Von den 82 Fällen, in denen die Temperatur während dieses Zeitraumes mindestens ein Mal über 38,0 stieg, waren 30 Spätfieber, d. h. die erste Steigerung erfolgte erst am 7. Tage oder später.

Die folgende kleine Tabelle mag zeigen, wie im Laufe der Jahre die vollständig fieberlosen Wochenbetten zugenommen haben¹⁾, und wie auch die fieberhaften Erkrankungen an Bedeutung verloren und erst in späteren Tagen des Wochenbettes auftraten (Spätfieber).

Jahr	Zahl der Geburten	Fieberlose Wochenbetten	Fieberhafte Wochenbetten	Darunter Spätfieber
1883	171	42,1 %	57,9 %	11,7 %
1884	255	56,8 "	43,2 "	12,6 "
1885	226	63,3 "	36,7 "	10,2 "
1886	283	66,1 "	33,9 "	12,4 "
1887	272	70,9 "	29,1 "	9,7 "
1888	98	68,4 "	31,6 "	14,3 "

(bis Ende März).

Der Abfall der fieberlosen Wochenbetten von 70,9 % des Jahres 1887 auf 68,4 % des ersten Quartals des Jahres 1888 hat vielleicht seinen Grund im Weglassen der präliminären Sublimat-Scheidendouche, statt welcher wir seit 1. Januar 1888 nur eine Wasserdouche vornehmen. Doch sind die Zahlen noch zu klein, um eine Ausschlag gebende Antwort erhalten zu können.

Von den 308 Wöchnerinnen verliessen die Anstalt am

2. Tage	1 transf. wegen Erysipel,	17. Tage	4
7. "	1	18. "	2
8. "	12	19. "	3
9. "	119	20. "	2
10. "	100	21. "	1
11. "	30	23. "	1 Mastitis
12. "	12	24. "	1 Mastitis
13. "	7	32. "	2 Tuber. Hämat. vag.
14. "	5	37. "	1 Mastitis
15. "	2	52. "	1 Scheidenverletzungen
		61. "	1 Sect. caes.

Somit verliessen, den Fall von Erysipel abgerechnet, bis zum 12. Tage 276 Wöchnerinnen = 89,6 % gesund die Anstalt. 1881—1882 stellte sich diese Zahl auf 57,7 %, 1883—1884 auf 70,9 %, 1885—1886 auf 80,5 %.

Eine schwerere Wochenbetterkrankung kam in dem Berichtsjahre nicht vor.

Die Neugeborenen.

Es wurden 313 Kinder und ein Abort ohne Frucht geboren.

Rechtzeitig 272, frühzeitig 40, unzeitig 1.

23 Kinder wurden todt geboren, 9 davon macerirt. In Folge des Geburtsverlaufes starben 9 vor beendeter Geburt, aus unbekannten Gründen 4, unreif war 1.

Scheintodt wurden geboren 11, 4 davon starben.

Vor Entlassung der Mutter aus der Anstalt starben ausserdem noch 15, so dass im Ganzen von 313 Neugeborenen 271 Kinder mit der Mutter die Anstalt verliessen = 86,6 %.

Das grösste Kind war das einer Zweitgebärenden; es wog 5100 g, war 55 cm lang.

Ueber Scheintodt der Neugeborenen und dessen Behandlung.

Die Methode, welche wir zur Wiederbelebung scheintodt gegebener Kinder anwenden, ist folgende:

Wie bei allen lebenden Kindern, so auch bei den scheintodten, wird nach Durchtritt des Kopfes aus der Scheinspalte, oder wenn die Geburt der ganzen Frucht in einer Wehe erfolgte, sobald das Kind zwischen den Schenkeln der Mutter liegt, mit einem feuchten Mulllappchen, welches über den kleinen Finger gestülpt wird, der Mund und Rachen, so weit möglich, gesäubert. Das Kind wird abgenabelt und zunächst in das warme Bad gebracht und so tief im Wasser gehalten, dass wo möglich nur das Gesicht heraussehaut.

