DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Sechster Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

I. Aus dem Königl. Entbindungsinstitut in Dresden. Beiträge zur Aetiologie des Nabelschnurvorfalles.

Von
Dr. F. Cuntz, d. Z. interner Arzt.

In dem II. Bande der „Berichte und Studien von Geh.-Rath Prof. Dr. Winckel“ ist in einer Arbeit von Dr. Jaffé über die besonderen Nabelschnurverhältnisse bei den in den Jahren 1874 und 1875 am Kgl. Sächs. Entbindungsinstitut stattgehabten Geburten berichtet worden.

Da der Verfasser nur einige wenige Notizen über den eigentlichen Vorfall der Nabelschnur an der betr. Stelle anführt, so dürfte es zweckmässig sein, zur Ausfüllung jener Lücke die sämtlichen am hiesigen Institut in den letzten 7 Jahren beobachteten Fälle von Nabelschnurvorfall etwas genauer zu untersuchen.

So ermüdend auch rein statistische Arbeiten sind, nicht nur für den, der sie macht, sondern auch für den, der sie liest, so dürfte doch die Wichtigkeit der betr. Geburtsanomalie einiges Interesse für sich in Anspruch nehmen.

Wie alle einzelnen Vorgänge in der Geburtshilfe, so hat auch der Vorfall der Nabelschnur schon zu einer recht ansehnlichen Menge litterarischer Erzeugnisse geführt. Die ausführlichsten Angaben speciell der einschlägigen älteren Litteratur finden sich in „Wittlinger's Analekten“, und auch in einer Arbeit von Kohlschütter, die in Leipzig erschienen ist.

In derselben wird Jacob Primerose 1655 als der Erste genannt, welcher den Vorfall der Nabelschnur bei der Geburt erwähnt.

Nach diesem kommen, nach einer Angabe Hildebrand's, Cosme Viardel 1673, Paul Portal 1685 und Christophorus Voeltern 1687 als ältere Autoren, die sich eingehender mit der Nabelschnur beschäftigt haben.

Es wäre jedoch eine werthlose Arbeit, alle Autoren aufzusuchen resp. namhaft zu machen, die seitdem sich mit der Frage des Nabelschnurvorfalles abgegeben haben.

Abgesehen von den zahlreichen Lehrbüchern über Geburtshilfe finden sich in den unten citirten genügende Angaben, um sich über das Vorkommen, die Entstehung und Be-

handlung des Nabelschnurvorfalles einen genügenden Ueberblick zu verschaffen.

Wittlinger's Analekten 1849 enthält die Arbeit von Kohlschütter, Leipzig 1833.

Michaelis i. d. Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshilfe. Kiel 1833.

„ im III. Bande d. N. Zeitschr. f. Gebirtskde. 1836.

Trefurt, i. II. Bd. d. N. Ztschr. f. Geb. 1835.

Schmé, Procid. du cord. enubilis. Strassbourg 1855.

Seyffert, Scanzoni's Beiträge I. 1834.

Hecker, Klinik f. Geburtskde. I. u. II. 1861—1864.

Hildebrandt, Monatschr. f. Geb. XXIII. 2.

Birnbaum, Monatschr. f. Geb. XXX.

Abegg, Z. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Berlin 1868.

Engelmann, Amer. J. of Obstr. VI. 1873 u. VII. 1874.

Wenn ich mich betr. der Behandlung des Nabelschnurvorfalles in den folgenden Zeilen nur kurz fasse, so geschieht dies deshalb, weil die Ansichten hierüber so ziemlich fest stehen, so dass wohl Niemand noch etwas Neues in dieser Hinsicht erwarten kann. Dass die Behandlung des Nabelschnurvorfalles allerdings noch in einem so hohen Procentsatze von ungünstigem Resultate begleitet ist, liegt eben in der Gefährlichkeit der betreffenden Anomalie selbst für das Leben des Kindes. Welche Behandlung die besten Resultate giebt, hängt von so vielen Nebenumständen ab, dass es meist der raschen Einsicht des betr. Arztes überlassen werden muss, im einzelnen Falle das „Wie“ des Handelns nach den allgemein gültigen Regeln ausfindig zu machen.

