II.

Sammelbericht über die geburtshülflich-gynäkologische Literatur Dänemarks 1903.

Von

Dr. M. Le MAIRE

in Kopenhagen.

1. Albeck, V.: Om Desinfektion af Champétier de Ribes' Ballon ved Formoldamp. — Bibliothek for Læger. H. 1—2. p. 34—46.
2. Esmann, V.: Tilfælde af fortidlig Løsning af den normalt insererede Placenta. — Bibliothek for Læger. H. 5—6. p. 339—46.
3. Godskesen, N.: Strubetuberkulosen under Svangerskab og Fødsel. — Hospitalstidende. No. 19. p. 493—503. No. 20. p. 526—540.
4. Howitz, Fr.: Om Behandling af cancer med Frysning. København. 1902. 39 S.
5. Kaarsberg: Behandling af Barselseber. Hospitalstidende. No. 31. p. 813—20.
6. Kjelgaard: Et Tilfælde af Konception sine immissio penis. Ugtskrift. for Læger. No. 49. p. 1159.
7. Levy, Fr.: Ventrofixatio uteri vom Hjalpe operation ved Myomotomie og andre Laparatomier. — Nord Kirnig. Forenings. V. Møde i København. August 1901.
8. Lützhöft: Et Tilfælde af medfødt Morfinisme. Hospitalstidende. No. 49. p. 1219—23.
9. Maag: Meddelelser fra Praestø Amts Sygelrus. Hospitalstidende. No. 30. p. 781—89.
10. Meyer, Leopold: Stadfeldt's Lærebog i fødmoderkunsten. II. omarbejdede Udgave. København. 1903. 327 S.
11. Derselbe: Kasuistiske Meddelelser fra Fødselsog Plejestiftelsen. Bibliothek fra Læger. H. 3—4. p. 221—41.
12. Derselbe: Paternitets spørgsmaalet. Bibliothek for Læger. H. 1—2. p. 46—50. (Pontoppidan: Paternitets spørgsmaalet. H. 3—4. p. 241—44. Meyer Leopold: Bemaerkninger til ovenstaaende. p. 244—46.)
13. Muus, N.: En Faræ ved Indlaeggelsen af Champétier de Ribbes' Ballon. Hospitalstidende. No. 8. p. 218—21.
14. Maire, M. le: Endnu et Par Bemaerkninger om Indlaeggelsen af Ch. de Ribes' Ballon. Hospitalstidende. No. 12. p. 341—42.
15. Muus: Svar paa ovenstaaende Bemaerkninger. Hospitalstidende. No. 13. p. 271.
16. Schon, S.: Om de desmoide Serelster in den bløde Bugvaegs muscluoaponeuroteska Lag. Disputats. København. 1902. 157 S.
17. Trolle: Et Tilfælde af Graviditas tubo-abdominalis. Hospitalstidende No. 24. p. 629—34.
18. Vogelius, L. S.: Om ovariale dermoider. Ugtskrift frae Læger. No. 26. p. 601—14.
19. Beutning fra den Kgl. Fødsels-og Plejestiftelsen i København for 1902.

1. Albeck, V.: Über Desinfektion des Ballon von Champetier de Ribes durch Formoldampf.

Eine wesentliche Unannehmlichkeit bei dem Gebrauche des Ballon von Champetier de Ribes ist es, dass er sich nicht leicht sterilisieren lässt, ohne gleichzeitig mürbe zu werden. Die Methode von Dr. Albeck scheint diesem Mangel abgeholfen zu haben. Aus seinen Versuchen geht hervor, dass man eine genügende Desinfektion beschaffen kann, wenn man den Ballon, in einem leinenen Sacke eingepackt, Formoldämpfen von $50-60^{\circ} \frac{1}{2}$ —1 Stunde lang aussetzt. Der Ballon darf nicht vor 24 Stunden nach der Desinfektion benutzt werden, damit der Formol vollständig verdampfen kann. — Da die Temperatur nicht ganz fest zu sein braucht, ist ein Thermoregulator nicht nötig, und man kann mit einem gewöhnlichen Dobbertkasten mit Thermometer und Öllampe auskommen.