Mit einer weichen Feder wird nun die Nasenhöhle gereinigt, indem durch wiederholtes Umdrehen der Feder die in der Nasenhöhle befindlichen Schleimmassen aufgerollt und dann herausgezogen werden.

Während dieser Manipulationen wird man schon in der Regel gewahr, ob es sich um einen Fall von geringem Scheintodt handelt oder nicht, indem eine gewisse Zahl der im Scheintode geborenen Kinder jetzt bereits regelmässig zu athmen anfängt.

Geschah dies bisher aber noch nicht, so gehören die nächsten Minuten der ruhigen Beobachtung. Die auf den Brustkorb aufgelegten Zeigefingerspitzen zählen die Herzpulsationen; gelingt dies nicht, so bringt man das mit warmem Tuche abgetrocknete Kind mit der vorderen Thoraxwand an das Ohr und controlirt auf diese Weise die Herztöne. Hat man sich überzeugt, dass diese wirklich noch vorhanden, und man es nicht mit einem todtten Kinde zu thun habe, so prüft man die Reactionsfähigkeit empfindlicherer Körperorgane, um den Grad des Scheintodes abschätzen zu können. Mit Recht benutzt man hierzu gewöhnlich die Gaumenmuskulatur, wobei man auch zugleich die Kiefermuskulatur mit prüft. Contrahirt sich die Gaumenmuskulatur um die eingeschobene Fingerspitze, oder kneift das Kind gar den Finger zwischen seine Kiefer, so ist es kein Fall von tiefstem Grade des Scheintodes.

Am besten setzt sich der Arzt zu der Beobachtung des Kindes hin und hält das Kind im Wasser auf seiner Hand. Ich habe die Ueberzeugung gewonnen, dass durch dieses Warten keine Benachtheiligung des Kindes erfolgt, im Gegentheil, ich bin der Ansicht geworden, dass der ruhige Aufenthalt in genügend warmem Wasser dem Kinde zur Zeit mehr frommt, als Wiederbelebungsversuche anderer Art. Weitans die meisten asphyktischen Kinder kommen zum regelmässigen und ausgiebigen Athmen,

¹⁾ Siehe auch: Ahlfeld, Berichte und Arbeiten, Band III, p. 123, Tabelle a.

X. Oeffentliches Sanitätswesen.

Bericht über die Vorgänge in der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik zu Marburg während der Zeit vom 1. April 1887 bis 31. März 1888.

Von F. Ahlfeld.

(Schluss aus No. 27.)

Verlauf der Wochenbetten:

Keine der 308 Wöchnerinnen starb. Sieben wurden in andere Krankenhäuser transferirt, wo eine derselben der Tuberculose erlag (Siehe oben p. 3 den Fall von Ptyalismus, 1887, No. 92). Die übrigen sechs wurden transferirt wegen Gesichtserysipel (geheilt), wegen Pyelitis (aus der inneren Klinik uns zugeschickt und wieder nach abgelaufenem Wochenbett zurücktransportirt), wegen leichter Pneumonie, wegen Mastitis (3 Mal).

226 dieser Wöchnerinnen machten ein vollständig fieberfreies Wochenbett durch, d. h. während ihres ganzen Aufenthaltes in der Anstalt nach Geburt des Kindes (die Steigerung direkt post partum unberücksichtigt gelassen) überstieg die Temperatur kein Mal 38,0.

ohne dass man etwas anderes thut, als sie im warmen Wasser liegen zu lassen. Selbst die scheinbar tief asphyktischen Kinder kommen unter Umständen zu sich, ohne dass etwas anderes geschieht, als die beschriebenen Manipulationen. Nur Sorge man, dass das Badewasser durch Zugießen heissen Wassers immer auf annähernd derselben Temperatur erhalten werde.

Hat im Verlaufe von circa 10 Minuten der Zustand des Kindes sich nicht geändert, oder sind gar die Herztöne an Zahl auffallend zurückgegangen, so bringe ich das Kind in einem erwärmten Flanell auf den Wickeltisch und nehme die Katheterisation der Trachea vor, um die in der Trachea befindlichen Schleimmassen anzusaugen. Das Lufteinblasen durch den Katheter unterbleibt noch.