Das Hauptgewicht habe ich auf die einzelnen Momente gelegt, welche von je her als Ursachen des Nabelschnurvorfalles hervorgehoben worden sind; so vor allem auf Beckenge, Sitz der Placenta, Nabelschnurlänge und Insertion, Verhalten des Muttermundes u. s. w.¹⁾.

¹⁾ Siehe hierüber vor Allem Michaelis l. cit. und Kohlschütter l. cit.; welcher letzterer ein ganzes Dutzend von ätiologischen Momenten aufzählt.

Uebrigens ist in Bezug auf die Ursachen des Nabelschnurvorfalles wohl zu beachten, was Hubert¹⁾ sagt: *Quelquefois la chute du cordon est la suite d'une tentative infructueuse de version ou d'application du forceps au détroit supérieur!*

Ferner habe ich auch betreffs der Häufigkeit des Nabelschnurvorfalles die vorhandenen Angaben möglichst zu verwerthen gesucht, um die bestehenden Ansichten hierüber durch neue Zahlen zu unterstützen.

Beginnen wir zunächst mit dem Häufigkeitsverhältniss des Nabelschnurvorfalles zu den Geburten im Allgemeinen, so existiren wohl über kein medicinisches Thema so differirende Angaben als gerade hierüber.

Es finden sich in den aufgestellten Tabellen Schwankungen zwischen 1:1897 (Bland) und 1:25 (Marzoni). Als Mittelzahl berechnet Hubert aus den Angaben einer grossen Anzahl Autoren das Verhältniss von 1:296—300, also in 0,33 Proc. aller Geburten einen Vorfall der Nabelschnur.

Wie schwankend übrigens das Verhältniss an derselben Klinik in zwei Jahren schon sein kann, zeigen die oben citirten Angaben Jaffé's, welcher im Jahre 1873 1:70 und im Jahre 1874: 1:168 gefunden hat.

Unter den vom Jahre 1868 bis November 1879 hier stattgehabten 11,730 Geburten findet sich 126mal Vorfall der Nabelschnur notirt, was ein Verhältniss von 1:93,1 ergiebt.

Dies das allgemeine Zahlenverhältniss für das hiesige Institut. Genauer beobachtete Fälle von Nabelschnur-Vorfall stehen mir, wie schon erwähnt, vom Herbste 72 an zur Verfügung, und fanden sich 89 Geburten mit Vorliegen resp. Vorfall der Nabelschnur notirt. Darunter 5 Zwillingsgeburten, von denen bei zweien sowohl beim ersten als auch beim zweiten Kinde Vorfall eintrat; in Summa also 94 Kinder, deren Nabelschnur die erwähnte Anomalie mit sich führte.

Zunächst wollen wir das blosse „Vorliegen“ des Nabel-

¹⁾ Cours d'accouchement Souvain 1878.

schnur vom eigentlichen Vorfall noch nicht trennen, da das erstere doch gewissermaassen nur ein geringerer Grad ein und derselben Anomalie darstellt, und in bez. auf die Häufigkeitsverhältnisse beide zusammen berechnet werden müssen.

Ich möchte übrigens an dieser Stelle hervorheben, dass der Begriff des „Vorliegens“ und des „Vorfalles“ noch nicht mit der Sicherheit festgestellt ist, wie es wünschenswerth erscheint.

Fast allgemein wird der Blasensprung als Grenze zwischen beiden bezeichnet, so dass also ein Vorliegen nur bei stehender Blase möglich sei; einige fügen allerdings noch hinzu „und wenn sich die Nabelschnurschlinge noch innerhalb des Muttermundes befindet“.

Dagegen nimmt man bei dem Vorfall der Extremitäten doch nur auf letzteres Bedacht, und bezeichnet einen auch innerhalb der Blase bis in die Scheide ragenden Arm oder Fuss fast stets als „vorgefallen“.

