund die Fingerspitze einführen, während der innere nicht zu passiren war. Erst nach 4 Uhr Nachmittags war der innere Muttermund so weit geöffnet, dass man mit den Fruchttheilen selbst sich in Berührung setzen konnte. Es lag ein harter Körper vor, von dem man annahm, dass es der Steiss sei, da der Kopf in der rechten Seite der Mutter gefühlt wurde. Um 7 Uhr Abends war der Muttermund so weit verstrichen, dass man 2 Finger einführen konnte; er war so dünn, wie Postpapier und leicht ausdehnbar. Beim Nachlasse des Fingerdruckes zog er sich jedoch wie eine Sehne zusammen, und wenn er nicht einreissen sollte, so konnte seine Erweiterung nur mit grosser Vorsicht geschehen. Bis zu diesem Augenblicke waren jedoch schon zehn Anfälle von Eclampsie der heftigsten Art erfolgt, und es war, so wie es nur zulässig wurde, mit der Entbindung nicht zu säumen. Der Uterus liess nun auch allmälig die Einführung der Hand zu, und da der Steiss vorlag, hatte ich in wenigen Minuten die Extraction des Kindes, eines lebenden Mädchens, vollendet. Es ergab sich, dass noch ein zweites Kind vorhanden war, das ich nach einer halben Stunde mit gleicher Leichtigkeit und eben auch lebend extrahirte. Da viel Fruchtwasser vorhanden war, ballotirte das Kind auf den leisesten Anstoss, so dass man jeden Körpertheil ganz leicht ergreifen konnte. Mein College entfernte hierauf die Nachgeburten auch ohne erhebliche Schwierigkeit. Der Uterus, der sich auf der wieder eingeführten Hand zusammenzog, blieb dann auch contrahirt.

Nach dieser so überaus günstigen Entbindung glaubte

#### 438 XXXII. Dr. Henner, Ein Fall schwerer Convulsionen etc.

man nun wieder freier aufathmen zu können. Die Anfälle von Eclampsie hörten jedoch nicht auf, und die Entbindung schien auf einen Nachlass der Anfälle ohne allen Einfluss gewesen zu sein, da bis Nachts 11 Uhr noch weitere zehn Anfälle, im Ganzen also 20 Anfälle, erfolgten. Sie waren ausser den bekannten Erscheinungen mit einem solchen röchelnden Athem verbunden, dass man in jedem Anfalle den Tod befürchtete, ja am Ende ihn im Stillen zur Beendigung dieser fürchterlichen Scenen herbeisehnte. Nach 11 Uhr kehrten jedoch weitere Anfälle nicht wieder ein. Die Nacht hindurch, so wie auch den 26. Januar, Tag und Nacht, verharrte aber die Kranke in einem völlig soporösen Zustande, und erst den 27. Morgens kehrte das Bewusstsein zurück. Von Allem, was sich seit dem ersten Anfalle von Eclampsie bis hierber ereignet hatte, hatte sie nicht die entfernteste Ahnung. Die Kranke hat sich vollkommen erholt. und die Kinder, die heute noch leben, eine Zeit lang gestillt, Ein Aderlass am Arm, fortdauernd kalte Umschläge um den Kopf bis zur Rückkehr der Besinnung und die künstliche Entbindung waren die Hauptmittel, die in Anwendung kamen. Da das Schlingen stets mit Erstickungsgefahr verbunden war, so konnten Arzneimittel nur tropfenweise eingeflösst werden. Die Frau, 24 Jahr alt, von Haus aus ganz gesund, kräftig und von schlankem Körperbaue, war in der Schwangerschaft wohl gewesen, hatte nie an Krämpfen gelitten, und mit der ersten Wehe traten die Convulsionen ein. Ein sicherer Nachweis der Quelle dieser Convulsionen ist kaum zu geben. Beide Kinder waren stark, beide Nachgeburten umfangreich und die Quantität des Fruchtwassers nicht gering, die Ausdehnung des Uterus also eine bedeutende. Wie häufig sind aber solche Fälle gegen das Auftreten solch heftiger Convulsionen; immerhin mögen jedoch die Hauptmomente zu ihrer Entstehung in der grossen Ausdehnung des Uterus zu suchen sein.

# XXXIII.

Neununddreissigster Jahresbericht über die Ereignisse in dem Entbindungs-Institute bei der Königl. Sächsischen chirurgisch-medicinischen Akademie zu Dresden im Jahre 1853.

Von

Professor Dr. Grenser.

In diesem Jahre wurden 322 Schwangere und Wöchnerinnen in der Anstalt verpflegt, von denen 6 Schwangere und 15 Wöchnerinnen ult. December 1852 im Bestand verblieben waren, während 301 Schwangere neu aufgenommen wurden. 295 wurden entbunden; hiervon gebaren 158 zum 1sten Male, 93 zum 2ten, 19 zum 3ten, 12 zum 4ten, 7 zum 5ten, 1 zum 9ten, 1 zum 11ten und 1 zum 16ten Male.

Gesund entlassen wurden 253, 1 wegen Decubitus gangraenosus an die chirurgische Klinik abgegeben, 5 vor der Entbindung wieder entlassen und 15 starben: nämlich 12 an Metrophlebitis und Peritonitis puerperalis, 1 an Endocarditis und Morbus Brightii, 1 an Insufficientia valvul. cordis et Oedema pulmonum, und 1 an Gangraena und Ruptura uteri. 10 blieben ultimo Decbr. im Bestand.

280 Geburten wurden durch die Naturkräfte allein beendet; geburtshülfliche Operationen machten sich 18 nothwendig, nämlich: 11 Zangenoperationen, 3 Wendungen, 3 Extractionen an den Füssen, 1 Mal die künstliche Erregung der Frühgeburt.

Kinder wurden geboren 298, darunter 3 Mal Zwillinge. 163 waren männlichen, 135 weiblichen Geschlechts. 277 wurden lebend, 21 todt geboren. Die Todesursache war 11 Mal Absterben der Frucht schon während der Schwangerschaft, 3 Mal Compression des Gehirns in Folge rhachitischer Beckenenge der Mutter, 2 Mal Apoplexie aus derselben Ursache, 2 Mal Umschlingung der Nabelschnur, 1 Mal Hemicephalie, 2 Mal unzeitige Geburt.

Abortus kam in einem Falle zur Beobachtung, Partus immaturus 2 Mal, Part. praematurus 9 Mal. — Das längste Kind maass 21 par. Zoll, das schwerste wog 11 Pfd. p. c. Der längste Nabelstrang hatte 37 Zoll, der kürzeste 10 Zoll.

In erster Schädellage stellten sich zur Geburt 214, in zweiter 62, in erster Steisslage 8, in zweiter 1, in erster Fusslage 2, in zweiter 1 und in Querlage 3. 7 Mal blieb der Mechanismus der Geburt unbestimmt, weil diese ausserhalb der Anstalt erfolgt war.

Zwillingsgeburten kamen 3 vor. Bei 2 derselben fand man eine gemeinschaftliche Placenta und Decidua, 2 Lederund 2 Schaafhäute, während sich bei einer beide Früchte in einem und demselben Sacke des Amnion befanden. Bei jenen präsentirte sich die erste Frucht in erster Schädellage, die zweite in erster Steisslage, im zweiten Falle die erste Frucht in vollkommener Fusslage, die zweite in erster Schädellage. Im dritten Falle kam die erste Zwillingsfrucht in erster Steisslage, die zweite in erster Schädellage zur Welt.

Anomalien der Schwangerschaft.

Mit Uebergehung geringerer Erkrankungen, als leichter catarrhalischer und rheumatischer Affectionen, krankhaft gesteigerter Beschwerden der Schwangerschaft u. s. w., die meist durch blosse diätetische Anordnungen beseitigt wurden, führen wir hier nur an:

1) Beträchtliche Dyspnoe in Folge von pleuritischem Exsudat. Der Fall betrifft eine 28 jährige Erstschwangere mittler Statur und mässiger Ernährung, die zwar angab, vorher nicht krank gewesen zu sein, bei ihrer Aufnahme in die Anstalt sich aber so kurzathmig zeigte, dass sofort eine genaue physikalische Untersuchung der Brustorgane vorgenommen wurde. Hierbei ergaben sich linkseitig in der untern Hälfte der Lunge gedämpfter Percussionston, fast gänzlich aufgehobenes Vesiculärathmen, geringe Stimmfibration und in der obern Hälfte, sowie recht-

#### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 441

seitig trockne Rasselgeräusche, wodurch sich linkseitiges pleuritisches Exsudat in Verbindung mit einem verbreiteten Lungencatarrh hinreichend manifestirte. Schleimiges Getränk und warmes Verhalten mässigten die Hustenbeschwerden, und nach 3 Wochen gebar die Kranke in 6 Stunden naturgemäss ein 18 Zoll langes und 7 Pfund schweres Mädchen. Die Wochenfunctionen gingen normal von statten, die Dyspnoe steigerte sich aber am 4. Tage des Wochenbettes so, dass sich mehrere Vesicatore und der innere Gebrauch eines Infus. hb. Digital. purp. mit Aq. laurocerasi nöthig machten. So verminderten sich die Athembeschwerden, das pleuritische Exsudat nahm ab und die Kranke konnte in der dritten Woche nach der Geburt, obwohl noch etwas matt und schwach, mit ihrem Kinde entlassen werden.

2) Asthma congestivum. Eine zum 5ten Male schwangere, 32 Jahr alte Bergmannsfrau, ward am 25. April Nachmittags plötzlich von grosser Kurzathmigkeit in Verbindung mit heftigem Herzklopfen und furchtbarer Angst befallen. Die physikalische Exploration zeigte keine Herzanomalie, aber einen ausserordentlich starken Herzstoss; das Gesicht erschien livid, der Puls äusserst frequent. Ein Aderlass am Arme, Sinapismen und erhöhte ruhige Lage im Bett verschafften bald Abhülfe. Drei Tage später gebar die Frau ein gesundes Mädchen und auch das Wochenbett verlief glücklich.

3) Stenose des linken Herzventrikels, Pleuropneumonie, Lungenödem, granulirte Niere, Bauchwassersucht. — Eine 35jährige, zum 7ten Male schwangere Schuhmachersfrau von kleiner Statur, bleich und abgemagert, litt seit zwei Jahren an Husten und periodischen Anfällen von grosser Herzensangst. Bei ihrer Aufnahme in die Anstalt am 25. October zeigte sich der Brustkasten auf beiden Seiten abgeflacht, hob sich nur wenig, der Percussionston erschien auf beiden Seiten leer; die Auscultation ergab starke, über die ganze Brust verbreitete Rasselgeräusche und an den Lungenspitzen bronchiales Athmen. Das Herz war nach rechts hin weit ausgebreitet, reichte von der dritten bis zur achten Rippe, die Herztöne erschienen unrein, der erste sehr lang gedehnt. Dabei bestand starkes Oedem der Schenkel bis zu den Knieen her-

## 442 XXXIII. Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

auf und der Urin enthielt viel Eiweiss. Die Geburt war nach ungefährer Berechnung in drei Wochen zu erwarten. der Bauch stark ausgedehnt, fluctuirend, die Herztöne der Frucht nach links und vorn hörbar, der Schädel vorliegend. Zur Minderung der Hustenanfälle reichten wir Morphium (Morph, acetic, gr. j in Ag. amygd. amar. dilut. Zij, 4stundlich einen Theelöffel voll) und schleimiges Getränk. Später wurde wegen eingetretener Diarrhoe statt des Morphium die Tinct, thebaic, gegeben. Allmälig stieg das Oedem der Schenkel bis zu den Schamlippen und der vordern Bauchwand herauf und in den Schenkelbugen entstand in dessen Folge Intertrigo, welches wir durch Fomentationen mit Aq. Goulardi zu mässigen suchten. Unter diesen Umständen war es höchst erwünscht, dass am 11. November sich Vorboten der Geburt zeigten, zumal da in der darauf folgenden Nacht früh 24 Uhr ein Anfall von Dyspnoe eintrat, welcher Erstickungsgefahr drohte. Bei der innern Untersuchung bemerkte man, dass das Fruchtwasser absickerte; der Muttermund hielt 1 Zoll im Durchmesser. Da weder der Abgang des Fruchtwassers, noch ein Aderlass von acht Unzen und Sinapismen Erleichterung brachten, wurde zur Verstärkung der Wehenthätigkeit und Beschleunigung der Geburt die aufsteigende Uterindouche angewendet. Dies hatte auch so guten Erfolg, dass unter fortwährend kräftigen Wehen schon um 5 Uhr Morgens der Kindeskopf zum Ein- und Durchschneiden kam. Das Geborne war ein lebendes, dürftig genährtes Mädchen von 16" Länge und sechs Pfund Schwere. Nichtsdestoweniger dauerte auch nach der Befreiung des Uterus von seinem Inhalte die Athemnoth fort, die Kranke stöhnte unaufhörlich und meinte ersticken zu müssen, das Gesicht erschien livid, mit kaltem Schweiss bedeckt, der Puls ausserordentlich klein und frequent. Die physikalische Untersuchung ergab allgemein verbreitetes Lungenödem. Unter diesen Symptomen starb die Unglückliche 6 Stunden nach ihrer Entbindung. - Die Section ergab: Hirnhäute ziemlich blutreich serös infiltrirt, in beiden Pleurasäcken eine reichliche Menge dünnflüssiges, gelbliches mit Faserstoffgerinnseln vermischtes Exsudat, beide Lungen stark aufgetrieben, die obere Hälfte der linken öde-

#### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 448

matös, die untere hepatisirt, die rechte Lunge grösstentheils ödematös, das Gewebe sehr dicht, an einigen kleinen Stellen hepatisirt, die Schleimhaut der Luftröhre und der Bronchien stark injicirt und mit schaumigem Schleim bedeckt; das Herz gross und sehr breit, die rechte Herzkammer in ihren Wänden sehr verdickt, ebenso die Tricuspidalklappe durch aufgelagertes festes Exsudat verdickt und verhärtet, die linke Herzkammer in ihren Wänden normal, die Mitralklappe aber so verdickt und verengt, dass man nur mit der Spitze des Zeigefingers hindurchdringen konnte. Die Nieren von normaler Grösse, ziemlich schlaff, die Oberfläche granulirt, die Corticalsubstanz grauröthlich, stark injicirt. Die Leber ziemlich gross, Substanz blassgrau, mürbe, in der Gallenblase ein muskatnussgrosser Gallenstein. Die Milz mässig vergrössert, sehr mürbe. In der Bauchhöhle ungefähr 2 Kannen trübes Serum. Uterus mit seinen Anhängen normal.