2. Esmann, V.: Fall von frühzeitiger Lösung der normal inserierten Placenta.

Verfasser hat Gelegenheit gehabt, eine Frau zu behandeln, die diese ernste Geburtskomplikation 2mal in einem Jahre durchgemacht hat, mit günstigem Resultat. Trauma war nicht vorhanden; Symptome von Endometritis auch nicht. Dagegen hat man bei beiden Geburten eine bedeutende Albuminurie nachgewiesen, die doch gewiss sekundär aufzufassen ist.

3. Godskesen, N.: Die Laryngealtuberkulosis während Schwangerschaft und Geburt.

Verfasser hat 46 Fälle sammeln können, davon 20 nicht früher publizierte! Die relativ geringe Häufigkeit kommt davon, dass die Krankheit bei Frauen verhältnismässig selten ist, und davon, dass die Frauen mit dieser Krankheit nicht so häufig schwanger werden. Die Prognose ist in einer grossen Anzahl von Fällen höchst ungünstig. Verfasser empfiehlt, dass man bei Stenosesymptomen während der Schwangerschaft nicht die Tracheotomie verschiebt, bis die Symptome gefährdend werden, und dass man ausserdem in den Fällen, wo man in der letzten Hälfte der Schwangerschaft schwere oder schnell verlaufende Laryngealtuberkulose findet, die Operation macht, selbst wenn Stenosesymptome noch nicht da sind. In allen Fällen, wo die Geburt erwartet wird, darf man tracheotomieren, auch bei sehr moderaten Stenosesymptomen, weil die Kranke sonst lebensgefährliche Erstickungsanfälle während der Geburt bekommen kann. Wenn die Tracheotomie ohne Erfolg bleibt, kann die Laryngoëssur indiziert werden. Diese Operation ist während der Schwangerschaft nur 3 mal ausgeführt worden, darunter 2 mal in Dänemark (Tage-Hansen); die beiden Kranken starben kurz nachher an ihrer Krankheit.

Abortus provocatus darf, dem Verf. zufolge, nur in den ersten Monaten ausgeführt werden, und zwar nur da, wo man in unkomplizierten Fällen auf eine jedenfalls relative Heilung hoffen könnte. Partus arte paematurus kommt nur selten in Gebrauch, wenn man es sich zur Regel macht, in guter Zeit die Tracheotomie vorzunehmen.

Man muss Kranken mit Laryngealtuberkulose schwanger zu werden energisch abraten.

4. Howitz, Fr.: Über die Gefriermethode als Carcinombehandlung.

Wir haben früher Gelegenheit gehabt, die Versuche von Howitz zu besprechen. Es ist wohl recht zweifelhaft, ob man von dieser Methode etwas erwarten kann, und der Zweifel wird durch die vorliegende Arbeit nicht vernichtet.

5. Kaarsberg, J.: Über Puerperalfieber-Behandlung.

Viele Geburtshelfer kommen zu den Gebärenden fast ohne Instrumente. Kaarsberg hebt mit Recht hervor, dass es in prophylaktischer Beziehung von grosser Bedeutung ist, dass der Geburtshelfer nicht nur steriles, sondern auch genügend vollständiges Instrumentarium mit sich nimmt, um jeder Eventualität vorbereitet begegnen zu können.

Die Hauptsache bei der Behandlung liegt darin, eine so genaue Diagnose wie möglich zu haben und so bald wie möglich. Kann man eine septische Retention diagnostizieren zu einem Zeitpunkt, wo die Infektion sich noch nicht weiter verbreitet hat, so ist natürlich rationell dieselbe Behandlung anzuwenden, wie bei einem septischen Abort (Finger, nicht Kurette). Leider geht Verf. auf diese diagnostischen Fragen nicht weiter ein.