Der Erfolg der Reinigung der Luftröhre ist unter solchen Umständen zumeist ein eelatanter. Die ganz oberflächlichen Athmungen werden tiefer und häufiger, die Frequenz der kindlichen Herzschläge wird reichlicher.

An die Katheterisation tracheae wird sofort ein ausgehigtes Frottiren der gesamten Oberfläche des Kindes angeschlossen; der Hantreiz ist es, welcher meinen Erfahrungen gemäss am ausgehigsten wirkt, denn die meisten tief seintodten Kinder, bei denen ich die Wiederbelebungsversuche selbst geleitet habe, machten die grössten Fortschritte während und gleich nach dem Frottiren. Gewöhnlich schlagen die Kinder während des Frottirens zum ersten Male die Augen auf und geben auch den ersten Laut von sich, ziehen die Extremitäten zum ersten Male an.

Danaeh bringt man das Kind wiederum direkt in das warme Bad und beobachtet ruhig nochmals eine Weile Herz- und Athmungsfrequenz und die eventuelle Zunahme der Reflexerregbarkeit. Wenn nöthig, wechselt man nun noch mehrere Male zwischen Frottiren und warmem Bade ab, bis man aus dem Befinden des Kindes ersehen kann, dass die Wiederbelebung eine genügende ist.

In den wenigen Fällen, wo die Kinder sich auf diese Methode hin nicht erholten, habe ich natürlich auch mittelst verschiedener Methoden die Einführung von Luft in die Lungenalveolen ausgeführt, sei es durch Schultze'sche Schwingungen, sei es durch Einblasen mittelst Mercier'schen Katheters. Ich habe aber keinen einzigen Fall zu verzeichnen, in dem ein tief asphyktisches Kind, welches bei Anwendung der oben beschriebenen Manipulationen nicht zum Leben gekommen, schliesslich noch durch Schultze'sche Schwingungen oder durch direktes Einblasen von Luft erhalten worden wäre.

Man müsste doch erwarten, wenn die Schultze'schen Schwingungen das heste Mittel wären, um seintodte Kinder wieder zu beleben, dass sich doch ab und zu ein Fall gefunden haben würde, in dem, nachdem andere Mittel im Stiche gelassen, schliesslich durch Schultze'sche Schwingungen das Ziel noch erreicht worden wäre.

Man wende darauf nicht ein, dass, wenn ich so lange mit Anwendung der Schultze'schen Schwingungen gewartet, die Reaktionsfähigkeit gleich Null geworden, und dass ich dann freilich keine Hoffnung mehr hätte haben dürfen.

Es sind mehrere Fälle unter den von mir beobachteten, in denen die Kinder nach vergeblich ausgeführten Schultze'schen Schwingungen noch über eine halbe Stunde Herzthätigkeit gezeigt haben, ohne dass es gelang, die Athmung in Gang zu bringen.

Ferner möchte ich hier betonen, dass, bis wir zu dem Resultate gekommen sind, die Schultze'schen Schwingungen nicht mehr in erster Linie anzuwenden, eine Reihe von Beobachtungen vorlagen, in denen die Schultze'schen Schwingungen nicht erst als ultimum refugium angewendet wurden, sondern schon zeitig in Anwendung kamen, ohne dass ich durch diese Fälle die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Methode mehr zu leisten im Stande sei, als die von mir beschriebene.

Ich füge ferner hinzu, dass wir an totem Materiale fleissig experimentirt haben; aus dem Allen ist zu entnehmen, dass wir nicht leichtfertig in dieser Frage gehandelt haben und den Vorwurf, etwa durch Unterlassung einer „anerkannten“ Methode ein Kindesleben geopfert zu haben, nicht verdienen.

Die Schultze'sche Methode hat aber auch eine Reihe von Nachtheilen, die erst im Verlaufe der Jahre uns klarer und klarer hervorgetreten sind, so dass ich Bedenken trage, diese Methode durch Hebammen ausführen zu lassen.

Wenn es sich daher herausstellen sollte, dass man mit der von mir beschriebenen Methode mindestens ebenso weit kommt, wie mit der Schultze'schen, so würde dieselbe ihrer Einfachheit halber den Vorzug verdienen und in die Hebammenpraxis einzuführen sein.