4) Abortus einer im höchsten Grade verkrüppelten Person mit absolut zu engem Becken. Λm 24. August wurde der Anstalt wegen profuser Metrorrhagie eine in Dresden wegen ihrer Verkrüppelung allgemein bekannte und das öffentliche Mitleid erregende Person überbracht. In Folge von Rhachitis waren deren Schenkel und Wirbelsäule so verbogen, dass sie die Füsse zum Gehen gar nicht brauchen konnte, sondern sich auf Krücken stützend mit schwebenden Füssen mühsam fortschleppte. Ihre ganze Körperlänge betrug nur 36 Zoll. Sie war ihrer Angabe nach vor 3 Monaten von einem Manne mit Gewalt auf dessen Schooss gezogen und so geschwängert worden. Seit einigen Tagen empfand sie satzweise Schmerzen im Unterleibe und litt an Blutabgang, weshalb sie in die Anstalt geschafft wurde. Man fand hier in dem 1 Zoll weit geöffneten Muttermunde die Reste eines geplatzten Ovulum, welche sich mit den Fingern leicht wegnehmen liessen, worauf die Blutung stand. Die Beckenmessung ergab eine innere Conjugata von nur 11<sup>44</sup>- Nach einigen Tagen Verpflegung konnte die Person wieder entlassen werden.

Anomalien der Geburt.

Wegen Rigidität der Ränder des Muttermundes machten sich in einem Falle Incisionen derselben nothwendig. Die Einschnitte wurden an drei sich entgegengesetzten Stellen mittels der Siebold'schen Polypenscheere vollführt, wurden kaum empfunden, bluteten nur höchst unbedeutend und hatten eine ausserordentlich schnelle, vollständige Erweiterung des Muttermundes zur Folge. — In einem zweiten Falle von Rigidität des untern Unterinsegments reichten erweichende Sitzbäder hin.

Ueber eine während der Geburt spontan entstandene Ruptur des Uterus s. weiter unten unter den geburtshülflichen Operationen.

Ungewöhnlich lange Dauer der beiden ersten Geburtsperioden wegen Wehenschwäche beobachteten wir in 4 Fällen. Sämmtliche waren Erstgebärende; in dem einen Falle verstrichen bis zur gehörigen Erweiterung des Muttermundes 48 Stunden, in zwei andern 50, in einem, wo Rigidität der Muttermundsränder hinzukam, gar 72 Stunden, ohne dass weitere Nachtheile daraus hervorgegangen wären.

Wehenschwäche in der 3. und 4. Geburtsperiode indicirte 4 Mal die Zange. Oefter beobachteten wir auffälligen Nachlass und selbst mehrstündiges gänzliches Aufhören der Wehen; wo daraus weder der Gebärenden noch der Frucht ein Nachtheil erwuchs, verhielten wir uns exspectativ; wehenbefördernde Mittel wurden in keinem Falle innerlich gereicht. Immer erholte sich der Uterus von selbst und die Wehen zeigten dann in einigen Fällen, ohne alles Zuthun der Kunst, sogar eine beträchtliche Kraft und Ausdauer, so dass die Geburt rasch und glücklich zu Ende ging.

Sehr rasch verlaufende Geburten, so dass das ganze Geburtsgeschäft in weniger als 6 Stunden beendet war, kamen in 34 Fällen, und zwar 5 Mal bei Erstgebärenden und 29 Mal bei Mehrgebärenden, vor. Die kürzeste Dauer betrug 1; Stunde. Sechs Schwangere gebaren auf dem Wege zur Anstalt, wobei in zwei Fällen die Kinder auf den Erdboden stürzten, ohne dass dies nachtheilige

# der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 445

Folgen gehabt hätte. Das Wochenbett verlief bei sämmtlichen 6 ohne allen Anstoss.

Mit Leistenbrüchen Behaftete gebaren 3, an Scheidenvorfall Leidende 2. Zurückhaltung der vorgetretenen Theile, horizontale Lage und Nichtverarbeiten der Wehen reichten hin, weiteren Nachtheilen vorzubeugen.

Bei Dammrissen wurde auch in diesem Jahre der Collodiumverband mit Nutzen angewendet und erreichten wir dadurch 13 Mal vollkommene und 2 Mal nur theilweise Heilung. In 8 Fällen verhinderte Endocolpitis und scharfer, übelriechender Wochenfluss die Wiedervereinigung.

Umschlingung der Nabelschnur um den Hals des Kindes ereignete sich bei 31 Geburten. In einem Falle zeigte sich die Schnur 4 Mal um den Hals geschlungen und musste nach erst gebornem Kopfe mittels der Scheere durchschnitten werden. In allen übrigen Fällen liess sich die Schlinge soweit auflockern, dass sie über die Schultern zurückgebracht werden konnte. Dabei kamen 7 Kinder in leichtem Grade asphyctisch, 1 todt zur Welt.

Vorfall der rechten Hand der Frucht neben dem Kopfe, so dass die Hohlhand an der Wange und die Fingerspitzen in der Nähe der Pfeilnaht lagen, wurde nach dem Blasensprunge bei einer Gebärenden beobachtet, wo der Muttermund die Weite von 2" im Durchmesser hielt. Bei gehöriger Beobachtung konnte Alles der Natur überlassen bleiben und so wurde der Kopf, an welchem auch jetzt noch die Hand unverändert lag, mit dieser zugleich nach einigen Stunden ohne Schwierigkeit geboren.

Von Metrorrhagien in der fünften Geburtsperiode kamen in diesem Jahre nur leichte Grade vor, so dass Entfernung der Nachgeburt und Auftröpfeln von Vitriolnaphtha nebst kräftigem Reiben des Uterus durch die vordere Bauchwand die Blutung stillte.

# Geburtshülfliche Operationen.

Zangenoperationen fanden in 11 Fällen statt, und zwar 3 Mal wegen Wehenschwäche, 3 Mal wegen Missverhältniss zwischen der Grösse der Frucht und der Beckenweite, 1 Mal wegen excessiver Grösse der Frucht, 2 Mal

# 446 XXXIIL Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

wegen zu engen Beckens, 1 Mal wegen beträchtlicher Kopfgeschwulst und verminderter Frequenz des Fötalherzschlages und 1 Mal wegen Epilepsie.

Zu den bemerkenswertheren hierher gehörigen Beobachtungen gehören folgende:

a) Am 16. März früh 2 Uhr erschien in der Anstalt eine 30jährige Brstgebärende, bei welcher der Muttermund 1 Zoll im Durchmesser hielt, der in erster Schädellage vorliegende Kopf auf der Symphyse aufstand und die Wässer bereits abgegangen waren. Das untere Gebärmuttersegment zeigte eine ungewöhnliche Rigidität, so dass trotz der kräftigen und sehr schmerzhaften Wehen die Erweiterung des Muttermundes bis Abends 8 Uhr keine Fortschritte machte. Jetzt fingen auch die Wohen an nachzulassen, so dass, als am andern Morgen der Zustand noch immer derselbe war, die Uterindouche angewendet wurde. Doch auch diese, obwohl mehrmals wiederholt und jedes Mal 20 Minuten lang fortgesetzt, vermochte nur unkräftige Wehenthätigkeit hervorzurufen. Die jetzt eingetretene Harnverhaltung indicirte die Application des Katheters, die aber nur in der Knie-Ellenbogenlage, und erst nachdem ein elastischer Katheter in Gebrauch gezogen worden war, gelang. Da am 18ten März früh 7 Uhr der Muttermund noch immer gespannte und unnachgiebige Ränder zeigte und erst bis zur Grösse eines Thalers erweitert war, die Kräfte der Gebärenden aber zu sinken begannen und ihr Puls an Frequenz zunahm, wurden mittels der o. Siebold'schen Scheere kleine Incisionen in den Muttermund gemacht und als bald darauf dieser die gehörige Weite erlangt hatte, an den in der Beckenhöhle stehenden Kindeskopf die Zange angelegt. Wenige kräftige Tractionen reichten hin, binnen 10 Minuten die Frucht zu extrahiren; dieselbe zeigte schon Spuren von Fäulniss, war 8 Pfd, schwer und 20" lang. Nach der Entbindung wurde wegen Ausdehnung der Blase sogleich wieder der Katheter eingelegt. Am 5ten Tage des Wochenbettes stellten sich die ersten Symptome einer Metroperitonitis ein, welcher die Kranke am 29. März erlag. - Sectionsergebnisse: Der Unterleib stark durch Gas aufgetrieben, die Bauchhöhle mit einer ziemlichen Menge plastischen und

# der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1858. 447

eitrigen Exsudats erfüllt; die Leber aschgrau, Substanz mürbe, mit schwarzem dünnflüssigem Blute durchsetzt; die Milz um die Hälfte vergrössert, mürbe; die Schleimhaut des Magens mit einem kaffeesatzfarbenen Beleg; des untere Stück des lleum injicirt; die innere Fläche des Uterus mit einem dünnen, schmutzigen Schleim überzogen, der äussere Ueberzug blass, die Substanz des Uterus derb, an der vordern Wand mehrere haselnussgrosse Eiterheerde enthaltend; das rechte Ovarium vergrössert und mit plastischem Exsudat erfüllt.

b) Rhachitische Beckenenge beobachteten wir bei einer 22jährigen Erstgebärenden von kleiner Statur, welche erst im dritten Jahre Laufen gelernt hatte. Die Kreuzgegend zeigte eine ziemlich beträchtliche sattelförmige Einbie gung und die äussere Beckenmessung mittels des Compas d'épaisseur eine innere Conjugata von 3<sup>1</sup>/<sub>4</sub>". Die Wehen hatten am 27. September früh 2 Uhr begonnen, die Wässer waren bald darauf abgegangen; der Muttermund war Vormittags 10 Uhr bis zur Grösse von 11/ im Durchmesser erweitert, der vorliegende Schädel stand noch hoch über dem Beckeneingange, die Herztöne der Frucht waren linkerseits deutlich zu hören. Da die Wehen sich unkräftig zeigten, machte die Geburt nur sehr langsame Fortschritte und erst am folgenden Tage Nachmittags stand der Kopf mit einem Segment im Eingange, so dass sich nach völliger Erweiterung des Muttermundes die Nagele'sche Zange anlegen liess. Eine halbe Stunde lang mussten kräftige Tractionen gemacht werden, bevor es gelang, die Frucht zu extrahiren. Das Geborne war ein 19" langer und 7½ Pfd. schwerer todter Der Tod war durch zu starke Compression des Knabe. Gehirns erfolgt. Das Wochenbett verlief ohne alle Störung.

Die Wendung und Extraction machte sich in folgenden 3 Fällen nothwendig:

a) Bei einer Zweitgebärenden, wo nach völliger Erweiterung des Muttermundes, bei sehr bedeutender Ausdehnung des Unterleibes noch kein vorliegender Kindestheil zu fühlen war. Beim Eingehen mit der ganzen Hand zeigte sich die linke Schulter der Frucht, weshalb nach Sprengung der Blase ohne Schwierigkeit auf den linken Fuss ge-

## 448 XXXIII. Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

wendet wurde. Die weitere Austreibung der Frucht gedachte man der Natur zu überlassen. Allein obwohl die Wehen kräftig waren, folgte wegen beträchtlichen Missverhältnisses der Grösse des Fötus zur Weite der Geburtswege das Durchschneiden des Steisses erst nach einer Stunde, und als das Kind bis zur Brust geboren war, sah man sich genöthigt, dasselbe weiter zu extrahiren. Die Entwicklung der Arme machte grosse Schwierigkeiten, ebenso die Extraction des Kopfes, die erst nach einer Viertelstunde mittels der Zange gelang. Das Kind kam daher todt zur Welt; es war ein sehr starker, über 9 Pfd. schwerer und 20 Zoll langer Knabe. Die Nachgeburt folgte leicht. Eine leichte Metritis im Wochenbett wich dem Gebrauche von Senfteigen und einer Mohnsamenemulsion, so dass die Wöchnerin am 12. Tage gesund entlassen werden konnte.

b) Am 31. Mai früh 7 Uhr wurde der Anstalt eine Kreissende in einem Siechkorbe überbracht, bei welcher zwei Geburtshelfer in der Stadt vergebliche Versuche, die Wendung zu Stande zu bringen, gemacht hatten. Die Person war bis zum 8. Lebensjahre rhachitisch gewesen und war wegen Beckenenge (Conjugata = 2<sup>‡</sup>") vor 3 Jahren mittels der Zange von einem todten Kinde frühzeitig entbunden worden. Bei der Untersuchung fanden wir einen Arm, einen Fuss und eine pulslose Schlinge der Nabelschnur vorliegend, die Gebärmutter durch die vorangegangenen Wendungsversuche gereizt, bereits ziemlich fest um die querliegende Frucht zusammengezogen. Es wurde hier zunächst der Fuss angeschlungen und der doppelte Handgriff versucht; als aber auch so die Wendung nicht gelingen wollte, wurde der andere Fuss aufgesucht, mühsam herabgestreckt und so die Wendung auf beide Füsse mit nachfolgender Extraction vorgenommen. Das Geborne war ausgetragen, mittler Grösse, weiblichen Geschlechts, todt. Das Wochenbett verlief glücklich.

c) Am 5. August erschien in der Anstalt eine 39 Jahr alte Dienstmegd, die wegen Beckenenge bereits 8 Mal sehr schwer von todten Kindern entbunden worden war. Bei ihrer Ankunft war der Muttermund ziemlich völlig erweitert, das Wasser noch nicht abgegangen, der vorliegende

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 449

Kopf beweglich über dem Beckeneingange, auf dem obern Rande der Horizontaläste der Schambeine aufstehend: der Bauch hing nach vorn stark über und die Beckenmessung ergab: eine Conjugata von 3½". Auch nach dem Blasensprunge rückte der Kopf trotz kräftiger Wehen nicht vor und plötzlich hörten die Wehen ganz auf, während die Gebärende bei Berührung des Unterleibes über Schmerz klagte. Als deshalb die innere Untersuchung angestellt wurde, fanden wir zu unserm Befremden nicht mehr den Schädel, sondern einen Fuss und einen Arm vorliegend. Diese plötzliche Logeveränderung der Frucht in Verbindung mit dem ebenso plötzlich eingetretenen Wehenmangel und der Schmerzhaftigkeit des Uterus bei Berührung deuteten auf eine spontan entstandene Ruptur der Gebärmutter hin, obwohl das Allgemeinbefinden der Gebärenden übrigens ganz gut war, und indicirten die sofortige künstliche Beendigung der Entbindung. Es wurde deshalb die von der Natur selbst eingeleitete, aber unvollendet gebliebene Wendung, durch Kunsthülfe unterstützt und beendet und darauf die Frucht extrahirt. Das Geborne war ein 19 Zoll langer und 7 Pfd. schwerer todter Knabe; der Schädel zeigte auf dem rechten Scheitelbeine eine nicht unbedeutende Kopfgeschwulst, ein Beweis, dass der Kopf in der ersten Schädellage bis zum Eintritte der Ruptur vorgelegen hatte. Die Nachgeburt wurde sogleich darauf entfernt, der Blutabgang blieb sehr mässig. Schon in den ersten Stunden nach der Entbindung stellten sich die Symptome einer Metroperitonitis ein, die wir durch Application von 16 Stück Blutegeln, Cataplasmen, Emulsionen und Calomel vergeblich zu bekämpfen suchten. Die Kräfte der Kranken sanken immermehr und am 11. August, also am 6ten Tage nach der Entbindung, erfolgte der Tod. - Sectionsbefund: Die Hirnhäute etwas serös infiltrirt, Hirnsubstanz blutarm und zäh; die rechte Lunge ödematös, die Pleura pulmon. mit der Pleura costal. rechterseits fest verwachsen, das Endocardium imbibirt, die Herzklappen ein wenig verdickt; der Peritonäalüberzug der Gedärme, besonders des lleum, injicirt, alle Baucheingeweide mit eitrigem Exsudate bedeckt, die vordere Wand Monahashr. f. Geburisk, 1854, Bd. IV. Bft. 6. 29

# 450 XXXIII. Dr. Gronser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

des Uterus in ihrem untern Drittheil gengränös und durchrissen; die Ränder der Risswunde zackig, mürbe; brandig, das Scheidengewölbe an der entsprechenden Stelle gleichzeitig eingerissen, die Vaginalwände in der Umgebung stark suggillirt.