Gerade bei der Nabelschnur kommt es weniger auf ihre Lage, als darauf an, ob sie einem Drucke ausgesetzt ist, der für das kindliche Leben Gefahr bringt; einerlei ob sie sich noch innerhalb der Fruchtblase befindet, oder aus derselben hervorgetreten ist.

Es wird wohl Niemand bestreiten, dass bei stehender Fruchtblase, wenn sie sich bis in die Vagina, ja selbst bis zur Vulva hervordrängt, der Kopf ebenfalls den Beckeneingang schon passirt haben, oder wenigstens in denselben eingetreten sein kann. Wenn nun eine Schlinge der Nabelschnur sich in der vorangehenden mehr oder weniger gefüllten Blase befindet, also „vorliegt“, so müssen die beiden Stellen derselben am Beckeneingange, d. h. seiner engsten Stelle, durch den Kopf, eventuell auch zwischen diesem und dem fest anliegenden Muttermunde einen Druck erleiden.

Zwischen Kopf und Muttermund befindet sich im Momente des Durchtretens des ersteren durch letzteren auch bei stehender Blase und reichlichem Fruchtwasser wohl niemals so viel Raum, dass zwei Nabelschnurstränge ungedrückt verlaufen können.

Selbstverständlich kommen Aborte, immature und macerirte Früchte hierbei, nicht in Betracht, da ja ein Vorfall der Nabelschnur bei denselben vollkommen irrelevant ist.

In Betreff der Benennung der erwähnten anomalen Lagerung der Nabelschnur wäre es also besser nicht den Blasensprung, sondern das Moment als entscheidendes gelten zu lassen, ob die Nabelschnur die Uterinhöhle verlassen hat oder ob sie sich noch innerhalb derselben befindet, resp. im Bereiche des Muttermundes allein oder neben einem Kindestheile den Abschluss der Uterinhöhle vervollständigt. Auch Trefurt und Hildebrandt haben auf diese Unterscheidung Gewicht gelegt.

Dass aber das Vorliegen der Nabelschnur, in Bezug auf Gefahr für das Kind, und bez. auf einzuschlagende Behandlung, bei gesprungener Blase anders beurtheilt werden muss, als bei noch stehender Blase, ist wohl selbstverständlich.

Uebrigens bin ich nach den später folgenden Resultaten sehr geneigt, einen nicht unbedeutenden schädlichen Einfluss auf das kindliche Leben, in dem, oft nur mässigen aber bei jeder Wehe sich wiederholenden Druck zu sehen, den die Nabelschnur schon innerhalb der intacten Eihäute beim blossen Vorliegen besonders durch den Kopf erleidet.

Wenden wir uns nun zu den näher zu betrachtenden 94 Fällen, so finden sich darunter 29 Mal „Vorliegen“ der Nabelschnur notirt, d. h. bei der ersten Untersuchung der Kreisenden constatirt. Bei 79 von diesen letzteren kam es im weiteren Geburtsverlauf zum ausgesprochenen Vorfall; 7 Mal wurde, ohne dass letzterer eintrat, sofort zur Hilfeleistung wegen Gefahr des Kindes geschritten, und 8 Mal ging die Nabelschnur spontan zurück, meist durch einfache entsprechende Seitenlagerung der Kreisenden.

Einmal wurde sie bei bestehender Blase mit Erfolg reponirt.

Zur leichteren Orientirung schicke ich eine tabellarische Uebersicht der zusammengestellten Fälle voraus, und werde dann die einzelnen Punkte etwas ausführlicher behandeln.