Zur Begründung der Bedenken gegen die Schultze'sche Methode einerseits, zur Empfehlung unseres Verfahrens andererseits kann ich mich vor der Hand weniger auf theoretische Erwägungen stützen, als auf sorgfältige Beobachtungen und praktische Erfahrungen.

Gegen die fein durchgearbeiteten Schultze'schen Theorien vorzugehen, kann man nur nach einem eingehenden, womöglich experimentellen Studium. Dass aber die Schultze'schen Anschauungen nicht unanfechtbare sind, darauf deutet die Meinungsverschiedenheit unter Physiologen von Fach hin.

Innerhin mag angedeutet sein, dass ich mich mit der Zurückstellung der Bedeutung des Hirndruckes, wie Schultze es thut, nicht einverstanden erklären kann. dass ich auf den Hirndruck nach der Geburt, auch unabhängig von der durch Hirndruck bewirkten secundären Asphyxie, ein grösseres Gewicht lege, als auf die letztere.

Ich könnte eine Reihe von Beobachtungen in unseren Protocollen genau verzeichnen bringen, aus denen der Einfluss des intereraniellen Druckes von den stärksten bis zu den schwächsten Erscheinungen ersichtlich ist unter Symptomen, die gleich post partum als rein asphyktische imponiren mussten.

Ja, ich möchte sogar behaupten, dass die grössere Zahl der asphyktischen geborenen Kinder ihren asphyktischen Zustand diesem vermehrten Hirndrucke verdankt.

Wäre dem aber so, dann würden für diese Fälle wenigstens Methoden der Wiederbelebung vorzuziehen sein, welche mit der Anregung zum Athmen zugleich eine Depletion des Gehirns und der Medulla oblongata verbinden.

Zweitens scheint mir der Einfluss der Sauerstoffzufuhr auf das Zustandekommen der ersten Athemzüge tief asphyktischer Kinder von Schultze überschätzt worden zu sein. Die Zahl der Fälle ist bereits eine ganz erhebliche, in denen ich bei tief asphyktischen Kindern durch Einblasen von atmosphärischer Luft mittelst Trachealkatheters durch einen Zeitraum bis zu einer Stunde und darüber regelmässig Anfangs eine wesentliche, später aber eine geringere Zunahme der Herzfrequenz herbeiführen konnte, und doch die Athmung vollständig ausblieb, oder wo sie mangelhaft im Gange war, nach und nach aufhörte. Gewiss hat jeder Lehrer der Geburtshilfe seinen Zuhörern dieses Experiment wiederholt vorgeführt, gewiss hat mancher beobachtende, praktische Geburtshelfer das Gleiche erlebt.

Die Schultze'sche Methode hat den Nachtheil, dass die Körperoberfläche allzu bedeutend abgekühlt wird. Wer, wie wir, die Wiederbelebungsversuche nur im warmen Bade und in der erwärmten wollenen Hülle vornimmt, kann sich bald der Ueberzeugung nicht mehr verschliessen, dass eine ab und zu vorkommende Abkühlung der Oberfläche des Kindes häufig einen Rückschritt in den Erfolgen der Wiederbelebungsversuche zur Folge hat. Es scheint also, dass die Erweiterung und Füllung der Hauteapillaren eine wesentliche Rolle bei der Blutvertheilung, die zur Besserung führt, spielt, eine Annahme, die auch bestätigt wird durch die Thatsache, dass der von uns angewendete Hautreiz, das Frottiren, den gleichen Einfluss auf die Hautgefässe ausübend, besonders günstig als lebensrettendes Mittel zu wirken scheint. Wir haben aus dem Grunde in letzter Zeit auch die kalten Uebergiessungen des Kindes nicht mehr als Reizmittel in Anwendung gebracht.