Künstliche Erregung der Frühgeburt mittels der Uterindouche und des Colpeurynter. Am 19ten December meldete sich zur Aufnahme eine Schwangere, deren äusserer Babitus schon die in der Kindheit überstandene Rhachitis verrieth. Die Person war 27 Jahr alt, zum ersten Male schwanger und erwartete ihre Niederkunft in 6 Wochen. Irgend verlässige Angaben aber über die Zeit der letzten Regeln oder der zum ersten Male gefühlten Kindesbewegungen liessen sich durchaus nicht erlangen. Sie war kleiner Statur, gut genährt, hatte eine mässige skoliotische Verkrümmung der Wirbelsäule in der Gegend der mittleren Rückenwirbel, verkrümmte Schenkel, eine nicht unbeträchtliche sattelförmige Einbiegung in der Kreuzgegend, und äussere und innere Beckenmessung ergaben eine Conjugata von 25". Der vorliegende Kindeskopf liess sich nur mit Mühe erreichen, die Herztöne der Frucht vernahm man links neben dem Nabel. In der Hoffnung, dass der Fötus in seiner Ausbildung noch nicht zu weit vorgeschritton sein werde, beschlossen wir die künstliche Erregung der Frühgeburt. Es wurden daher am 20. December 4. am 21. 6 und am 22. ebenso viele, also im Ganzen 16 Douchen, wobei das Wasser eine Temperatur von + 32 bis 33°R. hatte, applicirt, ohne dass jedoch Wehenthätigkeit dadurch erregt worden wäre. Am 22. December Abends legten wir deshalb den Braun'schen Colpeurynter mit warmem Wasser gefüllt ein und liessen denselben die ganze Nacht hindurch liegen. Die Schwangere empfand darnach leichte ziehende Schmerzen im Kreuz. Am folgenden Tage wurde der Colpeurynter in grösserer Spannung erhalten, worauf der Uterus anfing, sich leise zusammenzuziehen und fortwährend Drang zum Uriniren eintrat. Nach Entfernung des Colpeurynter am Morgen des 24. December zeigte sich, dass derselbe einen kleinen Leck bekommen hatte, wo das Wasser aussickerte. Die Untersuchung zeigte jezt, dass der Mutter-

### der K. S. ohir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 451

hals bis auf eine kleine Wulst verstrichen und weicher und der Muttermund so weit geöffnet war, dass er die Fingerspitze aufnahm. Es wurden nunmehr die Douchen wiederholt; jedoch wollte es an den folgenden Tagen immer noch nicht recht gelingen, die Geburt hierdurch in vollen Gang zu bringen. Erst am 27. December früh traten kräftige Wehen ein, die den Muttermund vollkommen erweiterten. Die Blase stand jetzt springfertig, der Schädel der Frucht noch immer hoch über dem Beckeneingange, die Herztöne blieben unverändert. Da wegen Zähigkeit der Eihäute der Blasensprung zu lange zögerte und die Wehen nachzulassen anfingen, wurde die Blase künstlich gesprengt und die Uterindouche von Neuem in Anwendung gebracht. Der Wiedereintritt kräftiger Wehen konnte jedoch nicht erzielt werden. Da nun die Herztöne der Frucht schwächer zu werden anfingen, auch bei der Gebärenden die ersten Symptome fieberhafter Aufregung sich zeigten und mittlerweile der vorliegende Kindeskopf fassbar für die Zange geworden war. wurde die Naegele'sche Zange angelegt. Die Tractionen erforderten aber noch beträchtliche Anstrengung, so dass erst nach & Stunden die Extraction gelang. Das Geborne war ein todter Knabe, 18 Zoll lang, 6 Pfd. schwer, in seiner Entwickelung bereits zu weit gediehen. Schon am folgenden Tage kündigte sich eine Peritonitis an, zu der sich sehr bald die Symptome von Metrophlebitis gesellten, weloher die Kranke am 13. Januar erlag. Die Section ergab an der Innenfläche beider Stirnbeine und an den Scheitelbeinen ein blassrothes grösstentheils abzulösendes Osteophyt, die Hirnhaute blutarm, zum Theil serös unterlaufen, Hirnsubstanz blutarm, ziemlich weich; in der linken Brusthöhle eine geringe Menge bräunlichen, serösen Exsudates, die linke Lunge am obern Lappen lufthaltig, sehr ödematös, blutarm, der untere Lappen an der hintern Fläche mit zahlreichen Ekchymosen besetzt, an der Peripherie mehrere bis erbsengrosse, runde, gelbe verschrumpfte Stellen, in deren Umgebung die Pleura mit einem lockern Exsudat überkleidet war. Unter diesen Stellen fanden sich erbsen- bis kirschkorngrosse, mit gelblichem Eiter gefüllte Höhlen, in deren Umgebung eine sehr dünne, dunkelrothe, luftleere

29\*

## 452 XXXIII. Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

Schicht. Binige gleiche Abscesse in der Tiefe der Substanz; das übrige Gewebe des Lappens enorm ödematös, sehr blutreich. Die rechte Lunge im obern Lappen blutarm, ödematös, ebenso der mittlere Lappen; der untere Lappen dagegen ziemlich blutreich, ödematös, zeigte einige kleine, eitrig zerflossene Infiltrate. Im Herzbeutel eine ziemliche Menge klares Serum, das Herz von normaler Grösse, schlaffer, blasser Muskulatur, dünnflüssiges Blut enthaltend. Aortentaschen an der Aussenfläche mit einigen knotigen Verdickungen besetzt und in den Winkeln verwachsen. Leber schlaff, von normaler Grösse, mit mehreren Einkerbungen und Narbengewebe. Auf der Oberfläche des linken Lappens fand sich eine leicht erhabene, scharf umschriebene, etwa kirschkorngrosse gelbe, harte Geschwulst, welche auf dem Durchschnitte in einer fasrigen Kapsel eine gallertartige Membran und reichliche feste Kalkmasse zeigte (verkalkter Echinococcus); Milz vergrössert, sehr schlaff, am vordern Rande eine haselnussgrosse, auf dem Durchschnitt dunkelrothe, derbe Stelle, am hintern Rande ein bohnengrosser, gelber, derber, käsiger Knoten von Narbengewebe eingehüllt. Die Nieren schlaff und blass. Der Uterus von der Grösse einer starken Mannesfaust, aus dem Durchschnitt seiner Wandungen dringt aus allen Gefässen theils gelber Eiter, theils schmutzig graue Jauche heraus, ebenso erscheint die innere Fläche jauchig, während die darunter liegende Substanz noch ziemlich gut erhalten ist. Die Scheidenwand mit schmutzig-grauem, festansitzendem Exsudat belegt, die Substanz darunter theils schiefergrau, theils dunkelroth injicirt, das umgebende Zellgewebe eitrig infiltrirt. Die Ovarien ziemlich gross, schlaff, ödematös, die Tuben normal. Die Conjugata im Leichnam gemessen genau 214" Par. Maass.

### Anomalien des Wochenbettes.

Von 295 Wöchnerinnen erkrankten in diesem Jahre 47 theils an leichteren, theils an schwereren Formen des Puerperalfiebers, wovon 35 genasen, 12 aber an Metrophlebitis und Peritonitis puerp. starben. Schwere Erkrankungen mit tödtlichem Ausgange kamen bei Weitem häufiger in der

## der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J 1853. 453

ersten Hälfte des Jahres vor, in den Winter- und ersten Frühlingsmonaten, nämlich 9. Bei der jährlichen Renovation der Anstalt im Monat Juli wurden daher noch einmal sämmtliche Zimmer, der Geburtssaal nicht ausgenommen, 36 bis 48 Stunden lang einer Temperatur von + 60-70 • R. ausgesetzt und darauf eine vollkommnere Ventilation der Anstalt eingerichtet. Letztere suchten wir dadurch zu erreichen, dass in sämmtlichen Zimmern über den Fenstern, in jedem Zimmer 2-3 ineinandergeschobene Trichter von Zink, die an der engsten Stelle einen Durchmesser von 6 Zollen haben und mit einem Drahtgitter, so wie mit Deckeln versehen sind, so dass diese Ventilatoren nach Bedürfniss geöffnet und geschlossen werden können, eingebracht wurden. Hierdurch bewirkten wir, da diese Ventilatoren nur selten, z. B. in sehr kalten Winternächten und bei stürmischem Regenwetter geschlossen wurden, eine fortwährende Luftströmung in der obern Hälfte der Zimmer und dadurch eine beständige Lufterneuerung. Wirklich schien dieses neueingerichtete Ventilationssystem sich zu bewähren, da seitdem bis zu Ende des Jahres nur 3 tödtliche Fälle von Puerperalfieber vorkamen. Der Charakter der Krankheit war im Ganzen derselbe, wie im vorigen Jahre, nur war Peritonitis häufiger als Metrophlebitis, und die Diarrhöen, welche im vorigen Jahre die Endocolpitis und Endometritis stets begleiteten, wurden seltener. Die in unsern früheren Jahresberichten ausführlich angegebene Therapie wurde auch in diesem Jahre noch am zweckmässigsten befunden.

Besondere Erwähnung verdient eine Vesania puerperalis, welche im Anfang des Monats Juli bei einem 28jährigen Dienstmädchen beobachtet wurde, welches nach raschem Geburtsverlauf ein lebendes, ausgetragenes Kind geboren hatte. Das Wochenbett verlief ohne alle Störung bis zum 9ten Tage, wo ganz plötzlich ein heftiger, mehrstündiger Frost eintrat, welchem reichlicher Schweiss und ein starker Congestivzustand nach dem Gehirn folgte. Es wurden deshalb kalte Fomentationen auf den Kopf gemacht und innerlich das Calomel zweistündlich zu gran verordnet. In der folgenden Nacht wurde die Wöchnerin sehrunruhig, fing an zu deliriren, lies Stuhl- und Harnauslee-

## 454 XXXIII. Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbild.-Instit.

rung unter sich gehen, der Puls war klein, zählte 110 Schläge, die Haut wurde trocken und heiss, die Milch sehr vermindert, der Wochenfluss übelriechend. Wir wendeten deshalb Essigwaschungen und Einspritzungen von Cicutaaufguss an. Die Kranke lag so mit aufwärtsgerichteten Augäpfeln in halbwachem Zustande 2 Tage lang da und beantwortete die an sie gerichteten Fragen zwar richtig, aber sehr langsam und in dehnender Sprache. Bei der fortwährenden Neigung der Haut zur Trockenheit wurde jetzt ein Infus. rad. Ipecac. (gr. x auf 3v Colat.) gereicht. Nachdem so sich reichliche Hautthätigkeit wieder eingestellt hatte, wurde der Puls wieder ruhig, der Kopf frei und die Milchabsonderung nahm wieder zu, so dass die Wöchnerin am 17. Juli mit ihrem Kinde vollkommen gesund entlassen werden konnte.

Ausser den genannten puerperalen Erkrankungen kamen noch folgende bemerkenswerthere Fälle zur Beobachtung:

Eine Hypertrophie des Herzens, Degeneration der Klappen, Bright'sche Nierenkrankheit und Lungenödem. Ein 23 jähriges Dienstmädchen von kachectischem Aussehen kam als Erstgebärende in die Anstalt, Sie fühlte sich ausserordentlich matt und kurzathmig und die Untersuchung ergab, dass die Schwangerschaft erst bis zum 7ten Monate vorgerückt, dabei aber der Muttermund schon völlig erweitert war. Kurz darauf wurde ein 14" langer und 3 Pfd. schwerer todter Knabe geboren, welchem auch alsbald die Nachgeburt folgte. Statt dass die Entleerung des Uterus Erleichterung der Orthopnoe gebracht hätte, nahm diese nach der Entbindung auffallend zu, der Puls wurde sehr frequent und klein, die Haut kühl und so erfolgte schon nach 18 Stunden der Tod. - Sectionsbefund: In beiden Pleurahöhlen ungefähr 12 Unzen seröse Plüssigkeit, beide Lungen ödematös, mit der Pleura costalis verwachsen; die Valvul. tricuspid. verschrumpft und mit plastisch-eitrigem Exsudat überzogen, ebenso die Valv-mitralis mit eitrigem Exsudat bedeckt; in der Bauchhöhle eine geringe Menge blassgelbes, seroses Exsudat, die Milz mürbe, der Ueberzug beider Nieren leicht abstreifbar, die Nieren-

### der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 455

substanz mit zahlreichen Ecchymosen durchsetzt, übrigens derb und blass; Uterus, Ovarien und Tuben normal.

Intensive Magencatarrhe beobachteten wir in 2 Fällen. Die Kranken klagten über Appetitlosigkeit, Uebelkeit und Neigung zum Erbrechen, die Zunge zeigte einen dicken, weissgelblichen Beleg, der Puls war ziemlich frequent, Durst sehr vermehrt, Haut trocken. Veranlassende Momente waren ein Mal ein Diätfehler, in dem andern Falle ein heftiger Aerger. Brechmittel, bestehend aus blossem Ipecacuanhapulver, und nachdem deren Wirkung vorüber war, eine Kalisaturation beseitigten sehr schnell alle krankhaften Zufälle.