6. Kjelgaard: Ein Fall von Konzeption ohne Immissio penis.

27jährige Frau, verheiratet, 6 Monate. Gravida m. III—IV. Hymen wird intakt gefunden und kann den explorierenden Finger nicht passieren lassen.

7. Levy, Fr.: Ventrifixatio uteri als Hilfsoperation bei Myomotomien und anderen Laparotomien.

Die Ventrifixatio kann mit gutem Resultat benutzt werden, um Infektion vom Uterinstumpf zu vermeiden in Fällen, wo es nicht möglich ist, den Stumpf ordentlich mit Peritoneallappen zu decken und wo man eine Infektion des Cervikalkanals vermuten muss.

In einem sehr alarmierenden Fall von Blutung während einer Myom-Operation, von einem Riss im Peritoneum stammend, wo Umstechung u. s. w. vergebens versucht worden ist, hat Levy die Frau dadurch gerettet, dass er den Uterus ventrofixiert hat; wirksam dabei ist nicht nur die Kompression gegen die Bauchwand, sondern auch die Antepositio des Uterus.

8. Lützhöft: Ein Fall von Morphinismus congenitus.

Kind gut entwickelt und sonst gesund, aber vom ersten Anfang an sehr agitiert, schlaflos, immer schreiend, mit gequältem Gesichtsausdruck. In den ersten $2\frac{1}{2}$ Tagen hat das Kind keine Nahrung behalten können und ist immer schlimmer geworden. Dann hat man versucht, $\frac{1}{2}$ Tropfen Tinctura thebaica 2—3 mal täglich zu geben; alle Symptome haben sich schnell verloren, und das Kind ist später gut gediehen — auch ohne Morphinum.

9. Maag: 1. Stieltorsion bei Ovarialcyste.

Verf. teilt 2 Fälle mit. Im ersten Falle handelt es sich um eine 26jährige Ipära mit doppelseitiger Dermoidcyste. Im Wochenbett bekommt sie eine linksseitige Phlebitis; das linksseitige Dermoid geht

in Suppuration und das rechtsseitige torquiert sich. Die Torsion fand in mehreren Reprisen statt. Bei der Operation (5—6 Wochen nach Anfang der Torsion) fand man merkwürdigerweise gar keine Adhärenzen. Heilung.

Im zweiten Falle hat sich eine rechtsseitige Ovarialcyste im 3.—4. Monat der Schwangerschaft einer 33jährigen IVgravida torquiert ($2 \times 180^\circ$). Die Cyste war von Kindskopfgrösse. Laparotomie, Heilung.

2. Inversio uteri.

Durch einen Kolpeurynter — also ohne Operation — hat Maag eine 4 Wochen alte Inversio bei einer 35jährigen VIIIpara reinvertiert. Der Kolpeurynter wurde täglich gewechselt und mit 200—400 g Wasser gefüllt. Am 6. Tage hat die Frau bemerkt, dass die Geschwulst vollständig emporgestiegen ist. Kein Rezidiv.

3. Uterus septus mit Hämatometra.

Das 15jährige Mädchen hat Hämatometra-Symptome dargeboten. Menses 5—6 mal, sparsam, schwarzbraun (vielleicht also ursprünglich doppelseitige Atresie). Uterinsonde kann nach rechts eingeführt werden; links fühlt man eine ziemlich grosse Geschwulst. Punktur. Entleerung.