Die Schultze'schen Schwingungen sind weiterhin nicht gleichgültig, wo es sich um cerebrale Veränderungen, hervorgerufen durch intereranielle Blutergüsse oder Hyperämie der Hirnsubstanz selbst handelt. Ich habe oben schon betont, wie ich derartige Veränderungen als eine häufige Ursache der Störung der Athmungsthätigkeit nach der Geburt halte. Nun wird mir jeder zugehen, dass es nicht so leicht ist, die Unterscheidung bei einem eben geborenen asphyktischen Kinde zu machen, ob die wichtigsten Veränderungen, welche man zu beseitigen anstreben muss, die durch Hirndruck hervorgerufen oder die durch frühzeitiges Athmen herbeigeführt sind. Ein Mittel, welches nach einer Seite hin zweckmässig sein würde, wird nach anderer Seite hin Schaden hervorrufen können.

Weiter beobachtete ich folgenden Fall, für den ich freilich eine Erklärung zu geben nicht im Stande bin:

G., ledig, 30 1/4 Jahr alt, 2. Gebärende mit mässig allgemein verengtem Becken (Conj. ext. 18,7, diag. 10,7; stark vorspringender Buckel an der hinteren Wand der Symphyse) gebar ein in Fusslage sich stellendes Kind (2980 g. 51,5 cm). Lösung beider Arme schwierig, Entwicklung des Kopfes durch Veit's Handgriff verhältnissmässig leicht.

Warmes Bad, Katheterisation tracheae und Frottiren bringen das Kind in kurzer Zeit so weit, dass es regelmässig athmet, während der Anfangs verlangsante Herzschlag zur normalen Frequenz gestiegen war. Hingegen war die Reflexerregbarkeit nur eine mässige und zu einem Schrei war es auch nicht gekommen. Doch liess der Eindruck, den das Kind machte, eine so günstige Prognose stellen, dass ich das Kind der Wärterin geben wollte, die es noch so lange im Wasser belassen sollte, bis es zum vollkommenen und kräftigen Athmen und Schreien gekommen sei. Da kam ich auf den Gedanken, den anwesenden Schülerinnen an diesem Falle die Schultze'schen Schwingungen zu demonstrieren. Als ich zwei Schwingungen ausgeführt hatte, hörte die Athmung plötzlich nahezu auf. Das Kind wurde sofort wieder in das Bad gebracht, frottirt, der Katheter noch einmal angewendet, auch Einblasungen mittelst desselben vorgenommen, aber ohne Erfolg. Der Herzschlag, welcher bis dahin regelmässig war, wurde weniger und weniger frequent. 37 Minuten nach dem Antritt des Kindes erfolgte der Tod.

Die von Prof. Marehand ausgeführte Section ergab Folgendes:

Keine Kopfgeschwulst, keine Blutungen in der Kopfschwarte, ebenso wenig in den Hirnhäuten und Schädelknochen. Gehirn von sehr guter Consistenz. Gefässe der Pia mater sehr schwach gefüllt, das ganze Gehirn auffallend blass. Situs der Brustorgane normal. Herz schlaff, enthält reichlich flüssiges Blut. Linke Lunge an der Oberfläche des Oberlappens mit zahlreichen, fein verästelten Luftaustritten unter die Pleura, welche sich bis zum Hilus erstrecken. Lunge gleichmässig lufthaltig. Rechte Lunge an der Spitze, an vorderen Theile des mittleren Lappens und namentlich im ganzen unteren Dritttheil des unteren dunkelroth, ziemlich derb, sehr hirtreich. Das Gewebe augenscheinlich mit extravasirtem Blute durchsetzt bis unter die Pleura. Lunge im Uebrigen lufthaltig.

Organe der Bauchhöhle ohne Veränderung. Milz und Leber blutreich. Dünndarm stark mit Meconium gefüllt; Blase leer.

An der ganzen Brustwand, sowohl in den Muskeln an der Vorderfläche, besonders in den Intercostalräumen, als unter der Pleura im oberen Theile des Thorax verbreitete Extravasate.