Intestinalcatarrhe wichen häufig dem, blossen Gebrauche von schleimigen Getränken und der Bettwärme, wo aber diese nicht hinreichten, wurden die Diarrhöen durch kleine Gaben der Ipecac. (‡ Gr. pro Dose) in Verbindung mit Opium (‡ Gran) und Pulv. gummos. immer sehr schnell gehoben.

Rheumatische Affectionen im Wochenbette erforderten in mehreren Fällen wiederholte Application von Senfteigen und Flanelleinwickelungen.

Endlich gedenken wir noch eines Falles von sogen. Wehenversetzung (Dolores aberrantes post partum), einer Erscheinung, welche bekanntlich auf Nervenreflex beruht. Die Wöchnerin klagte hier in den ersten Tagen nach der Geburt über periodisch auftretende, einige Minuten anhaltende und dann vollkommen intermittirende heftige Schmerzen in beiden Schenkeln, von solcher Intensität, dass sie dabei jedes Mal laut aufschrie. Objectiv liess sich an den Schenkeln auch nicht die geringste Veränderung wahrnehmen. Nach dem Nachlass dieser Schenkelschmerzen traten dann sehr schmerzhafte Contractionen des Uterus (Nachwehen) ein.

# Anomalien der Neugeborenen.

Wenn wir puerperalkranke Wöchnerinnen hatten, erkrankten in der Regel auch deren Kinder, und so starben an Gastritis und Enteritis 4, an Pyaemie und Blutzersetzung 1, an Meningitis 1 und an Atrophie

### 456 XXXIII. Dr. Grenser, XXXIX. Jahresb. d. Entbind.-Instit.

und Lebensschwäche 9, in Summa: 15. Ausserdem litten an Ophthalmie der Neugeborenen 20, an Entzündung der Brüstchen 4, an intensivem Icterus 2, an Pemphigus 4 und an Aphthen 3. Zwei Fälle von Ophthalmie zeigten sich so bösärtig, dass die gewöhnliche Behandlung mit Argent. nitr. u. s. w. (s. unsere früheren Jahresberichte) ganz erfolglos blieb und leider in dem einen Falle Perforation der Cornea mit nachfolgendem Schwund des Bulbus auf beiden Augen, in dem andern starke Trübung und Maculabildung eintrat. — Von Monstrositäten kamen 1 Hypospadiaeus und 1 Hemicephalus vor.

Geburtshülflichen Unterricht ertheilten wir 29 Studirenden und 54 Lehrtöchtern.

				-
1853.	Inscri- birt		59 29	29 54
	E - R - C obsorbund			5
	Besondere Bemerkungen.		Zwil- linge. Zwil- linge. Zwil- linge.	
	Bestand ult. Desemb. 1853.		5 Schwangere u. 5 Wöchner.	10
	ip de	Restorbes		
r d	bgegangen sind: Wöch- Schwan- nerinn. gere	wegen andrer Verhältn.	8 1 1 7 7 1 1 1 8	4
Tabellarische Uebersicht der Ereignisse in dem Königl. Sächs. Enthindungs-Institute zu Dresden im Jahre 1853.		wogen Krankheil		8
		Cestorben	8-88	15
	hgegai Wcch- nerinn.	u plelepes		-
	Abgegangen sind: Wöch-  Schwan- nerinn. gere	yunsa.	2191531988	8
	-	Cestorben - 2	N	15
	hà r	Certorben	N-MAN MANNA	12
	Geschlecht der Kinder.	nikdchen	20041200425000 0041200	2 163 135 21 15 290 1 15
		aşşaş	10 11 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12	[63]
	Kinder wurden geboren im Allgemeinen in folgenden Lagen: [Künsü.Entbindungen:	Rachgebartsoperstionen		ন
		Mindosteelek		
		Accouchem. provoque		
		Accouchement forcé		÷.
		Perforation	<u>┝╶┼╶┼╶╈╼╏╶┼╺┼╸╁╴┧╴╁╶╁╶</u> ┥╸┥	T
		Extraction a. d. Fårsen	<u>┤┿╅╁╬╁┽</u> ┿┿╏╏╏┼╴	-
		SunpueA	│- <del>╎╼┝╎╡</del> ┷┼╷┯┝┼┼┼─│	n
		Zungenoperation		ž
		Unbestimmt		3
		Querisgen	<b>╶┼</b> ╈╅┼ <b>┯</b> ┰┎┳╎┰╬╆╸	ŝ
		uoZursng		3
		Kniclagon		금
		Steisslagen	1 1 4 4 4 1 4 4 4 4 1 1	6
		Gesichtslagen		T
		achidelisgen	2206649993885	295276
	urten.	Zabl der Geb	22082382399388922 580838859938892	585
	renden.			
	Zahl der aufgenommenen Gehwargeren und Gebä-		2828232828282	301
	.\$\$81.9 <del>9</del> 0	Bestand am 31. 1	6 Bebwangere u. 15 Wöchner.	21
6	Monat.		Januar Februar Märs April Mai Juli August Beptember November December	Summa :

der K. S. chir.-med. Akademie zu Dresden im J. 1853. 457

.

# XXXIV.

## Notizen aus der Journal-Literatur.

Nöggerath, Geburtshinderniss in Folge von Leber-Carcinom bei einem Neugeborenen.

Der Fall betrifft eine Zweitgebärende, gesund und gut gebaut, welche eine rasche und regelmässige erste Entbindung glücklich überstanden hatte und in der sweiten Geburt während 9 Stunden von einer Hebamme beobachtet wurde, als Verf. hinzukam. Bei guten Beckenverhältnissen und kräftigen Weben war der in erster Schädellage vorliegende nicht grosse Kopf, an welchem sich eine platte, breite, teigige Kopfgeschwulst befand, gleich Anfangs bis in die Beckenenge rasch vorgerückt, stand aber hier fest, ohne den ferneren guten Wehen nachzugeben. Die Ausdehnung des Bauches war sehr bedeutend, obgleich die Untersuchung nur eine geringe Wassermenge wahrnehmen liess. Der Herzschlag fehlte, ebenso die Kindesbewegungen, welche schon seit 8-10 Tagen von der Mutter nicht mehr gefühlt worden waren, der Tod des Kindes seit mehreren Tagen war also anzunehmen, wofür auch die Beschaffenheit der Kopfgeschwulst sprach. Da nach 11stündigem Warten bei guten Wehen nur eine sehr geringe Veränderung des Kopfstandes eingetreten war und die Kräfte der Frau zu Ende gingen, so wurde die Zange leicht angelegt, aber trots unterstützender Wehen und eines nachgiebigen Dammes bedurfte die Förderung und Geburt des Kopfes doch grosser Kraftanstreugung. Wasser floss nicht ab. Obgleich die Schultern im geraden Durchmesser des Beckenausganges standen, so vergingen 5 Minuten, ohne dass dieselben vorkamen, und erst nach sehr kräftigen Zögen mit den hakenförmig in die Achselhöhlen eingesetsten Fingern wurden die Schultern und auch der Bauch langsam und schwer entwickelt; wonach die unteren Extremitäten und die Placenta schnell folgten. Das völlig ausgetragene Kind war todt und schon theilweise in Fäulniss übergegangen. Die Hauptmasse desselben bildete der um das Vierfache vergrösserte Bauch. Das Kind wog 84 Pfund und war 17" lang. Die Weichtheile waren sehr infiktrirt, von seröser Flüssigkeit. Nach Eröffnung der Bauchböhle zeigte sich eine hochrothe fleischige Masse, welche vom Schwerdtfortsatze

bis zur Symphyse der Sabamheine und seitlich von einer Spina ilei ant. sup. zur anderen reichte, wodurch alle Unterleibs-Eingeweide bedeckt wurden. Es war die so vergrösserte Leber. Dieselbe wog 21 Pfund, war 81/ breit, 6" hoch und 3" dick. Ueber die sonst glatte, weiss und fleischroth marmorirt erscheinende Oberfläche traten mehrere der weissen Stellen als erbsengrosse Knötchen hervor mit einem nabelförmigen Eindruck und dunklerer, röthlicher Färbung, welche sich durch das Gefühl in der Lebersubstanz auch erkennen liessen. Die Leber war gleichmässig vergrössert, das normale Parenchym inselartig noch erhalten, grösstentheils aber von einer heterogenen Masse ersetzt, bestehend in kleineren und grösseren Lappen, mit derber Peripherie und weichem Centrum, aus denen auf Druck ein milchiger, mit Blut vermischter Saft ausfloss. Das Mikroskop zeigte die Bestandtheile des Carcinom deutlich, obgleich geschwänzte Zellen nicht zu seben waren. Die Organe des übrigen Körpers waren normal; das Herz schien etwas hypertrophisch. - Es bietet so wenig der fortwährend gesunde Körper der Mutter wie der ganz regelmässige und ungetrübte Verlauf der Schwangerschaft ein aetiologisches Moment für den Ursprung dieses Afterproductes, und Vf. glaubt, dass dieser Fall gewissermassen ein Unicum sei.

(Deutsche Klinik 1854. Nr. 44.)

#### Bühring: Ueber Tannin als blutstillendes Mittel.

Verf. hat bei verschiedenen sehr bedeutenden Operationen das Tannin als Haemostaticum angewandt und ist so überrascht und befriedigt von seiner Wirkung, dass er es den besten der bisher bekannten blutstillenden Mittel zur Seite stellt, ja vorzieht. Es wirkt dynamisch, indem es die vitalen Contractionen erregt, chemisch durch seine Eigenschaft in seiner Vermischung mit dem Blute augenblicklich ein festes Coagulum su bilden und endlich mechanisch physicalisch dadurch, dass es bei seiner Auflösung eine stark klebende, sich den Wundflächen fest anbängende Masse darstellt, ähnlich einer alcoholischen Colophonium-Anflögung. Es bereitet während der Application durchaus keine: Schmerzen oder Reizung, scheint im Gegentbeil jede entzündliche Reaction auszuschliessen und den Heilprocess zu beschleunigen.

B. streut das Tannin auf einen weichen Schwamm und drückt diesen auf die blutende Stelle. Bei Blutungen aus Höhlen wird. der Schwamm an einen Stiel befestigt. So übertrifft seine Wirkung bei weitem die des Glübeisens. (Allg. med. Centr.-Zeit. 1854. Nr. 86.)

(Ref. sieht auch für die geburtshülfliche und gynäkologische Praxis in diesem Mittel ein willkommenes Antihaemorrhagicum und glaubt es der vielfältigsten Prüfung empfehlen zu müssen.)

#### Reiche: Ueber Exstirpation des Uterus.

1) Die totale Exstirpation. Obgleich diese Operation eine sehr gefahrvolle ist und dieselbe auch vom Verf. 7 Mal mit unglücklichem Erfolge unternommen wurde, so hält Verf. sie doch in geeigneten Fällen für nothwendig. - Indicirt ist die Operation nur beim Krebs der Gebärmutter. Sie fällt daher immer in die Zeit der Decrepidität, während in den jüngeren Jahren mehr Fungus meclullaris angetroffen wird, der jede Operation überflüssig macht. Aber auch beim Krebs ist die Operation contraindicirt. sobald andere Organe, entfernte oder nahe, gleichseitig mit ergriffen sind; ausserdem wenn sich der Krebs nur auf die Vaginal-Portion beschränkt, in welchem Falle 2) die partielle Exstirpation gemacht werden muss, welche beim scirrhösen oder carcinomatösen Uterus immer angezeigt ist, sobald die Entartung nicht bis zum Corpus. uteri gedrungen ist. Die Operation ist eine gefahrlose und wenn sie auch nicht vor Recidiven schützt, so erleichtert sie doch die Kranken für mehrere Jahre.

Die Operationsmethode und der Instrumenten - Apparat sind ausführlich angegeben.

(Deutsche Klinik. 1854. Nr. 43.)

E. Martin in Jena: Ueber die mit jeder Geburtswehe steigende und fallende Puls-Erregung.

Der von Hohl nachgewiesenen Erscheinung, dass das Uterin-Geräusch in Stärke, Frequens und Dauer dem Typus jeder Geburtswebe folge, hat der Verf. neuerdings seine Aufmerksamkeit sugewendet. Er glaubt bei Forschung nach der Ursache dieses Phänomens unterscheiden zu müssen 1) die Ursache der regelmässig zu- und abnehmenden Frequens des Gebärmuttergeräusches, und 2) die Ursache der eigenthümlichen singenden und kreischenden Töne, welche die Uterinpulsation während der Webe begleiten.

- Betreffend die erste Frage, so ist eine gesteigerte Hersaction

als Basis ansunehmen, denn hierfür seugt die an jeder dem Gefühl sugänglichen Arterie während der Wehe fühlbare Veränderung des Pulses. Der Puls einer Kreissenden, der vor der Geburt in is 5 Secunden 5-6 Schläge hatte, steigt im Beginn der Webe auf 7. 8. 9. und fällt allmälig mit dem Nachlassen der Webe, ohngefähr in folgendem Verhältnisse 556777887888,7765. Hat die Arbeit etwas gedauert, so ist auch während der Wehenpause die Frequenz grösser, so dass in der 3. und 4. Geburtsperiode während der Pausen noch immer 8-9 Schläge zu sählen sind. Diese Vermehrung der Frequenz ist verhältnissmässig auch während der Wehe zu sehen, so dass die Wehen mit 7. 8. beginnen, mit 13. 14. auf der Höhe sind und mit 8. 7. ruhen. Sehr viele solcher übereinstimmenden Beobachtungen liegen dem Verf. vor. Das bisher nicht bekannte Zusammenwirken sweier gans getrennter Organe int als neues Beispiel für die Synergie des Sympathicus, für die Physiologie im Allgemeinen als für die Geburtsbülfe besondere wichtig, welche daraus gewinnt 1) einen neuen Gesichtspunkt für das Zustandekommen der Wehen; 2) ein neues objectives Phänomen, den Eintritt, die Dauer und Stärke der Wehen im einzelnen Falle zu beurtheilen; 3) ein neues Kennzeichen für die Entdeckung gewisser Wehenfehler.