Alter und Zahl der Geburten.	Verlauf der früheren Geburten.	Beckenanomalien.	Anomalien des Baues und Uterus.	Geschlecht, Länge und Gewicht des Kindes.	Lage.	Länge.	Insertion.	Umschlingung und Varicosit.	Form und Gewicht der Placenta.	Fruchtwassermenge.	Eihautrissstelle.	Besondere Bemerkungen spec. Anomalien der Haltung der Frucht u. Kopfeinstellung.
25J. III p.	gut	—	Hängebauch.	M. 53, 3530	I S. L.	76	central	—	rundlich 750 Grm.	—	seitlich	abgewichener Kopf.
21 „ I „	—	—	—	Kn. 49, 2870	I Steissl.	51	aussen	—	oval 1050	—	marginal	—
23 „ I „	—	—	—	Kn. 48, 2640	II Steissl.	50	aussen	—	—	—	marginal	—
33 „ III „	gut	—	Hängebauch.	Kn. 49,5, 3010	I S. L.	70	marginal	—	oval 660	mässig	seitl., aber vis à vis d. N. insert.	abgewichener Kopf.
30 „ III „	gut	—	—	Kn. 47,5, 2910	I S. L.	52	innen	—	oval 640	sehr viel	marginal	abgewichener Kopf.
24 „ I „	—	Beckenenge.	—	M. 49, 2295	I S. L.	40	aussen	—	pl. praev. lat. rund 550	—	seitlich	nicht Eintreten des Kopfes.
30 „ I „	—	—	—	Kn. 48, 2200	II S. L.	40	aussen	—	oval 470	—	seitlich	unvollkommene Fusslage.
19 „ I „	—	—	—	Kn. 52, 3000	I Fusslage.	62	aussen	—	rundlich 600	—	central	unvollkommene Fusslage.
41 „ XI „	6 Mal Forceps.	—	—	M. 32,5, 850	II Fusslage.	46	marginal	—	halbmöndf. 350 pl. succentur. oval 500	—	seitlich	rechte Hand vorgefallen.
26 „ V „	I unreif.	—	—	Kn. 52, 3910	I S. L.	46	aussen	—	oval 500	—	seitlich	abgewichener Kopf.
28 „ II „	I künstlich beendet.	Beckenenge.	—	M. 49, 3640	I S. L.	67	aussen	falsche Knoten	rundlich 770	—	seitlich	abgewichener Kopf.
23 „ I „	—	—	—	Kn. 51, 3220	II S. L.	57	aussen	—	oval 630	—	total zerrissen	abgewichener Kopf.
19 „ I „	—	Beckenenge.	—	M. 46,5, 2540	II S. L.	52	seitlich	—	rund 450	—	seitlich	tiefer Querstand des Kopfes.
31 „ VI „	gut	—	Hängebauch.	M. 49, 2600 (?)	II S. L.	70	central	—	oval 650	viel	seitlich	beweglicher Kopfstand.
29 „ III „	gut	Beckenenge.	Hängebauch.	M. 51,5, 3440	I S. L.	53	innen	—	oval 870	—	marginal	—
36 „ V „	gut	—	—	Kn. 54,5, 3960	II S. L.	46	velament.	—	herzförmig 830	viel	marginal	Vorfall der rechten Hand.
23 „ II „	gut	—	—	Kn. 50, 3300	I S. L.	56	innen	—	rund 520	sehr viel	seitlich	—
28 „ II „	—	Beckenenge.	—	Kn. 46, 2800	II Fussl.	59	innen	um den link. Fuss f. Knoten	oval 1080	—	marginal	—
29 „ I „	gut	—	—	M. 45, 2370	II S. L.	55	innen	—	herzförmig 780	—	seitlich	—
29 „ II „	gut	—	—	Kn. 51, 3150	I S. L.	86	innen	—	oval 520	—	seitlich	beweglicher Kopf.
22 1/2 J. II p.	I schwer. todt. Kind.	Beckenverengt.	Hängebauch.	Kn. 49,5, 2600 (II Zwillings)	II S. L.	45	aussen	—	rundlich 600	—	marginal	—
28 J. I p.	—	B. verengt.	—	M. 44, 2180	I S. L.	63	aussen	falsche Knoten	—	—	—	—