Endlich ist zu erwähnen, dass die Zahl der Beobachtungen von Organverletzungen, welche nach Schultze'schen Schwingungen entstanden waren, nicht mehr so gering ist. Runge¹⁾ berichtet:

„Einen sehr seltenen Befund bot ein Kind mit einer Lungenhämorrhagie, das mittelst Forceps seintodt extrahirt, und bei welchem Wiederbelebungsversuche (Ansaugen des aspirirten Schleimes mittelst eines Katheters und Schultze'sche Schwingungen) nur eine unvollkommene Athmung eingeleitet hatten. Dasselbe starb nach 8 Stunden. Die Section ergab flüssiges Blut in beiden Pleurahöhlen. Beide Lungen waren von

¹⁾ Charité-Annalen. 7. Jahrgang. Berlin, 1882, p. 726.

grossen Hämorrhagieen durchsetzt, der linke Oberlappen durch eine solche Blutung in seinem Gewebe total zerstört und der Pleuraüberzug geborsten. Die übrigen Partien der Lunge zum Theil lufthaltig. Die Trachea mit flüssigem Blute gefüllt. An den übrigen Organen nichts besonderes. Es bleibt fraglich, ob diese Verletzungen der Katheterisation (ein Einblasen von Luft soll nicht stattgefunden haben) oder den Schultze'schen Schwingungen zur Last fallen. In jedem Falle sind diese Manipulationen mit illegaler Gewalt von Seiten des poliklinischen Praktikanten vorgenommen worden, da ähnliche Verletzungen bisher von uns niemals beobachtet und, so viel ich weiss, auch literarisch niemals bekannt geworden sind¹.

Von weiteren Verletzungen nach Anwendung der Schultze'schen Schwingungen berichtet Runge,¹⁾ der sich übrigens sonst mit den Erfolgen sehr zufrieden erklärt: „Ausgenommen einige wenige Fälle, wo die Section Blutergrüsse in das Gewebe der Nebennieren nachwies, hat er nie erhebliche Verletzungen der Kinder, die den Schultze'schen Schwingungen zur Last gelegt werden könnten, beobachtet“.

Ferner beschreibt Winter drei Fälle von Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen:

1. 49 cm langes Kind. Scrotum stark geschwollen und schwarzblau durchschimmernd; beim Einscheiden spritzt schwarzes Blut heraus. In der Bauchhöhle circa 100 g Blut; bei Druck auf das Scrotum entleert sich Blut in die Bauchhöhle. Die Leber zeigt keine grösseren Verletzungen.

2. Ausgetragenes Kind. Lang dauernde, vom Praktikanten angestellte Schultze'sche Schwingungen.

Leberruptur und Rippenfractur. Bauchhöhle enthält eine grosse Menge flüssigen Blutes. In der linken Leisten- und in der rechten Lumbalgegend findet sich je ein circa Markstück grosses subperitoneales Blutextravasat.

3. Zweiter Zwilling, 36. Woche. Leberruptur und Absprengung der Hinterhauptsschuppe von der Pars condyloidea des Os basilare. Bauchhöhle enthält ein grosses Quantum flüssigen Blutes. In der rechten Leistengegend ein grosses, subperitoneales Blutextravasat.

Nach brieflichen Mittheilungen hat Winter noch weitere Verletzungen nach Schultze'schen Schwingungen beobachtet; unter Anderem auch eine Abreissung der vergrösserten syphilitischen Milz bei Ascites.

Unsere Experimente an Leichen Neugeborener, deren Tod vor dem Blasenprunge erfolgt war, ergaben übereinstimmend mit den Resultaten Anderer, dass mittelst Schultze'scher Schwingungen die Lungen Neugeborener in ausgiebigster Weise mit Luft sich anfüllen lassen. Zwei Experimente, in denen die Versuche ein negatives Resultat ergaben, seien hier kurz berichtet:

Knabe, 2165 g, 47,5 cm. Vor der Ausführung der Schwingungen keine Aspiration etwaigen Trachealsehimes. Es wurden von mir selbst und einem Praktikanten zusammen 50 Schwingungen ausgeführt.

Die Eröffnung des Kindes ergab ein vollständig negatives Resultat. Selbst die kleinsten Schnitte des Lungenparenchyms sanken im Wasser unter. Verstopfung der Trachea oder der Brouchien nicht vorhanden.