Von den physiologischen Bedingungen, unter welchen die Wehen zu Stande kommen, ist für diesen innigen Consensus swischen Herz und Gebärmutter besonders der Antheil des Nervenund Gefässsystems an den Wehen in Betracht zu ziehen. Der letztere documentirt sich durch die mit den ersten Zeichen der beginnenden Wehe sich steigernde Herz-Action und durch die in allen zugänglichen Arterien fühlbare Pulsfrequenz, welche sich gleichseitig mit dem Uteringeräusch beim Wachsen der Wehe mehrt. Das Uteringeräusch wird dabei lauter, ja kreischend, pfeifend, -welche Erscheinung der Verf. von Spannung und faltiger Hervortreibung der Gefässwandung herleiten zu müssen glaubt -; es verschwindet aber auf der Acme der Wehe, während der Pals fühlbar bleibt und erscheint erst wieder mit der Abnahme der Webe. von wo er dann bis sum Aufhören mit dem Pulse alimälig an Frequens und Klang verliert. Desgleichen werden Hersthätigkeit und Pulsfrequens entsprechend der Dauer der Geburt vermehrt.

Vermittelst eines Nervencentrums, wohin die die Wehe veranlassende Reizung geführt und von wo die Hers- und Uterinfasern sugleich movirt werden, muss diese Zusammenwirkung genannter Organe zu Stande kommen; dafür spricht auch der Umstand, dass die Wehen periodisch mit bei immer kürserer Zwischenzeit sich steigernder Stäske auftreten. Dies Centrum gehört nicht dem Ce-

rebrospinal-System an, weil der Mutterhals allein nur wenige spinale Fasern hat, weil ferner der Wille der Frauen ohne Einfluss auf die Contractionen des Uterus ist und weil endlich Erregungen des Cerebrospinalsystems, welche durch den Vagus auf das Herz übertragen werden, eine Verlangsamung der Herzthätigkeit bewirken, während das Entgegengesetzte bei den Wehen stattfindet.

Dass aber dies Centrum im Bereiche des Sympathicus liegt, dafür spricht die alkmälige Steigerung der Wehen- und Pulsfrequenz, da, entsprechend den Hyperaemien in den betreffenden Or ganen die Erregbarkeit der sympathischen Fasern gesteigert wird.

Der Nutzen für die geburtshülfliche Praxis besteht darin, dass man die wahren von falschen, verheimlichten oder simulirten Wehen unterscheiden und aus der Beobachtung der allmälig im Geburtsverlauf steigenden Pulsfrequenz das Ende der Geburt berechnen kann. Endlich lassen sich auch die krankbaften Wehen beurtheilen und es bietet dieses Phänomen einen neuen positiven, der physicalischen Richtung der Medicin entsprechenden Anbaltspunkt, die häufigen Geburtsstörungen genauer zu bestimmen und su behandeln. Verf. verlangt noch längere, genauere Beobachtungen, wosu er die Geburtsbelfer auffordert, um diese Frage zum Abschluss zu bringen.

(Archiv für physiol. Heilkunde v. Vierordt, Jahrg. XIII. Hít. 3. S. 369. 1854.)

Mauer: Ueber die während der Geburtsweben regelmässig steigende und fallende Pulsfrequenz.

Diese Arbeit bietet eine aus genauen Beobachtungen bei 100 Geburten entnommene Bestätigung der vom Prof. Dr. Martin angeregten Erscheinung des innigen Consensus swischen Hers und Uterus während der Geburtswehe. Es wurden innerhalb 5 Minuten die Pulsschläge der Radial- und Cruralarterie und der Carotis an der Kreissenden während einer Wehe gezählt und so während after 5 Geburtsperioden verfahren.

Es ergiebt sich:

A. für die Frequenz des Pulses, welche in allen Geburtsperioden während jeder Wehe in einer gewissen Folge steigt und fällt. 1) Hinsichtlich der Zahl der Schläge: Für die 1ste Geburtsperiode innerhalb je 5 Secunden Vermehrung um 1-2 Schläge; in der 2ten um 7-12; in der 3ten und 4ten ist die Frequenz noch bedeutender; in der 5ten höchstens nur um 2-3 Schläge, ähnlich wie in der ersten. 2) Betreffend die Dauer der Pulsfrequens: Die

Dauer des Steigens und Fallens der Pulpfrequenz steht im geraten Verhältniss mit der Intenzität der Wehe. In der 1sten Periode obngeführ eine Dauer des Steigens und Fallens von 1 Minute ; in der 2 von 1-11 M.; in der 3. von 11 --- 2 M.; am läugesten in der 4. Periode. 3) Betreffend die Pulsfrequens in der Wehenpause, so steigt sie in ähnlichen Verhältnissen; nur in der 5ten Periode ist sie am stärksten. 4) Die Dauer der Wehenpause selbst steht mit der Dauer des Steigens und Fallens der Pulsfrequenz in umgekehrtem Verhältnisse. Die Pause wird mit dem Vorrücken der Geburt kürzer. 5) Bei Wehenschwäche, Krampfwehen oder sonstigen fehlerhaften Weben findet ein so regelmässiges Verhältniss nicht statt. 6) Schreien und Weinen der Kreissenden haben keinen besonderen 7) Excitantia, wie Ipecacuanha, Sinapismen, Wärme, Einflum. steigern die Pulsfrequenz in der Wehenpause; Secale cornutum auch während der Webe. Bei Chloroform bleibt die Pulsfrequenz sich immer gleich. 8) Je regelmässiger die Pulsfrequenz mit der Wehe zu- und abnimmt, um so wirksamer sind die Wehen.

B. für die Stärke des Pulsschlages. Es wird meist ein Schwächerwerden bis zum Minimum, wie in der 4ten Periode hänfig, während der Wehe beobachtet. Verf. bevorwortet, dass viele Varianten in diesem regelmässigen Verlauf je nach der Individualität und Geburtsdauer beobachtet wurden. Als Grund für die besprochene Erscheinung können angenommen werden: 1) Muskelbewegung. Es spricht dagegen die Erfahrung, dass die Reizung des Vagus wie überhaupt des Rückenmarkes die Hersthätigkeit verlangsame. Wahrscheinlich wird die Frequenzsteigerung durch die aus den Muskelbewegungen hervorgehende Wärme bewirkt. Doch ist dagegen das rhythmische und schnelle Steigen während einer Wehe, und dies schon im Anfang der Geburt, anzuführen, wo die Wehen noch nicht so grosser Kraftanstrengung bedürfen. 2) Gesteigerter Respirationsprocess. Die hierdurch allerdings gesteigert werdende Pulsfrequenz ist nicht mit dem rhythmischen Fallen und Steigen während der Wehe zu verwechseln; auch sieht man während der Druckwehen in der 3ten und 4ten Periode, wo die Respirationsthätigkeit beeinträchtigt ist, die zunehmende Frequenz. 3) Directe Reizung durch das Blut. Eine solche directe Reizung des Herzens durch das Blut unter verschiedenen Verhältnissen ist swar mög. lich, aber es ist kein Grund vorhanden zu einer so eigenthümlichen Weise des Steigens oder Fallens; auch müsste die Steigerang erst nach der Acme der Wehe eintreten, und sie tritt mit dem Beginn ein. 4) Endlich die Erregung der Nervencentren, die auf die Hersbewegung Einfluss haben. Nach Betrachtung der Reflezions-Erscheinungen in den verschiedenen Nervenbahnen, in so

fern sie auf den qu. Vorgang Bezug haben können, bleibt Nichts weiter übrig anzunehmen, als dass die genannte Erscheinung auf einer Weiterverbreitung einer Erregung im sympathischen System beruhe, welche Annahme durch die Auführung der Ansichten von Henle, Weber, Valentin, Brachet, M. Hall, Volkmans belegt wird.

(Archiv f. physiolog. Heilkunde von Vierordt. XIII. Jahrg. III. Heft. 8, 377, 1854.)

#### Hecker: Temperatur-Beobachtungen bei Wöchnerinnen.

Verf. hat einen Theil seines Materials in der Königl. Gebär-Anstalt zu Berlin dazu verwendet, um nach dem Vorbikde von Gierse, von Bärensprung, Traube, jedoch in ausgedehnterem Maasse, die Veränderungen su beobachten, welche das Thermometer in verschiedenen Stadien und Zuständen des Wochenbettes, des normalen wie des gestörten, erleidet. Die Beobachtungen erstrecken sich namentlich auf die Temperatur gleich nach der Geburt, auf die im normalen Wochenbette und auf die bei Puerperal-Erkrankungen. Vorsüglich ist dem Stadium der Milchsecretion Rechnung getragen.

Angefügte Temperatur-Curven, die nach genau geführten Tabellen entworfen sind, geben einen fasslichen Ueberblick über den Wechsel des Thermometerstandes in einselnen Fällen. Es sind drei Thermometer benutzt, ein Normal-Thermometer von Greiner mit Scala von Resumur und  $r_{10}$  Grad Theilung; ein Instrument nach Colsius in  $r_{10}$  und ein desgleichen in  $\frac{1}{2}$  Grad getbeilt, welche genau controlirt keine wesentliche Differens darboten. Als Wärmequelle wurde die Vagina gleich nach der Geburt, su den regelmässigen Messungen aber die sugänglichere Achselhöhle benutzt. Die Messungen wurden vom Verf. selbst vorgenommen. Genaue Messungen im Wochenbette zu machen, ist sehr schwer, weil sich hier so manche Störungen geltend machen, s. B. gestörte Nachtrube, Gemüthsalterationen u. s. w., und den Werth kleiner Temperaturunterschiede herabsetzen.

Zur Ermittelung der Temperatur gleich nach der Geburt wurden 35 Fälle notirt, wobei gleich nach Ausstossung der Placenta das Thermometer in die Vagina eingeführt wurde- Die darüber geführte Tabelle ergiebt, dass in vielen Fällen eine nicht unerhebliche Zunahme der Körperwärme erzeugt wird, deren Bedingungen aber weder in der Dauer der Geburt im Ganzen su suchen sind, denn es betrug unter anderen die Temperatur bei einer Geburtsdauer von 25 Stunden nur 37°, während bei einer Dauer von

44 Stunden 38,9° gezählt wurden; noch in dem hervorragenden Aufwand von Muskelkraft, welche die Austreibungs-Periode fordert, da sowohl nach einer  $\frac{1}{2}$  als 2 $\frac{1}{2}$  Stdn. dauernden nur 37,5° waren und wieder bei andern von nur  $\frac{1}{2}$  stündiger Dauer 38,9°.

Verf. hält es für nöthig, dass mehrere hierher gehörige Fragen durch Beobachtungen in grösseren Gebärhäusern gelöst werden z. B. inwiefern die resistenteren weichen Geburtstheile der Erstgebärenden oder dié durch vorausgegangene Geburten mehr nachgiebigen auf die Warmeveränderungen influiren; in werder Weise ferner Constitution und die Rückwirkungen der Wehen auf-den Gesammtorganismus sich verhalten. Auf die Intensität und schnelle Aufeinanderfolge der Wehen legt Verf. Gewicht. Derselbe beantwortet die von ihm provocirte Frage, ob wohl die Vagina gleich nach der Geburt einen treuen Abdruck für die allgemeine Körperwärme abgeben könne, da die Geschlechtsorgane durch den Geburtsact nur allein könnten in der Temperatur gesteigert sein, dahin, dass seine vergleichenden Messungen in der Vagina und Achselhöble gleich nach der Geburt eine vollständige Uebereinstimmung im Thermometerstande geliefert hätten.

Zur Bestimmung der Temperatur im normalen Wochenbetté verwehrtete H. 63 Fälle. Die Frage, ob ein Sinken der Temperatur nach der Geburt und wann statt habe, liess sich dahin beantworten, dass eine Abnahme der Wärme gleich nach der Geburt im Durchschnitt angenommen werden müsse, — (wenn auch in einzelnen der vorliegenden] Fälle! Steigerungen vorkamen) —, dass diese Abnahme sich um so bemerkbarer zeige, je höher die Temperatur nach der Geburt gewesen sei und dass endlich das Temperatur-Minimum circa 24 Stunden nach der Geburt auftrete.

Von hier an steigerte sich bei mehr als 70% die Temperatur, welche Steigerung man als einen mit dem Vorgange des Wochenbettes in Verbindung stebenden physiologischen Act ansehen muss, wenngleich unter der Gesammtzahl der Beobachtungen in mehreren Fällen fast gar keine Schwaukungen sich zeigten. Verf., sich bewusst, dass in Gebärhäusern vielfache Störungen den normalen Verlauf des Wochenbetts trüben, Störungen, die abnorme Temperatursteigerungen hervorrufen können, hat sehr genau sein Material gesichtet.

Die Temperatur steigt in manchen Fällen bedeutend, zuweilen bis zu 33° über den normalen Thermometerstand. Die Frequenz des Pulses steht im Allgemeinen im geraden Verhältnisse zu der Wärme-Erhöhung. Bei den vielen Schwankungen der Pulsbeschaffenheit im Wochenbette will Verf. dieser Pulsfrequenz der Temperatur gegenüber nur einen bedingten Werth beilegen.

Monaisschr, f. Geburisk, 1854. Bd. IV, Hft. 6.

30

I**r.** 

be Niete

BODE H

1 System

ÁCO 10

17 mil

Jake

15ea

10

F

ķ

Die Beschaffenheit der Brustdrüsen stand in keinem constanten Verhältnisse sur Wärme-Vermehrung. Es wurde Steigerung der letsteren nicht blos bei straffen, schmershaft angeschwollenen turgescirenden Brüsten wahrgenommen, sondern auch bei normaler und bei schlaffer Beschaffenheit derselben. Die vermehrte Milchsecretion scheint diesem nach die Wärme nicht allein su erhöhen, sondern es liegt der Grund dasu auch in dem Vorgange der Umbildung des Blutes in Milch.

Der Grammtorganismus reagirt immer durch Frost, Schweiss, Hitze, sobald die höheren Grade- der Temperatursteigerung eingetreten, - nach der Tabelle von 39,2º an. - Bei einem geringeren Mehr über den normalen Stand des Thermometers seigen sich keine allgemeinen Erscheinungen, so dass der Verfasser bei der Unsuverlässigkeit des Pulses geneigt ist, die erste Categorie des Milchfiebers pur durch das Thermometer bestimmen zu lassen, während das stärker auftreteude sich durch deutlichere Symptome zu erkonnen giebt. Verf. bemerkt aber ausdrücklich, dass, um die geringeren Wärmesteigerungen als Ausdruck des Milchfiebers auffassen zu können, man überzeugt sein müsse, dass keine andern Veränderungen vorhanden seien, worauf diese Wärmezunahme zu beziehen sei, z. B. Störungen, die unter der Herrschaft des Gebärmuttermiasmas oder der regressiven Metamorphose des Uterus oder auch durch Verletzungen während der Geburt in und an den Geschlechtstheilen eintreten.

