

nehme, so drängt sich mir eine neue, bisher noch nicht hervorgehobene Anomalie als Folgezustand dieser Complication der Schwangerschaft auf, auf die aufmerksam zu machen ich für meine Pflicht halte, wenn auch mein kleines Material keine Entscheidung bringen kann.

Zunächst muss ich mittheilen, dass in jenen beiden Fällen ebenfalls ein grosser Blutverlust in der Nachgeburtsperiode stattfand. Die ledige S., 1883, No. 37, 1. Gebärende verlor sofort nach Austritt des Kindes 200 g, dem bald ein Blutcoagulum von 400 g folgte. Massage; frühzeitige Expression. Blutung dauert fort. Ausräumen des Uterus, ohne dass etwas anderes als geronnenes Blut gefunden wurde. Gesamtblutverlust bis 1¹/₄ Stunde nach Geburt des Kindes 1180 g.

Kind lebend, frühreif, 2360 g, 48 cm.

Die ledige B., 1885, No. 159, 1. Gebärende, wurde mit der Zange entbunden. Dem Kinde, welches reif war und intravaginal geathmet hatte, folgten sofort ca. 1000 g Blut. Blutung dauert fort. Crede'sches Verfahren ohne Erfolg. Herausnahme der Placenta aus der Uterushöhle. Gesamtblutverlust bis zur beendeten Ausräumung der Uterushöhle ca. 2100 g.

Es ist wohl nicht als ein reiner Zufall zu deuten, dass in den vier Fällen von ausgeprägter Schwangerschaftsnierenerkrankung vier Mal starke oder sehr starke Nachgeburtsblutungen auftraten, ein Mal die Placenta manuell entfernt werden musste. Dass nephritische Schwangere in der Geburt leicht bluten, ist aus den verschiedenen Berichten von frühzeitiger Lösung der Placenta bei derart erkrankten Frauen zu entnehmen. Besonders Winter¹⁾ in seinen in der Universitätsklinik beobachteten Fällen und in dem neuerdings²⁾ beschriebenen Präparate einer unentbunden an Eklampsie gestorbenen Frau meldet, wie grosse Blutungen selbst bei noch ungeborstenem Ei zwischen Placenta und Gebärmutterwand sich angesammelt haben. Gleiches berichten auch Andere.

Dass aber auch bei lebend geborenen Früchten in der Nachgeburtsperiode sich diese Anomalie in so erheblicher Weise geltend macht, finde ich bisher nirgends hervorgehoben.

Der Streit, woher diese Neigung zu Blutungen, ist noch nicht ausgekämpft. Während Einige den Hauptwerth auf die Herzhypertrophie bei Nephritis legen, nehmen Andere an, dass Gefässerkrankungen im Spiele seien, wieder Andere hetonen die geringere Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

Vorgänge bei der Geburt.

Von den 308 entbundenen Personen waren:

1. Gebärende . . .	157	7. Gebärende . . .	2
2. " . . .	92	8. " . . .	1
3. " . . .	27	9. " . . .	1
4. " . . .	11	10. " . . .	2
5. " . . .	7	11. " . . .	2
6. " . . .	6		

Die jüngsten Mütter waren 17 Jahre alt, die älteste 48 Jahre. Letztere gebar etwas später, als sie berechnet, ein Kind von 3580 g und 53 cm.

Diese 308 Frauen gebaren 314 Früchte, indem 6 derselben mit Zwillingen niederkamen.

Dem Geschlecht nach wurden 155 Knaben und 158 Mädchen geboren, bei einem Aborto war die Frucht nicht mehr zu finden. Die Früchte stellten sich zur Geburt in

1. Schädellage . . .	197 Mal
2. " . . .	83 "
1. Gesichtslage . . .	5 "
2. Stirnlage . . .	2 "
1. Steisslage . . .	1 "
2. " . . .	4 "
1. Fusslage . . .	6 "
2. " . . .	2 "
1. Querlage a . . .	3 "
2. " a . . .	1 "
1. Querlage b . . .	3 "
2. " b . . .	1 "
unbestimmt . . .	6 "

Artificielle Eingriffe bei der Geburt:

Einleitung der künstlichen Frühgeburt . . .	19 Mal
Anregung der Geburt am normalen Ende der Schwangerschaft . . .	4 "
Kaiserschmitt . . .	1 "
Anwendung der Zange . . .	3 "
Wendung auf den Kopf . . .	3 "
Wendung auf den Fuss . . .	3 "
Combinirte Wendung auf den Fuss . . .	2 "
Lösen der Arme und Entwicklung des Kopfes bei Beckenendlagen . . .	8 "
Anwendung des Geburtsstuhles . . .	21 "
Reposition der Nabelschnur . . .	2 "
Reposition des Armes . . .	2 "
Crede's Handgriff . . .	3 "
Manuelle Entfernung der Placenta . . .	1 "

Es wird dem Leser die Vertheilung der Operationen auffallen. Einerseits das Zurücktreten der Zangenoperationen, dem gegenüber die Zunahme der Anwendung des Geburtsstuhles; dann das Fehlen der Perforation und die grosse Zahl von Einleitungen der künstlichen Frühgeburt.