10. Meyer, Leopold: II. umgearbeitete Ausgabe des Lehrbuches der Hebammenkunst von Stadfeldt.

Die I. Ausgabe ist von 1891 und war also jetzt ziemlich veraltet. Es ist Leopold Meyer gelungen, die ganze Anordnung und Umfang zu bewahren und das Buch dennoch so durch und durch zu modernisieren, dass man jetzt in Dänemark im Besitz eines Lehrbuches ist, das vollständig auf der Höhe der Zeit ist. Die innere Untersuchung ist natürlich sehr eingeschränkt worden, und die äussere wird genau beschrieben. Zur Händedesinfektion: Energische Waschung mit sehr heissem Wasser und Seife 5 Minuten, Nagelreinigung, Abspülung mit Spiritus und 2 proz. lauwarmen Karbolwasser 2 Minuten lang; Bürste wird die ganze Zeit angewendet. Es wird nicht ausdrücklich angegeben, dass diese Zeiträume sich nur durch eine Uhr kontrollieren lassen. Der Nabelschnurstumpf wird doppelt unterbunden und am besten in sterile Watte eingewickelt. Die Hebamme hat die Erlaubnis, die Nachgeburt ad modum Crédé zu exprimieren, wenn sie nicht nach $\frac{3}{4}$ Stunden spontan sich löst. Sie lernt auch, kleine Perinealrisse zu machen. Man kann gewöhnlich die Wöchnerin bis 24 Stunden liegen lassen, ohne die Vesica zu katheterisieren, wenn die Wöchnerin nicht Schmerz oder Harndrang fühlt. Salzwasserklysmata werden bei der Behandlung der akuten Anämie empfohlen. Ausdrücklich wird dagegen gewarnt, die Extraktion sofort nach der Wendung bei Placenta praevia vorzunehmen, wenn das Orificium nicht ungefähr verstrichen ist. Eine beginnende Mastitis kann oft mit Erfolg durch Ausmelken coupiert werden.

11. Meyer, Leopold: Kasuistische Mitteilungen.

1. Ovarialtumor, das Wochenbett komplizierend. Ein Ovarialtumor kann im Wochenbett Symptome geben durch Suppuration oder durch Stieltorsion. L. M. teilt einen interessanten Fall letzterer Art mit: 24jährige IIpara. $\frac{3}{4}$ Stunden nach der Geburt bekommt die Wöchnerin eine Ohnmacht. Man denkt an Blutung. Nachgeburt wird also exprimiert: keine Blutung. Pat. erholt sich nach und nach, aber

sehr langsam. Am nächsten Tage wird das Abdomen empfindlich und gespannt, und Erbrechen stellt sich ein. Temperatur normal. Puls 90. Trotz Klysmata keine Abführung. Am 3. Tage reichliche Abführung, die Symptome verlieren sich aber nicht. Die Temperatur steigt leicht. Am 6. Tage deutliche Resistenz im linken Hypogastrium. Tumor wird vermutet. Die ileusähnlichen Symptome schwinden, aber Temperatur steigt über 39°. In der rechten Fossa iliaca eine diffuse Ausfüllung. Negative Punktur im Lacunar post. et dext. Abmagerung. Der Tumor links hält sich unverändert. Das Exsudat wird kleiner und ist am 75. Tage p. p. verschwunden. Pt. leicht febril. Jetzt laparotomiert man und findet den Tumor stark adhärent, besonders mit den Därmen. Fötider Eiter quillt hervor. Die Hauptmasse der Geschwulst wird entfernt. Als Rest des erwähnten grossen Exsudats fand man ausgebreitete Adhärenzen, wodurch glücklicherweise die Peritonealkavität grösstenteils abgeschlossen war. Der Eiter war steril. Heilung. — Die Operation wurde so lange ausgesetzt, damit das Exsudat sich verlieren und der Eiter, den man in der Cyste erwarten musste, steril werden konnte. Es ist also nicht nur die Gefahr in der Schwangerschaft und bei der Geburt, sondern auch im Wochenbett, die dazu auffordert, einen Ovarialtumor in der Regel in der Schwangerschaft zu entfernen.