Das Maximum der Wärme wird nach einer Durchschnittstabl 77 Stunden nach der Geburt erreicht; allerdings giebt es im Einselnen grosse Differenzen.

Die Temperatur-Curve zeigt eine allmälige Abnahme der Wärme bis su dem in der ersten Zeit nach der Geburt gewesenen Grade. Die Herstellung aus dem Wochenbette geht in Form der Lysis hervor, in seltenen Fällen fällt das Quecksilber schnell, wie bei Krigen. Nach dem achten Tage tritt eine Inanition ein, vorzüglich, wenn sich der Stoffwechsel vorher durch hohe Temperatur bedeutend erwies. Das Thermometer sinkt bis unter das Normale und verweilt längere Zeit auf diesem Stand.

Das Säugegeschäft scheint gleichgültig für die Temperatur-Erböhung zu sein.

Was die Beobachtungen des Verf. über die Temperatur-Veränderungen in Puerperal-Erkrankungen betrifft, se sind sie nach seiner Angabe fruchtlos. Er setzt den Grund darin, dass diese Prozesse leicht massenhafte Exsudate bilden, die langsam resorbirt oder organisirt werden, wobei kritische Erscheinungen nicht su Stante kommen, vielmehr das acu<sup>te</sup> Stadium unmerklich in ein chronisches übergeht. Am wenigsten erfolgreich sind die Thermometer-Beobachtungen bei septischen, schnell tödtenden Puerperal-Krankheiten.

Schliesslich erwähnt Verf. noch einige Fälle von Metroperitonitis mit Abscessbildung, wo ihm die Temperatur-Beobachtungen einen Anhaltpunkt für eine passende rechtzeitige Therapie gaben.

Verf wünscht, dass aus diesen gewonnenen Resultaten für die Erforschung des Puerperiums ein neues diagnostisches Hülfsmittel erwachsen möge — welcher Lohn seinem darauf verwendeten Fleisse zu wünschen wäre.

(Annalen des Charité Kraukenbauses zu Berlin, Jahrg. V, Hft. 2. S. 333. 1854.)

Meckel von Hemsbach: Das bösartige Wochenfieber.

Unter diesem Titel giebt der Verf. vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus einen allgemeinen Umriss über diesen wichtigen Krankheits-Complex.

Begriff und Entstehungsweise.

Das bösartige Kindbett-, Wuchen-, Milch- oder Puerperalfieber kommt su Stande, wenn örtliche und allgemeine Wochenbetts-Störungen einen septischen Charakter annehmen und, was beständig geschieht, sich gleichzeitig Lymphangitis des Uterus ausbildet. Auf der Höhe nimmt die Krankheit einen specifischen Charakter an, aber ihr Wesen ist nicht in einer miasmatischen Contagiosttät su suchen; die sporadische Entstehung kann nicht gelengnet werden.

Das Zusammenwirken zweier Momente ist nothwendig, nämlich 1) eines Allgemeinleidens, was während der Schwangerschaft allmälig oder nach der Enthindung durch Erkältung, Diätfehler, Ansteckung u. s. w. schnell sich herausgebildet hat, und 2) örtlich entsündeter Theile der Genitalien.

Anlage.

a) vor der Entbindung.

Die Neigung schwindet bei gesund-magerem Habitus, bei Frauen mit scrophulöser und tuberkulöser Blutcrasis, sie tritt hervor bei volksaftigen, wohlbeleibten Frauen, vorsüglich unter epidemischen Verhältnissen. Gerade diese Frauen müssen äussere Schädlichkeiten aufs strengste vermeiden. Bei ihnen tritt das Wochenfieber swar vorherrschend unter Entsündungs-Erscheibungen und Entsündungs-Producten auf, aber mit auftretender Lymphangitis ist auch der faulige Character eingeleitet. Von nicht gesunden Frauen sind die mit vergrösserter Schilddrüse, Milztumoren, Wechselfiebermilz, Fussgeschwüren, Neigung zur Albuminurie in der Schwangerschaft, dem Wochenfieher zunächst ausgesetst, vornehmlich aber sind die disponirt, hei denen eine septische und scorbutische Blutentmischung vorhanden ist. Die gegen solche Kachexien empfohlenen Antiseptica wirken prophylactisch, auch wohl bei entstandener Krankheit die Folgen mildernd, selbst heilend, passen aber nicht für die örtliche Entzündung. Aderlässe sind trotz der Entzündung zu vermeiden. Da während der Schwangerschaft jede gründliche Allgemeinkrankheit schlummert und nach derselben oft heftiger auftritt, so zeigt sich auch die typhose Anlage mit hervorragenden Wirkungen, indem sie sich bei Hochschwangeren und Entbundenen in den Genitalien, vorzüglich im Uterus, vermöge ihrer Wundverhältnisse localisirt. In dieser Weise begünstigt die Schwangerschaft eine Anlage zum bösartigen Wochenfieber. Su entsteht dasselbe sporadisch nach Metritis mit septischem Charakter, nach Verletzungen durch Operation oder Placentar-Anomalien, Blutungen u. s. w. Epidemische und endemische Verhältnisse haben einen entschiedenen Einfluss und ihre Nachtheile äussern sich verschiedentlich schon vor der Entbindung; nach jeder Verletzung tritt leicht Lymphaugitis auf und die Verbreitung unter den einselnen Individuen geschieht durch Austausch und Metaschematiamus. Der hochgesteigerte Stoffwechsel der Genitalien führt zur Entsündung des theilweisen oder ganzen Apparats und so ist allenthalben die Vorbereitung zur örtlichen Localisation getroffen. Ein wahres Wochenfieber mit Lymphangitis ist schon im 4ten Schwangerschaftsmonat nach Abtreibung der Frucht möglich. Allgemeine Metritis, zuweilen mit vorwaltender Oophoritis mit geringen Fieberbewegungen, trifft die Schwangeren am häufigsten. Die dadurch angeregte Früh- oder rechtzeitige Geburt verläuft langaam und die sehr schwachen Wehen machen Kunsthülfe nötbig, die leicht Nachtheil bringt und ein puerperales Wundfleber nach sich sieht. Da sich eine Lymphangitis nicht so schnell, vielleicht erst nach 8 Tagen der Metritis zugesellt, so kann die Heilung dieser su Stande kommen, bevor jene Platz greift.

b. nach der Entbindung.

Es kann die Ansteckung entstehen in den häufigeren Fällen spontan, in den selteneren durch Contagium, und um so leichter, je mehr die Genitalien bei der Entbindung gereist wurden. Spontan entsteht die Ansteckung vermittelst der durch den Luftsutritt und nicht gehörige Reinlichkeit jauchig-faulig gewordenen Lochien, welche die wunden Flächen vergiften. Die Berührung dieses Secrets bewirkt gelegentlich bei dasu empfänglichen

469

Personen Lymphangitis und Rose. Das Contagium wird durch den Finger des Geburtsbelfers oder der Wärterin gelegentlich übertragen und erzeugt acute Ansteckung. Dies geschieht jedoch selten. Nothwendig aber ist zur Ansteckung allgemeine und örtliche Empfänglichkeit. Die Ansteckungsfähigkeit steht im geraden Verhältnisse zum Grade der Entzündung. Im nichtentzündlichen Zustande kann der Uterus faule Früchte und Placenten ungefährdet beherbergen.

Zur Verhütung des Ueberganges der einfachen Metritis in septisch-lymphangitisches Wochenfieber hält Verf. allgemeine diätetische Hülfe, frische Luft u. s. w. für nützlicher, als wenn man aus den Sections-Ergebnissen sich die Maassregeln zu jenem Zwecke wählt. Bei Betrachtung der anatomischen Verhältnisse sind weniger die verschiedenen Formen der Metritis, als vielmehr die kleinen Veränderungen am Mutterhalse und die davon abhängige Lymphangitis zu berücksichtigen.

Die einfache primäre Metritis und Oophoritis haben keine Beziehung zur Bösartigkeit des Puerperalfiebers; erst wenn die Entzündung sich zur Endo- und Perimetritis ausdehnt, beginnt eine bestimmte Vorbereitung dazu. Bei der Endometritis ist in Bezug auf die Genesis des büsartigen Wochenfiebers zu unterscheiden zwischen der des Fundus und der des Halses. Während jene seltener ist und nicht wesentlich und nothwendig die böse Krankheit bedingt, ist der stets entzündete Hals und Vaginaltheil des Fruchthalters als eigentlicher Ausgangspunkt der Bösartigkeit zu halten, denn nur von hier aus und immer entwickelt sich die Lymphangitis. Die hierbei verdickte dunkelgeröthete Schleimhaut der Vaginal-Portion mit gleichzeitiger Verdickung der Muskelschicht ist aber selten die alleinige Ursache der Lymphgefäss - Entzündung; es finden sich noch runde oder streifige Geschwürsformen, die linsengross bis zolllang  $\frac{1}{2}$ ,  $2-4^{\prime\prime\prime}$  in die Tiefe gehen, wobei zuweilen der ganze Halstheil weissgelb entartet und eitrig infiltrirt ist. Sie sind früher wahrscheinlich gutartige, wunde Flächen gewesen und erst durch die faulen Lochien vergistet. Diese Geschwüre können im Verlauf der längeren Puerperal-Krankheit heilen, während die Lymphangitis auch heilt oder fortbesteht. Auch in der Scheide bilden sich, namentlich bei Verletzungen derselben, gleichzeitig bösartige Geschwüre. Dass aber diese Wunden oder geschwürig veränderten Stellen des Mutterhalses der Ausgangspunkt der Krankheit sind, lässt sich an der Leiche deutlich wahrnehmen, wenn man die je nach dem Grade der Lymphangitis, oder je nach der Constitution der Wöchnerin entweder mit molkigem Wasser, worin Eiterkörperchen schwimmen, oder mit mehr oder minder consistentem

Eiter gefüllten Lymphgefässe nach ihren verschiedenen Windungen und Anhäufungen betrachtet und sieht, wie sie von den kleinen vergifteten Eiterheerden der Geschwüre des Mutterhalses ausgehen. Von den gegen Fäulnissstoffe weniger empfindlichen Wundstellen des Fundus kann schon deswegen die Eiterung nicht ausgehen, da es nicht ansunehmen ist, dass der Eiter dem Laufe der Lymphe entgegen nach dem Halse zu sich verbreite. Am Lebenden lässt sich die Lymphangitis nicht durch bestimmte Symptome erkennen, nur aus dem Fleber schliessen, während sich in der Leiche verschiedene Formen unterscheiden lassen, die sich nach der Ausdehnung der Lymphgefässe und nach der Consistens und Menge der sie anfüllenden Entzündungsproducte unterscheiden lassen.

Die Heil-Indicationen stellen sich hiernach dahin, dass die Entartungen des Mutterbalses früh herücksichtigt werden; fäulnisswidrige Einspritzungen, Aetzungen über den ganzen Halstheil und selbst Fundustheil sind Hauptheilmittel, doch ist nothwendig, dass die Aetzungen gleich nach der Entbindung vor Entwickelung der Lymphangitis vorgenommen werden. Namentlich empfiehlt Verf. dies bei Epidemien in Gebärhäusern in der Zeit, wo sichere Prognose über drohendes Wochenfieber noch nicht su stellen, wobei es nicht darauf ankommt, wenn auch einige Aetsungen zum Ueberfluss gemacht werden.

Was der Verfasser über das Verhältniss der Phlebitis sur bösartigen Puerperal-Erkrankung sagt, beweist, dass dieselbe ganz unwesentlich für das Kindbettfieber ist und dass, wenn sie auch nicht selten vorkommt, sie doch nicht so häufig ist, als die Autoren es aus grober Verwechselung mit der Lymphangitis geschildert haben. Gewöhnlich gesellt sich erst am 5ten, 6ten bis 9ten Tage Phlebitis sum Wochenfieber, weil dann erst eine durch dasselbe begünstigte Verwesung der Blutpfröpfe in den Venen zu Stande kommt. Ueber die Entstehung der Phlebitis, entweder von innen her, indem primär mechanisch entstandene Blutgerinnsel-Pfröpfe der Vene jauchig zerfallen und eitrige Entstundung in ihr erregen, orler von aussen, indem Eiter durch Perforation in die Vene dringt, und über die weitere Einwirkung dieser Ursachen spricht sich Verf. in der Abhandlung umfänglich aus; eben so erläutert er das Verhältniss der Pyämie sum Wochenfieber und führt an, wie das Wochenfieber, gleich allen septischen Wund-Eiterungsfiebern, neben dem allgemeinen chemischen Character noch die Eigenthümlichkeit hat, im ganzen Körper auf rein chemisch-dyskrasischem Wege Neigung zu schnellen Eiterungen zu zeigen.

Die Beschaffenheit des Eiters ist in den verschiedenen Eiterungen des Wochenfiebers dünnflüssig sur Verjauchung geneigt, selten ist er bei gutartigem und chronischem Verlauf wenig breifg oder käsig, was eine gelinde scrophulöse Allgemeinanlage darstellt, die nicht stark genug war, das Wochenfieber zu verhindern.

Die einzelnen Fälle des bösartigen Wochenfiebers sind verschieden nach der Individualität, nach dem Character der Epidemie, sie sind bald sthenisch, typhös, eitrig u. s. w., bald ist diess oder jenes Leiden hervorstechend. Arten lassen sich hiernach nicht bestimmen und die verschiedenen Epidemien halten sich nicht ausschliesslich bald an Peritonitis, Lymphangitis u. s. w. Metritis, Puerperalgeschwüre des Uterus und Lymphangitis finden sich im Allgemeinen in den Wochenfiebern aller Zeiten und Orte als wesentliche Momente, unwesentlich und als Nebensachen treten dabei auf Peritonitis, Gelenk-Entzündung, Phlebitis.

Schliesslich theilt Verf. noch sechs Krankenfälle und umfangreiche Sectionsbefunde mit, die eine erläuternde Casuistik zu seiner Abhandlung bilden.

(Annalen des Charité-Kraukenhauses zu Berlin, Jahrg. V, Hft. 2, S. 290. 1854.)

Robin: Ueber die graduellen Veränderungen der Zotten des Chorion und der Placenta.