Mädchen, 3145 g, 52 cm, einige Stunden vor erfolgtem Blasenprunge abgestorben.

Durch Percussion des Abdomen und des Thorax wurde allseitig vollständig leerer Schall nachgewiesen. Nach Ausführung von 50 Schwingungen der gleiche Befund. Auch in den Därmen wurde Luft nicht nachgewiesen. Bei der nun nachträglich ausgeführten Katheterisation gelingt es nur etwas dünnflüssigen Schleim zu erhalten. Der Darm wird unter Wasser eröffnet, ohne dass eine Luftblase in die Höhe steigt. Die Lungen in toto, sowie auch einzelne Stückchen, selbst die vom Rande entnommenen, schwimmen nicht, sondern sinken zu Boden.

Die von Herrn Professor Marchand vorgenommene, genaue Untersuchung der Luftwege ergab: Lungen allseitig luftleer; einige kleine Luftbläschen in den grösseren Brouchien. Die feineren Brouchien sind sämtlich ausgestopft mit tief eingesogener Vernix caseosa. Unter der Lungenpleura einige Ecchymosen. Lungengewebe nirgends infiltrirt.

Ein negatives Resultat erhielten wir in einem dritten Falle, in dem sich die Lunge im Zustande der weissen Induration bei einem syphilitischen Kinde befand.

Augenerkrankungen der Neugeborenen.

Ende des Berichtsjahres kamen drei Fälle hintereinander vor, von denen die beiden letzteren, ein Zwillingsspaar, ihre Erkrankung dem ersteren verdankten.

Der erstere Fall zeigte reichlich Diplococci, die wir im mütterlichen Vaginalsecrete aber nicht fanden. Ebenso haben wir im Secrete der Conjunctiva der Zwillingsskinder vergeblich nach specifischen Cocci gesucht. Die Erkrankung der Zwillingsskinder trat bei weitem leichter auf, als der Primärfall. Alle drei Kinder waren frühgeboren. Die Erkrankungen verliefen bei energischer Eis- und späterer Argentum nitricum-Behandlung ohne Nachtheil für die Cornea.

Kurz vor dem Vorkommen dieser Erkrankungen hatte ich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 14, Heft 2, eine kleine Abhandlung veröffentlicht über die Verhütung der infectiösen Augenerkrankungen in der ersten Lebenswoche, worin ich berichten konnte, dass wir seit 3 1/2 Jahren keine Ophthalmoblepharorrhoe in der Anstalt gehabt haben. Ich suchte in dieser Arbeit nachzuweisen, dass ausser verschiedenen prophylaktischen Maassnahmen auch die präliminare Scheidendouche mit Sublimat ausgeführt von Nutzen gewesen sein möchte. Oben habe ich schon angegeben, dass wir seit 1. Januar d. J. die Sublimatdouche mit einer einfachen Wasserdouche vertauscht haben. Möglich, dass hierin der Grund für das Auftreten der Ophthalmoblepharorrhoe zu suchen ist.

Missbildungen der Neugeborenen

waren in diesem Jahre selten. Eine linksseitige Halskiemenfistel und ein ausgesprochener Plattfuss ist das einzige, was wir notirt haben.

Vorgänge in der geburtshülflichen Poliklinik.

Die Hülfe der Anstalt wurde im Berichtsjahre 1887/88 25 Mal gefordert. 2 Mal machte sich die Anwendung der Zange nothwendig.

2 Mal musste die Extraction am Steiss oder Fuss ausgeführt werden.

1 Mal ist die Weidung gemacht worden.

In 4 Fällen waren es Aborte, 5 Mal Blutungen in der dritten Geburtsperiode, 1 Mal Hydramnion, die ärztliche Hülfe nothwendig machten.

Eine der Frauen starb an Verblutung in der Nachgeburtsperiode, eine ein Arzt hinzugekommen: eine Wöchnerin erlag nach Ruptur des unteren Gebärmutterabschnittes als Fortsetzung einer Cervixruptur einer Peritonitis.

¹⁾ Referat in Schmidt's Jahrbüchern. 1888, Heft 2.

²⁾ Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, 46. Band, p. 84.