2. Wiederholter Kaiserschnitt.

In der skandinavischen Literatur sind diese 2 Fälle von Leopold Meyer die ersten. Im ersten Falle war es eine 20jährige Ipara. Rachitisch, allgemein verengtes, plattes Becken. Diag. conj. = 8:5. Temperatur 38,2. Wasser geht ab. Schwache Wehen. Kolpeurynter. Am 14. X. 1897 Sectio caesarea. Zu allen Suturen wird trocken sterilisiertes Katgut angewendet. Hohes Fieber und peritonitische Symptome. Die Bauchwand öffnet sich, sodass der Uterus und eine Darm-schlinge entblösst liegen. Auch die Uteruswunde hat sich geöffnet. Schliesslich Heilung. Lebendes Kind. Verf. bemerkt, dass Porros Operation hier besser gewesen wäre; auch benutzte er nicht mehr ausschliesslich Katgut, sondern zum Uterus Katgut und Seide, zur Bauchwand Katgut und Fishgut. — Am 15. XI. 1899 wird sie zum zweiten Mal durch Kaiserschnitt entbunden. Merkwürdig ist es, dass man eine Uterusnarbe garnicht nachweisen kann. Uterus war aber so adhärent, dass er sich nicht vorziehen lässt. Heilung. Lebendes Kind.

Die zweite Patientin war eine 22jährige Ipara mit Dorsolumbosacralkyphosis und kyphotisch quer verengtem Becken. Diameter transv. inf. = 6 cm. Kaiserschnitt 3. II. 1898. Katgut-Suturen. Lebendes Kind. — Wieder aufgenommen 1. XII. 1902. Keine eigentlichen Wehen. Bekommt ein warmes Bad; hier Wehen und Schmerzen. Sectio caesarea 2. XII., 1 Uhr vormittags. Omentum stark adhärent. Frisches Blut quillt vom kleinen Becken hervor, stammt von einer Ruptur der alten Narbe mit Placentarprolaps. Uterus wird mit 9 seidenen Suturen vereinigt. Heilung. — Die Ruptur ist wahrscheinlich im Bade entstanden. Man hat nicht Porros Operation gemacht, da die Komplikation nicht vorausszusehen war und man also nicht mit der Frau darüber gesprochen hatte.

3. Fibromyom als Geburtskomplikation. Letale Hämorrhagie, vom Stiele ausgegangen.

Weder in dem Falle von Reinprecht (Wien. klin. Wochenschr., 1899, p. 784), noch im Falle von Schmorl (Centralbl. f. Gyn., 1902, p. 1046) handelt es sich um eine eigentliche Stiel-Blutung. Der Fall von Leopold Meyer ist gewiss ziemlich alleinstehend und verdient somit eine mehr ausführliche Besprechung:

Patientin war 34 Jahre alt. Sie hatte 1891—95 4 spontane Geburten gehabt. In 1897 ein Abort im 4. Monat. Danach in mehreren Monaten Blutung, weshalb Kurettage (in Deutschland). Danach Amenorrhoe in 3 Jahren und dann regelmässige Menstruation bis Anfang Dezember 1901. Die Geburt wurde erwartet Medio Septembris. In den letzten 4 Monaten unbestimmte Unterleibsschmerzen; sonst Wohlbefinden. 6. X. 1902 kam die Frau, von der Hebamme begleitet, zur Königl. Entbindungsanstalt in Kopenhagen, nachdem sie auf einem gewöhnlichen Wagen ca. 30 km gefahren war. Die Hebamme gab an, dass Pat. über 5 Tage in Geburt wäre und dass sie und der Arzt über die Verhältnisse nicht klar wären. Geringe Blutung per vaginam. Temperatur 37,6, Puls 102. Vesica leer. Abdomen wird ganz von Uterus erfüllt, gespannt. I. Querlage mit Rücken nach vorn. Herztöne schwach. In Fossa Douglasii, Vagina ausfüllend, ein grosser Tumor von anscheinend cystischem Charakter. In Narkose kann man Collum über der Symphyse erreichen. Cervikalkanal ist für einen Finger durchgängig, und man fühlt Placentargewebe. Danach sehr starke Blutung. Tumor lässt sich leicht reponieren und man fühlt ihn jetzt in rechter Fossa iliaca. Champétier de Ribes-Ballon wird angelegt, extraovulär. Die Blutung steht. Pat. war vom Blutverlust sehr angegriffen. Kräftige Wehen. Wieder Blutung, indem der Ballon abgeht. Narkose. Placenta praevia totalis. Sprengung der Blase. Wendung und Extraktion. Expression der Nachgeburt. Uterus kontrahiert sich schlecht; die Blutung war aber gering (Pat. stark anämisch). Trotz energischer Behandlung der akuten Anämie starb die Frau 2 Stunden später. Bei der Autopsie fand man 600 ccm Blut im Cavum peritonei. In Fossa iliaca dextra eine mannskopfgrosse solide Geschwulst, die mit einem kurzen breiten Stiel mit der Hinterwand von Cervix uteri in Verbindung steht. Die Blutung stammte von einer Vene (so gross wie V. mediana z. B.) in dem Stiele. Diese Vene und der Peritonealüberzug waren geborsten. — Leopold Meyer glaubt, dass die Läsion während der Entbindung und nicht während der Reposition stattgefunden hat. Die Frau hatte ja sehr stark jedenfalls per vias naturales geblutet; Verfasser glaubt doch, dass man die intraperitoneale Blutung nicht unterschätzen muss. — Von Interesse ist noch für die Läsion, dass das Kind (totgeboren) eine ausgesprochene Osteochondritis dargeboten hat; sonst keineluetischen Symptome und nichts in der Anamnese.