In dem ersten Theile seiner Abhandlung giebt der Verf. eine ziemlich ausführliche physiologische Darstellung der Bildung des Fötaltheils der Placenta, wie sie uns ans den Arbeiten Kölliker's, Wilde's, Virchow's und Anderer bekannt ist. Er bespricht die mit der Entwickelung des Eies sich allmälig herausbildende Veränderung der Chorion-Zotten, deren Verödung an dem grösseren Umfange der Lederhaut und das Zusammentreten der mehr und mehr entwickelten an einem kleineren Raume zur Bildung der die Placenta constituirenden Cotyledonen. Er unterscheidet zwei Arten von Villosität, eine choriale und eine placentare oder cotyledonare. Die erstere hat keinen Theil an der Bildung und Bestimmung der letzteren, um welche sie sich vertheilt, wie in der ersten Zeit des Eies über den ganzen Umfang des Chorions. Bekanntlich füllen sich die Zottenhöhlen mit je einem Arterien- und Venenstamme aus den mit der Allantois an die innere Fläche des Chorions getretenen Umbilical-Gefässen. Verf. führt an, dass ausserdem noch andere Zotten, in die keine Gefässe gedrungen sind, zum Theil mit Zellgewebe gefüllt werden, während ein anderer Theil sich durch Fettmolecüle mit durchsichtig-gelblichem Centrum und dunkten Conturen bemerkbar macht, wovon die Wände der zugleich abgeplatteten Zotten durchsäet sind. Diess findet man schon bei den jüngsten Eiern und die fernere Entwickelung schreitet mit

471

ihnen fort. Diese Zellen sind normal in der Villosität des Chorions, sie sind aber pathologische Gebilde, wenn sie in dem Kreise der Placentar-Villosität, des Organs für die Fötal-Blutbereitung, sich befinden. Es entsteht hieraus in der Placenta eine Krankheit, welche in letzterer Zeit unter dem Namen der Fett-Degeneration bekannt ist, welche fälschlich mit verschiedenen Namen: Induration der Placenta, tuberculöse, scirrhöse Entartung belegt wurde. Alle die genannten Krankheiten werden von verschiedenen Autoren als Folge von Placenta-Entzündung angeführt, sie sind aber nichts Anderes als eine natürliche Entwickelung der Chorion-Zotten, welche zufällig und aus wenig bekannten Ursachen sich der Placenta mitgetheilt haben, wenngleich einige Aerste als Ursache eine Transformation des Blutes, besonders des Faserstoffs, angeben.

Es zeigt sich diese Abnormität in Form von grauen Massen, weniger roth und feucht, als das übrige Gewebe, oft selbst weisslich. Die Massen sind härter, als das übrige Gewebe und lassen sich nicht sogleich in längeren Fäden zerreissen. Sie lagern sich auf einen Theil eines Cotyledon, sie können aber auch den ganzen, ja mehrere einnehmen und eine frühzeitige Entbindung herbeiführen; sie sind nicht blos äusserlich, sondern auch im Innern eines Cotyledon; ja ein solcher kann äusserlich ganz normal erscheinen, während innen solche Entartung statt hat. In verschiedenen Placenten verhalten sich diese Zustände verschieden in Betreff der Fläche, die sie einnehmen, der Consistenz und Zahl der Cotyledonen, der Farbe, welche Verschiedenheiten zum Theil darin begründet sind, ob mehr mit Zellgewebe gefüllte Zottenhöhlen oder mehr mit Fettgranulationen durchsäete Zotten sich betheiligen Diese Krankheit der Placenta ist durchaus unabhängig von derienigen, die unter dem Namen Haemorrhagie oder Apoplexie der Placenta bekannt sind. Verf. erwähnt ausserdem der kalkigen Ablagerungen in der Placenta (ossification ou calcification). Mau findet diese an der Oberfläche der Cotyledonen, deren Zottenbäumchen oblitterirt sind, entweder ganz oder theilweise; sie drängen sich bis tief in die Furchen. Sie stellen unregelmässige polyedrische Körnchen dar, variirend von Tha Millm. bis mehrere Millm. an Grösse. Sie bestehen aus Carbonat und Phosphaten der Magnesia, sind amorph und haben nichts von der Structur der Knochenkörperchen.

(Gazette médicale. Septbr. Nr. 37. u. 39. 1854.)

XXXV. Literatur.

# XXXV.

#### Literatur.

Dr. Herm. Fr. Naegele's Lehrbuch der Geburtshülfe. Vierte, vermehrte Auflage, besorgt von Dr. Woldemar Ludwig Grenser, Director des Entbindungs-Instituts und Professor der Geburtsbülfe an der Königl. Sächsischen chirurg.-medicinischen Academie su Dresden, Mitglied mehrerer gelehrten Gesellschaften. Mit 22 Holzschnitten. Mainz, Verlag von Victor v. Zabern. 1854. gr. 8. SS. XV. und 736. (Preis 3½ Thlr.)

(Vergl. Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XX Hft. 1. S. 143 ff. und Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Bd. II. Hft. 1. S. 156 ff.)

In Herm. Franz Naegele's Lehrbuch der Geburtshülfe sind die reichen Erfahrungen und Grundsätze seines Vaters, Fr. Carl Naegele's, niedergelegt. Dasselbe bildet ein wohlgegliedertes Ganze. das sich durch eine exacte Auffassung, eine streng logische Anordnung, eine echt praktische Tendenz bei rein wissenschaftlicher Bearbeitung und eine präcise, klare, einfache Darstellung vortheil haft auszeichnet. Bei gehöriger Begrenzung des Faches verbreitet es über das Gesammtgebiet der Geburtshülfe ein helles Licht. Jedes einselue Capitel ist mit Umsicht und Sorgfalt ausgearbeitet und alles wissenschaftlich und praktisch Brauchbare benutst. Der Praktiker findet in demselben einen auf grosse Erfahrung gestützten Rath und einen sichern Anhaltspunkt zu richtiger und zweckentsprechender Behandlung der einzelnen Fälle. Die den einzelnen. Capiteln beigefügte Literatur ist mit kritischem Geiste zusammengestellt und die Auswahl so getroffen, dass die in geschichtlicher Hinsicht interessanten Schriften bei jeder Materie angegeben sind und dass bei den citirten Autoren eine Ausbeute für den Gegenstand zur nähern Erläuterung des Gesagten wirklich gefunden wird. Im Gansen ist, nach Stein's, des Neffen, Vorgange, die rühmenswerthe Anordnung getroffen, dass su dem Texte der §§., wo es zweckdienlich schien, Noten gemacht sind und darin das historisch

Interessante und das neue für das Fach Erspriessliche mit grosser Genauigkeit niedergelegt ist.

Leicht erleidet ein Werk, wenn eine neue Auflage desselben durch einen andern Schriftsteller besorgt wird, eine völlige Umgestaltung bezüglich der Form und des Gehaltes; indem sich der Herausgeber entweder nicht gehörig in den Geist des Verfassers einarbeiten kann oder seine Anschauungen der Gegenstände mit dessen Ansichten nicht übereinstimmen. Gaus anders ist das Verhältniss Grenser's zu Naegele's Lehrbuch. Er hat ganz in demselben Geiste, wie der Verfasser, gearbeitet, dem Werke seine eigenthümlichen Vorzüge erhalten, seine streng logische Anordnung, seine echt wissenschaftliche Bearbeitung des Stoffes und seine praktische Tendenz bewahrt, und die von Ngegele, dem Vater, gesteckten Grenzen des Gebietes der Geburtshülfe nicht überschritten. - Die Beschreibung des Schoossfugenschnittes ist von Grenser, wie dies schon früher von Jörg und Stein dem Neffen, und in neuester Zeit von Ed. v. Siebold und Credé geschehen ist, aus der Reihe der geburtshülflichen Operationen mit Recht gestrichen worden, und die Synchondrotomie wird nur historisch (§. 609) unter den ältern Verfahrungsweisen beim engen Becken aufgeführt. In die vierte Auflage sind neu aufgenommen die Artikel: Nebeneierstock (§. 86. Anm. 2.), Breislauf des Blutes im Fötus (§ 107. Anm.), Ueberfruchtung und Ueberschwängerung (6. 133. Anm. 1.), Osteophyt (§. 159. Anm.), die neuern Untersuchungen über den Rückbildungsprocess des Uterus im Wochenbett von Kölliker und Heschl (§. 364. Anm.). die Tamponade mittelst des Colpeurvnter behufs der künstlichen Erregung der Frühgeburt (§. 539. und Anm.), die Spondylolisthesis (§. 591. Anm. 3.), die Bcharfkantigkeit und Stachelbildung am Beckeneingang (§. 723. Anm. 1.), die Beschreibung mehrer neuer Instrumente, namentlich des Braun'schen Nabelschnur-Repositorium (§. 685. Anm.), einige neue Methoden zu tamponiren (§. 815. und Anm. 1.) und fühf Holsschnitte, wovon Ref. Fig. 2. 8. 708 für überflüssig hält, da man das Einbringen des Colpeurynters dem Anfänger sweckmässiger vom Catheder herab oder am Geburtsbette zeigen kann, und der Geübte solcher Abbildungen nicht bedarf. Es ist gerade ein Vorsug des Naegele'schen Lehrbuches, dass es nur solche Gegenstände durch Abbildungen versinnlicht, die dem Gedächtnisse stets von Neuem eingeprägt werden müssen. Manche unserer neuen Lehrbücher des Inund Auslandes sehen mehr Bilderbüchern, als wissenschaftlichen

Werken ähnlich. Statt des Colpeurynters von Braus empfieht Grenser die Colpeurynter von vulkanisirtem Kautschuk, ohne den messingenen Verschliessungs-Hahn, aus der Fabrik von M. Wallack in Cassel, die wohl in jeder Kautschukfabrik nachgemacht werden können. Ihr elastischer Schlauch legt sich leicht an jede Cantile an, und man kann sich zu ihrer Füllung jeder gewöhnlichen Klystirspritze bedienen, während der messingene Hahn häufig nicht gut schliesst, sich leicht verstopft und nicht für jedes Injections-Rohr passt. Dazu kommt noch, dass die Colpeurynter mit elastischem Schlauch leichter transportabel und weit weniger kostspielig sind, als die Braua'schen.

Da Ref. Naegele's Werk sum Theil in der Neuen Zeitschrift für Geburtskunde, zum Theil in dieser Monatsschrift seinem Gange und Inhalte nach angezeigt hat, so kann es nicht Aufgabe dieser Anzeige sein, die Anordnung und den Gehalt desselben noch einmal darzulegen, sondern er wird sich darauf beschränken, darzuthun, dass durch die Zusätze Grenser's die vierte Auflage desselben auf den gegenwärtigen Stundpunkt der Wissenschaft gehoben worden ist. Im Texte sind selten und nur da Veränderungen vorgenommen worden, wo sie dringend nöthig erschienen und dieselben sind sichtlich im Geiste des Verfassers gearbeitet. Dagegen finden sich in einem grossen Theile der Anmerkungen theils Zusätze, theils Umarbeitungen, aus denen man aber allenthalben erkennt, wie tief der Herr Herausgeber in den Geist des Werkes gedrungen ist.

Gleich zu § 1. fügt er nach Naegele's, des Vaters, Vorgange, dem Worte "Geburtshülfe" den Kunstausdruck "Tocarexis" bei und rechtfertigt in einer Anmerkung denselben dadurch, dass das Zeitwort donress hei Pindar von den Frauen gebraucht wird. welche der Alkmene bei der Geburt des Hercules beistanden. Das von Kilian gebrauchte Wort "Tocoboaedia" verwirft er mit Recht als grammatikalisch unrichtig. - Im Ganzen haben etwa 130 §§. Abänderungen oder Zusätze bald von geringerer, bald von grösserer Bedeutung erhalten. Die weniger wichtigen Zusätze müssen hier übergangen werden. In der Anm. 1. zu §. 120 giebt Hr. Grenser die zur Messung und Gewichtsbestimmung Neugeborner erfundenen Instrumente an. - In der Anm. 2. zu §. 129. fügt er Simpson's Ansicht über die Ursache der Kindeslage im Uterus während der Schwangerschaft bei, nachdem er in einem Zusatze zu Anm. 1. sich der Ansicht anschliesst, dass in den letzten Monaten der Schwangerschaft der Kopf in der bestimmten Richtung nach unten besonders durch die eiförmige Gestalt der Gebärmutterhöhle erhalten wird. - In der Anm. zu §. 158. sucht Grenser die Veränderungen im Verdauungssystem Schwangerer durch veränderte Blutmischung und Innervation zu erklären. - In §. 176. setzt der Herausgeber zu: "Bei Hydrometra wird eine vorsichtige Untersuchung mittels der Uterussonde die Verstopfung des Mutterhalskanals seigen." Dass aber eine äusserst grosse Vorsicht in einem solchen Falle wegen möglicher Complication mit Schwangerschaft nöthig sein müsse, dürfte sich aus dem von Ref. S. 165 ff. des III. Bandes dieser Monatsschrift mitgetheilten Palle von Hydrometra ergeben. Ref. ist überhaupt mit Hohl und Scanzoni der Ansicht, dass der Gebrauch dieses Instrumentes in enge Schranken verwiesen werden muss. Grenser macht übrigens im §. 178. selbst darauf anfmerksam (wo von der Haematometra die Rede ist), die Uterussonde dürfe, wo irgend Verdacht von Schwangerschaft bestehe, nicht in Anwendung kommen. - In Anm. 2. su §. 244. macht Grenser nach Hohl's Darlegung darauf aufmerksam, dass während sich die Natur in den beiden ersten Geburtsperioden mit der blossen Vorbereitung zur Geburt des Kindes beschäftigt, sie mit dem Beginne der dritten, so wie die ersten Treibwehen eintreten, su der eigentlichen Vorbewegung des Kindes übergeht, was einen meist sehr auffallenden Abschnitt im ganzen Geburtsgeschäft bildet. Deshalb kann man auch die erste und sweite Geburtszeit unter dem gemeinschaftlichen Namen "der ersten oder Eröffnungsperiode," wie dies von Manchen geschiebt (Aum. 2. zu §. 243.), zusammenfassen. - Nach Anm. 2. zu §. 270. schreibt der Hr. Herausgeber die Drehung des Kopfes sowohl, als die der Schultern und Hüften des Kindes beim Durchschneiden nach oben dem Damme in Verbindung mit der Krümmung des Beckenkanals, deren Fortsetzung der Damm bildet, zu. Sacombe (Le médecin accoucheur. Paris, 1791. Question XVIII. p. 140) bat bekanntlich als Unterstützungsgrund seiner wunderlichen Annahme der Querlage des Fötus im Uterus den Umstand. dass sich die Kinder unmittelbar nach der Geburt von selbst in diese Lage drehten, angenommen! Wie leicht lässt sich diese Drehung des Kindes nach physikalischen Grundsätzen erklären! - In der Anm. zu §. 287. führt Grenser die Ansichten von Kiwisch, Chiari, Braun und Spaeth über die Ursache der Gesichtstage an. - In der Anm. zu §. 295 sucht Greaser darzuthun, dass such der von Köhler mitgetheilte Fall, wo eine 25jäbrige Erstgebärende mit guten Beckenverhältnissen unter kräftigen Wehen ein zwar in hohem Grade scheintodtes und furchtbar entstelltes, aber doch lebendes und völlig ausgetragenes Kind in der s.g. dritten Gesichtslage ohne Kunsthülfe geboren haben soll, nicht geeignet ist, zu beweisen, dass bei einem ausgetragenen lebenden Kinde die Stirn bei Gesichtslagen im Fortgange der Geburt sich nach vorn wenden und in dieser Richtung durchtreten könne. Ref. hat schon 1838 (Neue Ztschr. für Geburtsk. Bd. VI. S. 152 ff.) darzuthun gesucht, welch' geringen Werth die veröffentlichten Beobachtungen haben, die für ein Durchschneiden des Gesichts mit nach vorm gerichteter Stirn sprechen sollen. - Bei Angabe der Literatur über Gesichtsgeburten vermisst man ungern Stein's des Neffen, Namen. -- In der Anm. zu §. 329. verwirft Grenser die Anästhesirung der Kreissenden durch Chloroform, Schwefeläther u. dgl., wie sie selbst bei gesundheitgemässen Geburten, namentlich in Schottland und England jetst zur Mode zu werden scheint. mit Fug und Recht. --- In der Anm. 1. su §. 333. führt derselbe Lumpe's Art, den Damm su unterstüfsen, an. - In der Operationslehre hat der Herr Herausgeber manche eigne und fremde bewährte Erfahrungen, namentlich bei der Wendung und Zangenoperation, aufgenommen und die Vorzüge der Wendung auf einen Fuss mehr hervorgehoben. - In der Anm. zu §. 425. giebt er bei der Wendung auf die Füsse die Ansichten verschiedener Schriftsteller über die Frage, ob man deu zunächst oder entfernt liegenden Fuss herabführen soll, an und entscheidet sich für die Herabholung des zunächst liegenden Fusses. - in der Anm. su §. 428. citirt er die günstigen Erfahrungen Lumpe's, Chiari's, Braun's und Spaeth's über die Chloroforminhaltionen bei der Ausführung schwerer Wendungen und bei Tetanus uteri, fügt aber auch Chailly - Honore's entgegengesetste Ausicht. bei. - In der Anm. 3. zu 6. 431. sählt er mehrere Instrumente sum Zurückschieben des vorliegenden Kindestheils auf. - In der Anm, su §. 469. spricht er von Simpson's Obstetric Air tractor, den er als unbrauchbar.nach Krieger und Hohl verwirft. - In Anm. 3. su \$. 483. wird das von Kiwisch und Scansoni empfohlene Verfahren sur Herausbeförderung des zuletzt kommenden Kopfs angegeben. Ref. hat dieses Verfahren in mehreren Fällen mit ganz günstigem und raschem Erfolge angewendet. - In einem Zusatze zu §. 497. räth Grenser beim Kaiserschuitte im Allgemeinen eine vorsichtige und leichte Anästhesirung der Kreissenden durch Chloroform und dergl. an, um den heftigen Eindruck auf das Nervensystem su mässigen, während höhere Grade der Chloroformnarkose ihm deshalb bedenklich ist, weil diese die Disposition zu Blutungen su vermehren scheinen. (Man darf wohl hinzufügen: "und weil nach Chloroformnarkose gewöhnlich starkes Erbrechen entsteht." Ref.) ---