30 „ V „	gut	—	—	Kn. 51, 2990	II S. L.	68	aussen	—	oval 570	grosse Mengen	seitlich	—
33 J. VIII p.	gut	—	—	Kn. 48,5, 2520	II S. L.	61	aussen	—	rundlich 620	—	seitlich	—
33 J. VII p.	gut	—	—	M. 50, 3200	I Steissl.	71	marginal	—	rundlich 550	—	?	—
28 J. IV p.	I Mal Querlage, sonst immer gut.	Beckenenge.	—	Kn. 51,0, 3400	II S. L.	61	aussen	1 mal Hals f. Knoten	oval 950	—	seitlich	—
25 „ II „	gut	—	—	Kn. 45,5, 2290	I S. L.	39,5	aussen	—	rundlich 480	reichlich	central	abgewichener Kopf.
36 „ III „	gut	—	—	Kn. 54,5, 3360	II S. L.	96	?	—	oval 800	—	seitlich	hoher beweglicher Kopf.
27 „ II „	I mit Forceps.	—	Hängebauch.	M. 48,5, 3130	II S. L.	50	aussen	Varicositäten	unregelm. 650	—	marginal	—
29 „ II „	I operativ.	—	—	M. 33, 620	II Steisslage	54	aussen	—	länglich 240	—	?	Vorfall des linken Beines.
35 „ II „	I Abort.	Beckenverengt.	—	(II Zwillings) Kn. 46, 2360	II S. L.	66	aussen	—	oval 910	wenig	central	—
19 „ I „	—	—	—	Kn. 42, 1750	I Schief-lage.	50	marginal	—	oval 400	—	seitlich	Vorfall des Armes.
25 „ II „	gut	leicht verengt.	—	Kn. 52, 2950	II Gesichtslage	53	aussen	—	oval 640	—	seitlich	Vorfall des linken Armes.
31 „ II „	gut	—	—	Kn. 47, 2550	II S. L.	63	aussen	varicos.	oval 480	—	total zerrissen	—
30 „ I „	—	—	—	Kn. 49,5, 2600	I S. L.	81	innen	—	oval 510	—	seitlich	beweglicher Kopf.
22 „ I „	—	verengt. verengt?	—	Kn. 51, 3340	I Steisslage.	69	aussen	—	rund 600	—	fast marginal	—
39 „ IV „	I spontan, todt. II Zange.	verengt.	—	M. 52, 2770	I S. L.	48	velament.	—	rundlich 500	—	seitlich	—
30 „ II „	gut	—	—	M. 47, 2400	I S. L.	71	innen	1 X Hals geschl.	oval 470	viel	marginal	abgewichener Kopf.
32 „ I „	—	—	—	Kn. 50, 2910	I S. L.	59	innen	—	oval 550	—	marginal	abgewichener Kopf.
27 „ II „	gut	—	Uterus nach rechts gelag.	Kn. 50, 3710	II S. L.	59	aussen	—	rund 640	—	?	—
35 „ IV „	I p. praem., II und III mit Forceps.	verengt.	Hängebauch.	M. 53,5, 3630	I S. L.	63	aussen	—	dreieckig 630	—	seitlich	—
31 „ III „	gut	—	—	Kn. 51, 2760	I S. L.	61	central	—	dreieckig 610	—	seitlich	hoher beweglicher Kopf.
27 „ V „	gut	—	—	M. 54,5, 3010	II S. L.	51	innen	1 X um Obersch. und Leib	oval 510	reichlich	marginal	etwas abgewichener Kopf.
31 „ III „	gut	—	Uterus nach rechts gelag.	Kn. 49, 2850	II S. L.	61	innen	—	rund 520	ziemlich	seitlich	—
21 „ I „	—	—	—	Kn. 50, 2840	I Gesichtslage	62	aussen	1 X um den Hals	oval 670	—	seitlich	Vorfall des rechten Armes.
	—	—	—	Kn. 52, 2750	I Schief-lage.	53	aussen	falsche Knoten	oval 580	reichlich	seitlich	—
	—	—	—	Kn. 51, 2980	I S. L.	69	aussen	falsche Knoten	oval 510	—	seitlich	Vorfall d. r. Armes, Kopf abgewichen.