12. Leopold Meyer: Die Paternitätsfrage.

L. M. kritisiert die kleine Abhandlung von Pontoppidan, die wir in dem vorigen Sammelbericht (Bd. XVII, No. 3) kurz besprochen haben. Er meinte, dass das dänische Kollegium die Grenzen zu weit ziehe, und dass man dadurch die Gefahr läuft, ungerecht gegen den

zu sein, der als Kindesvater angegeben wird. Er meint überhaupt, dass man in diesen Fragen nicht ein einfaches Schema benutzen kann, sondern dass man in jedem Falle die speziellen Umstände berücksichtigen muss und auf feste Grenzen renoncieren.

In den folgenden zwei Fällen wird die Frage weiter diskutiert.

13. Muus, N.: Eine Gefahr bei der Einlegung vom Champétier de Ribes-Ballon.

31jährige Ipara mit Placenta praevia. Schädellage. Bei stehendem Wasser wird Ballon eingelegt. Kurz nach der Entbindung stirbt die Frau, und bei der Autopsie findet man Peritonitis, von einer Uterusperforation (durch den Ballon) ausgehend. Verfasser meint die Ursache darin zu finden, dass der Kopf fest gestanden hat, und empfiehlt, in ähnlichen Fällen erst den vorliegenden Kindesteil, eventuell in Narkose, in die Höhe zu heben.

14. Maire, M. le: Noch einige Bemerkungen über die Einlegung von dem Ballon von Champétier de Ribes.

Verfasser glaubt, dass die Hauptursache zur Perforation im oben erwähnten Falle die gewöhnliche gewesen ist, nämlich eine nicht genügend vertikale Richtung der Ballonzange.

Der Griff der Zange kann ja, praktisch gesehen, nicht tief genug gesenkt werden; darum ist es auch empfehlenswert, besonders bei Ipara mit straffem Perineum, das Speculum, das man zur Desinfektion der Portio benutzt hat, zu entfernen, bevor man den Ballon einführt.

Dr. Muus hebt in seiner Antwort hervor, dass es unmöglich war, den Ballon in der richtigen Richtung einzuführen, weil der Kopf zu grossen Widerstand leistete.