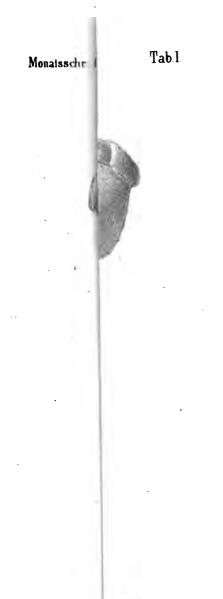
In der Anm. su §. 504. führt Gr. das Verfahren von Mets in Aachen, die Kälte nach gemachtem Kaiserschnitte ausuwenden, an. - Nach einem Zusatze zu der Anm. §. 582. neigt auch Grenser sich zu der Ansicht, dass Rhachitis und Osteomalacia wesentlich eine und dieselbe Krankheit seien. - In der Anm. 2. su §. 591. spricht derselbe von den Folgen der einseitigen Coxalgie auf das Becken nach den Angaben Litsmann's, und in der Anm. 3. zu demselben §. von der Veranstaltung des Beckens durch Dislokation des letzten Lendenwirbels nach vorn (Spondylolisthesis, Wirbelbeinabglitt, Wirbelbeinschiebung) nach den Angaben von Kiwisch, Seyfert, Kilian und Spaeth, wobei Rokitansky Erwähnung verdient hätte, da dieser das erste derartige Becken kurs beschrieben hat (vergl. Oesterreich. medicin. Jahrb. Neueste Foige. 1837. Bd. XIV. 8. 120, und 1639. Bd. XIX. 8. 202). - In der Anm. 2. zu §. 494. führt er die änssere Beckenmessung nach den Angaben von Michaelis kurz an. Nach einem Zusatze zu der Anm. §. 601. soll Ref. dem Herrn Dr. Lange in Runkel eine briefliche Mittheilung über das Auseinanderweichen eines osteomalacischen Beckens gemacht haben. Der Fall steht in soweit richtig, dass man der Ausicht war, nur durch den Kaiserschnitt sei die Entbindung möglich, weil die früher höchst mühsam angelegte Zange in dem äusserst engen Becken stets abglitt. Bei seiner Ankunft legte Ref. Naegele's Zange an und es gelang ihm, unter wahrnehmbarem Auseinanderweichen der Beckenknochen, mit wenigen kräftigen Tractionen das Kind lebend zu Tage zu fördern. Diese Mittheilung hat er aber nicht brieflich an Herrn Lange, sondern an Herrn Prof. Rosskirt in Erlangen, welcher sie in sein Lebsbuch der Geburtsbülfe aufgenommen hat, gemacht. - in einem Zusatze zu §. 629. räth Grenser, den Thrombus vaginalis nicht eher zu öffnen, als bis durch einige Stunden lang fortgesetstes eiskaltes Fomentiren der Geschwulst die Blutgerinnung in derselben eingeleitet worden ist, weil sonst zu profuse Blutung nach der Eröffnung zu fürchten steht. Nach Eröffnung des Thrombus mittels eines Bistouri soll zur Stillung der Blutung kaltes Wasser in die entleerte Höhle injicirt und nöthigenfalls mit in kaltes Wasser getauchten Leinwandpröpfen oder mittels eines Blasentampons, bei sorgfültiger Ueberwachung der Contraction des Uterus, tamponirt werden. Lässt sich auch so die Blutung nicht stillen, so muss man den ganzen Sack mit Charpie fest ausstopfen und darauf längere Zeit kalt fomentiren, auch wohl gleichseitig den Schejdenkanal tamponiren. Ref. hat in swei Fällen mit sehr günstigem und raschem Erfolge nach Eröffnung des Thrombus gegen starke

und gefahrdrohende Blutningen eine Einspritzung einer Auflösung von Ferrum muriaticum oxydulatum angewendet. Der Sack übersog sich darauf mit einem lederartigen Coagulum, das sich in einem Falle nach 4, im andern am 7ten Tage losstiess, und zwar ohne fernere Blutung und ohne Eiterung; in beiden Fällen stand die Blutung sogleich nach der Einspritzung in die Höhle. -- In der Anm. 3. zu §. 651. giebt Grenser das Verfahren Francis H. Ramsbotham's bei Wendungen in schwierigen Fällen an. - In Anm. 2. su §. 684. macht derselbe mit Recht auf die Lagerung der Kreissenden bei Reposition der vorgefallenen Nabelschnur aufmerksam. Mitunter gelingt noch in der Seiten- oder Knieellenbogen-Lage die Zurückbringung derselben, wo man sie in der Rükkenlage vergebens versucht hat. - In einer Anm. zu §. 701. spricht sich Grenser gegen die Ansicht von Frerichs, Litsmann und Braus über Eclampsie aus. Der Artikel über Convulsionen während der Geburt hat überhaupt mehrere treffliche Zusätze erhalten. - In Anm. 1. zu §. 723. erwähnt Gr. als Ursachen der Verletzung und Durchlöcherung der Gebärmutter während des Geburtsactes die scharfen Kanten, spitzen Vorsprünge und wahren Stachelfortsätze an den Beckenknochen, worauf Grenser schon im I. Bande dieser Zeitschrift S. 147 hingewiesen und worüber sich Kilian (Schilderung neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben. Mit 9 lithogr. Tafeln. Mannheim 1854. 4.) näher ausgelassen hat. Uebrigens ist die Sache nicht so unbekannt, wie sie Kilian binstellen möchte. Mag er auch immerbin an den Erzählungen der Fälle von Severinus Pinaeus, von J. J. Harder, J. C. Mers mäkeln, abgeleugnet kann doch nicht werden, dass diese Männer, auf Beobachtung sich stützend, von der Sache selbst sprachen, die sie offenbar nicht aus der Luft gegriffen haben. Stein der Neffe, hat sie schon 1825 in seine "Lehre der Geburtshülfe" S. 230 aufgenommen. Bei den Gebärmutterrissen hätte wohl Stein's, des Neffen, Annahme des nicht seltenen Entstehens derselben am Cervix einer Berücksichtigung und Erwähnung verdient. Seine Ansicht geht dahin, dass die Ruptur am Gebärmutterhals im engen Becken entstehe, weil der Kindeskopf, wenn er nicht in das Becken eindringen könne, vom Becken abgleite und unter dem fernern Webendrange als Keil gegen die Seite des Cervix uteri wirke. Daher denn auch die Ruptur nie anders, wie an der Seite des Halses und nie bei eingekeiltem Kopfe vorkomme.

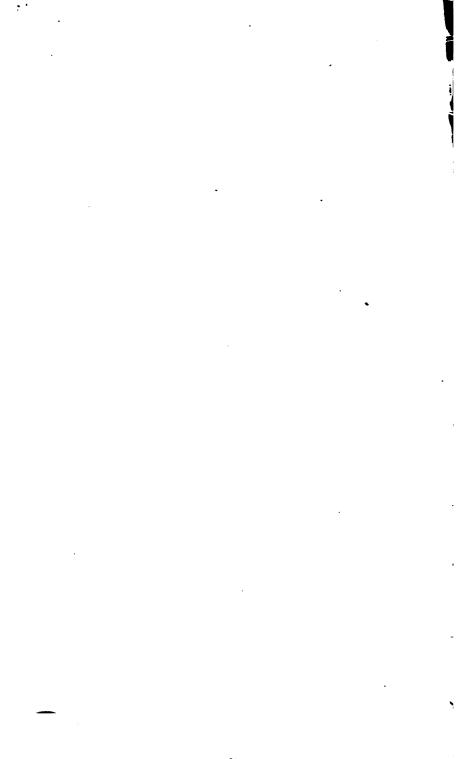
Diese hier mitgetheilten Zusätze beweisen zur Genüge, mit welcher Sorgfalt Herr Grenser bemüht gewesen, alles Neue und Erspriessliche in die vierte Auflage des Werkes aufsunehmen und dieses Lehrbuch auf den heutigen Staudpunkt unserer Wissenschaft su stellen. Die neuere Eiteratur ist im Allgemeinen und Einzelnen nachgetragen. Durch grösseres Format und engern Druck ist es gelungen, das Werk in einem Bande erscheinen zu lassen. Die typographische Ausstattung ist höchst lobenswerth, der Druck ist scharf und correct, das Papier schön und die Holzschnitte sind sehr characteristisch und gut sweckmässig ausgewählt. — Sicher wird diese Auflage von Anfängern und Praktikern mit demselben Beifall, dessen sich die frühern Auflagen dieses gediegenen Lebrbuches su erfreuen gehabt haben, aufgenommen werden.

Mains.

Dr. Frans Ludw. Foist.



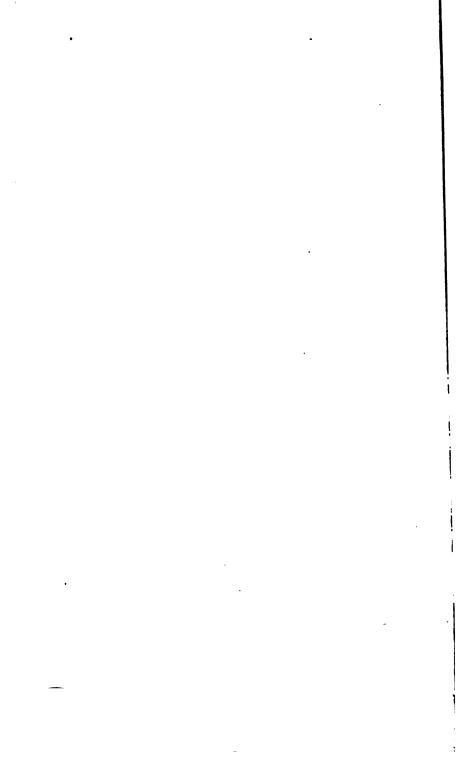
Gez v Andorff life took v L Sathse 9 Co Borlin

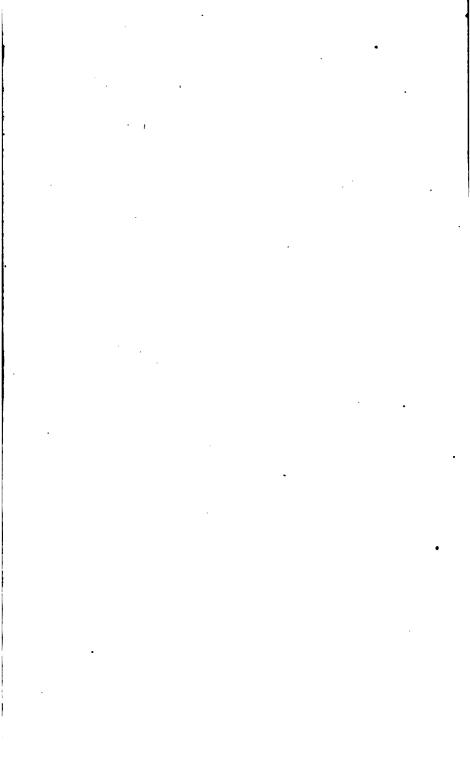


Monatsse

Tab ][

Gez Cester Contraction







• : 41B 296 • · . , . **N** . . . · · • • Ý •. • •