Alter und Zahl der Geburten.	Verlauf der früheren Geburten.	Beckenanomalien.	Anomalien des Baues und Uterus.	Geschlecht, Länge und Gewicht des Kindes.	Lage.	Länge.	Nabelschnur-Insertion.	Umschlingung und Varicosität.	Form und Gewicht der Placenta.	Fruchtwassermenge.	Eihautrissstelle.	Besondere Bemerkungen spec. Anomalien der Haltung der Frucht u. Kopfeinstellung.
30J. IIp. 28 „ II „	— gut	— verengt	— —	Kn 51,5, 4360 M. 54, 3470	II S. L. II S. L.	66 80	aussen aussen	— 1 × um d. Hals	oval 1000! rundlich 630 oval 620	— mässig	? seitlich	Kopf abgewichen. —
41 1/2 J. X p.	6 × Forceps, 1 künstl. Frühgeburt, 1 spontan, 1 Perforation.	verengt	—	M. 41, 1820	I S. L.	48	aussen	—	—	—	marginal	—
19J. Ip. 31 „ III „	— I Forceps, 1 gut.	verengt verengt	— —	Kn 50, 3150(?) M. 50,5, 3195	I S. L. I S. L.	69 51	aussen aussen	— —	länglich 630 rund 640	— sehr viel	marginal marginal	Kopf abgewichen. Vorf. d. r. Hand bei abgewichen. Kopf.
23 „ I „	—	verengt?	—	Kn. 3050 faultodt.	I S. L.	72	aussen	1 × um d. linken Arm, f. Knoten	rundlich 520	—	?	—
25 „ II „ 29 „ I „	gut —	— —	— —	Kn. 50, 4220 Kn. 48,4, 2980	I S. L. II Fusslage.	78 52	innen central	— —	rund 860 rund 580	— sehr viel	seitlich seitlich	— —
32 „ IV „ 20 „ I „ 34 „ I „ 28 „ II „	gut — — I Placenta gelöst.	— verengt? — —	— — — Hängebauch	M. 50, 3270 M. 49, 2188 Kn. 49,5, 2440 Kn. 57,5 (!), 4920	I Fussl. I S. L. II S. L. I S. L.	51 99 69 84	innen aussen aussen aussen	— — — —	rundlich 640 rundlich 640 rund 410 rund 1060!	? sehr viel viel sehr viel	seitlich central seitlich marginal	— hoher Kopfstand. abgewichener Kopf. —
20 „ I „ 32 „ II „ 40 „ X „	— ? gut	— verengt —	— — Hängebauch	M. 51,5, 2780 Kn. 45, 2550 M. 52,5, 3330	I S. L. I S. L. I S. L.	106 60 76	central aussen aussen	— — —	oval 750 oval 500 oval 770	— ? reichlich	central seitlich seitlich	— — —
22 „ I „ 32 1/2 J. VI p.	— gut	— —	— —	Kn. 50, 2750 Kn. 42, 1700	I S. L. II Querlage.	60 50	marginal innen	— 1 × um d. l. Bein.	oval 560 oval 420	mässig zieml. viel	marginal seitlich	— spontan in Fusslage verwandelt.
24J. IIp.	I mit Forceps.	verengt	—	M. 51, 3770	II S. L.	58	innen	—	unregelm. 690	?	seitlich	abgewichener Kopf.
19 1/2 J. I p.	—	—?	—	M. 49, 3200	I S. L.	71	innen	1 × um d. r. Arm.	oval 660	?	?	Vorf. d. r. Armes hoher Kopfstand.
36J. IIIp.	gut	—	—	Kn. 50, 2910	II S. L.	46	innen	—	halbkreisförmig 500	—	seitlich	—