15. Schön, S.: Über die desmoiden Geschwülste der Bauchdecken.

Nach einer historischen Übersicht wird die Ätiologie besprochen. Verfasser schliesst sich der Theorie von Herzog in etwas modifizierter Form an, indem er meint, dass die Desmoiden in einer überwiegenden Anzahl der Fälle im Anschluss an ein Trauma entstehen, das eine Solutio continui in den musculo-aponeurotischen Schichten hervorgerufen hat. Die Geschwulst entwickelt sich in der hiervon resultierenden Narbe. Die Grundsubstanz ist fibrös, aber sarkomatöse Bestandteile kommen sehr oft vor. Sie metastasieren nicht, sind aber zu Rezidiven nicht wenig geneigt. Die Diagnose ist nicht immer so einfach, wie die meisten Verfasser behaupten; besonders kann die Differentialdiagnose gegen intraabdominale Geschwülste recht schwierig sein. Die Prognose ist nicht so günstig wie früher angenommen.

Die Totalexstirpation betrachtet Verfasser als indiziert in allen den Fällen, wo man meint, genügende Integumente zur Deckung zu haben.

Die Abhandlung schliesst mit 32, nicht früher publizierten Krankengeschichten und mit einem Literatur-Verzeichniss.

16. Trolle: Fall von Graviditas tubo-abdominalis.

Pat. hatte in den letzten zwei Wochen mehrere Anfälle von Schmerzen und Ohnmacht gehabt und stirbt 14 Stunden nach der Laparotomie an Anämie.

17. Vogelius, L. S.: Über ovariale Dermoiden.

Verf. teilt einen Fall mit und knüpft dazu einige allgemeine Bemerkungen.

18. Bericht aus der Kgl. Entbindungsanstalt Kopenhagens 1902 (Direktor: Prof. Dr. Leopold Meyer).

Aufgenommen wurden 2207 Fälle, Zahl der Gebärenden 2153 (1202 Ipara, 951 Multipara; 439 Verheiratete, 1714 Ledige). Die Zahl der Geburten betrug 2181 (28 mal Zwillinge). Die puerperale Morbidität war 26,8 pCt. (38° rektal). An Puerperalfieber sind 4 Pat. gestorben; die puerperale Mortalität war also 1,85 ‰. Die gesamte (puerperale und nicht puerperale) Mortalität war 7,5 ‰: 4 Pat. starben an akuter Anämie; 3 Pat. an Embolia pulmonum; 5 an anderen Ursachen.

Von Eklampsia wurden 11 Fälle beobachtet (10 Ipara); alle wurden geheilt entlassen.

Placenta praevia 18 mal (4 Ipara); von diesen starben 5 (3 an Anaemia, 1 an Peritonitis nach Perforation des Uterus und 1 an Febris puerperalis). Von den Kindern wurden 9 abends geboren. Der Ballon von Champetier de Ribes wurde 16 mal benutzt. Die Zunge ist 76 mal zur Anwendung gekommen. (Eklampsie 6, drohende Ruptura uteri 1, Asphyxia intrauterina 28, Temperatursteigerung 10, protrahierte Geburt 1, Prolapsus funiculi 5, Morbus cordis 11, Pyelonephritis 2, Hämatomesis 1, Tuberculosis pulmonum 1, zuletzt kommender Kopf 1).

Partus arte praematurus 12 mal (kleiner Ballon von Champetier de Ribes); 4 von den Kindern starben.

Perforation 5 mal.

Intrauteriner Ballon (Ch. d. Ribes) kam im ganzen 36 mal zur Anwendung (Placenta praevia 16, tiefsitzende Placenta 1, frühzeitige Lösung derselben 1, Eklampsie 2, Erweiterung des Orifizium 1, Wehenschwäche 2, Partus praematurus 12).

Bossis Dilatator 12 mal (Morbus cordis 3, Eklampsie 4, Placenta praevia 2, Pyelonephritis 2, septischer Abort 1).

Tarniers Dilatator 9 mal (Partus arte praematurus 2, Temperatursteigerung 3, Asphyxia intrauterina 1, Rigidität des Collum 1, cicatricielle Verengung 1, Wehenschwäche 1).

Die Placenta ist 7 mal manuel gelöst.