36 „ III „	?	?	Hängebauch	?	I S. L.	?	?	?	?	?	?	hoher Kopfstand.
25 „ I „	—	—	—	Kn. 50,5, 2800	II S. L.	66	innen	—	herzförmig 520	viel	central	—
23 „ I „	—	—	—	M. 49,5, 2870	I Steisslage.	86	aussen	1 × um den Hals.	oval 580	?	central	—
28 „ II „	?	—	—	Kn. 52, 3320	I S. L.	64	aussen	—	rund 800	—	seitlich (entfernt v. d. N.-insertion)	—
21 „ I „	—	—	—	M. 51,5, 3480	II Steisslage.	60	aussen	—	rund 740	viel	central	—
32 „ II „ 23 „ I „	gut —	— —	— —	Kn. 50,5, 2550 Kn. 50,5, 3450	II Fussl. I S. L.	63 81	aussen aussen	— falsche Knoten.	rundlich 640 rund 800	— —	marginal central	— —
? IV „	gut	—	Hängebauch	Kn. 52, 3750	II S. L.	66	aussen	—	rundlich 930	?	marginal	hoher bewegl. Kopfst.
21 „ I „	—	?	—	Kn. 49, 2240	I S. L.	73,5	aussen	—	herzförmig 520	?	?	—
32 „ I „ 35 „ IV „	— gut	—? —	— Hängebauch	Kn. 49,5, 2680 Kn. 48, 3050	II S. L. I S. L.	59 48	innen aussen	— —	rund 490 rund 750	sehr viel reichlich	? marginal	hoher Kopfstand. abgewichener Kopf.
26 „ II „	gut	verengt?	—	Kn. 49,5, 2790	I S. L.	60	aussen	1 × um den Hals.	rundlich 600	viel	marginal	beweglicher Kopf.
35 „ II „	?	verengt	—	M. ? perforirt u. zerstückelt.	I S. L.	48	central	falsche Knoten.	rundlich 470	—	central	Vorf. d. r. Armes u. Fusses bei abgewichenem Kopfe.
24 „ II „	gut	—	—	Kn. ? 2170 (II Zwilling)	I S. L.	40	central	—	rundlich 750	—	central	Vorf. d. Hand.
29 „ III „	I gut II abortirt gut	— — —	— — Hängebauch	Kn. 48, 2770 M. 51, 3700	I Querlage. I S. L.	62 96	innen innen	falsche Knoten. —	oval 550 herzförmig 870	? —	seitlich marginal	— beweglicher Kopf.
38 1/2 J. VII. p.	—	verengt	—	Kn. 52, 3140	II S. L.	66	innen	—	rund 670	?	?	hochstehender Kopf.
23J. Ip. 24 „ I „ 21 „ I „	— — —	— — verengt	— — —	M. 49, 2770 M. 42, 1520	II Fussl. I S. L.	72 58	aussen central	— —	rundlich 680 rund 450	— —	marginal seitlich	— Vorf. d. r. Fusses, hoher Kopfstand.
25 „ II „	gut	verengt	—	Kn. 52, 3240	II S. L.	80	innen	1 × um d. Arm geschl.	rundlich 570	—	seitlich	beweglicher Kopf.
37 „ III „	I u. II Perforation. Bei II Nabelschnurvorf. fall.	verengt	—	M. 53, 2590 (!) perforirt.	I Stirn- lage.	76	central	—	oval 400	—	seitlich	—
23 „ I „	—	verengt?	—	M. 51,5, 3080	I S. L.	43	aussen	—	oval 600	viel	seitlich	abgewichener Kopf.
38 „ III „	?	verengt	Hängebauch	Kn. 51,5, 3120	I Ge- sichtsl.	?	aussen	—	rundlich 560	—	seitlich	abgewichener Kopf.
23 „ I „	—	verengt	—	Kn. 53, 3340	II Schief- lage.	64	aussen	—	?	?	?	—

(Fortsetzung folgt.)