Ehe ich etwas genauer auf die Ursachen dieser Verschiebungen der Indicationen eingehe, muss ich über das Vorkommniss des engen Beckens berichten, als der wichtigsten Complication, welche zu besagten Operationen Anlass zu geben pflegt.

¹⁾ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 11, pag. 398 und ff.

²⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1888, No. 14, p. 227.

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.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Die Nierenaffectionen Schwangerer haben in den letzten Jahren das lebhafteste Interesse nicht nur der Geburtshelfer wach erhalten. Noch immer ist es eine viel umstrittene Frage, in wie weit ätiologisch die Eklampsie mit Erkrankungen der Niere zusammenhängt. Neben dieser Frage ist aber neuerdings lebhaft ventilirt worden der eigenthümliche Zusammenhang zwischen der Nephritis Schwangerer und Placentarveränderungen, welche letztere nicht selten zu frühzeitiger Ablösung dieses Organs und zum intrauterinen Tode der Frucht geführt haben.

Wenn ich zu den beiden eben berichteten Fällen von Schwangerschaftsnierenerkrankung noch zwei andere, aus den Jahren 1883 und 1885 beobachtet, hinzunehme,

¹⁾ Vgl. Verhandlungen der 5. Versammlung der Ges. f. Kinderheilkunde in der pädiatrischen Section auf d. 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

²⁾ Es starben von Kindern, welche standen im 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. Lebensmonat 14,40 13,10 13,07 12,41 12,42 8,63 6,06 6,09 4,05 3,52 3,32 4,12 Procent der in jedem einzelnen Altersmonat lebenden.

Becken, bei denen man mit einem Finger den Vorberg erreichen konnte, oder bei welchen ein anderer Durchmesser in auffallender Weise verkürzt war, fanden sich $56 = 18,2\%$. Wir registrirten sie unter

das allgemeine verengte Becken	26 Mal,
das rhachitisch allgemein verengte Becken	8 "
das rhachitisch platte Becken	6 "
das einfach platte Becken	11 "
das Trichterbecken	3 "
das schräg verschobene, zugleich allg. v. Becken	1 "
das spondylolisthetische Becken	1 "

Einleitung der künstlichen Frühgeburt und Anregung der Geburt am normalen Schwangerschaftsende.

Die Indication zu diesem 23 Mal ausgeführten geburtshülftlichen Verfahren gab 22 Mal das enge Becken, 1 Mal Schwangerschaftsniere.

Dass wir bei engem Becken besonders diese Operation begünstigen, liegt in dem Umstande, dass wir die weitaus meisten Schwangeren schon längere Zeit vor der Geburt in die Anstalt aufnehmen. So kommen Geburten, in denen das enge Becken erst am Ende der Schwangerschaft oder in der Geburt selbst entdeckt wird, nur ganz vereinzelt vor und deshalb sind wir so selten zur Perforation des Kindes genöthigt.

Die Erfolge dieses Verfahrens waren für die Mütter sehr günstige. Ausser einer phthisischen Mutter (1887, No. 92) bei der wegen engen Beckens und nicht zu beseitigenden Ptyalismus (siehe No. 23 p. 468) die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, erkrankte keine. 17 fieberlose Wochenbetten gegen 6 mit Fiebersteigerungen. 20 Mütter wurden bis zum 12. Tage entlassen, 2 mussten der Kinder halber bis zum 20. und 24. Tage bleiben, die eine Kranke wurde am 32. Tage transferirt.

Von den Kindern (24, da ein Mal Zwillinge geboren wurden), verliessen 16 gesund die Anstalt, 2 starben am 6. und 7. Tage, 6 starben während oder gleich nach der Geburt.

Die Beckenenge schwankte zwischen Conj. diagonalis 11,0 und 8,5. Bei dem spondylolisthetischen Becken betrug die Beckenausgangsenge 5,7.

Conj. diagon. maass	11,0 cm 2 Mal.
10,8 "	1 "
10,5 "	4 "
10,0 "	6 "
9,4 "	2 "
9,0 "	2 "
8,5 "	1 "
Prom. leicht zu erreichen "	2 "

Bei den Frauen mit 8,5 cm Diagonalis und dem Beckenausgangsdurchmesser von 5,7 cm müsste bei einer event. nächsten Geburt die Sectio caesarea gemacht werden.

Mit der Methode haben wir je nach der Sachlage variirt. Am häufigsten haben wir mittelst Bougie die Geburt angeregt. Ich erlaube mir hier nochmals auf einige Cautelen beim Einführen des Bougie aufmerksam zu machen, durch welche der Blasensprung mit ziemlicher Gewissheit vermieden werden kann. Man nehme ein nicht zu dünnes Bougie, mache es durch Eintauchen in heisses Carbolwasser mässig geschmeidig, führe zwei Finger bis über den inneren Muttermund und schiebe das Instrument an der vorderen Gebärmutterwand in die Höhe. Es ist dies der einzige Weg, auf dem das Stäbchen nicht in Berührung mit der Linea innominata kommt und deshalb fast ausnahmslos bis zum Knopfe eingeschoben werden kann, ohne sich zu biegen und die Blase zu sprengen. In circa 100 Fällen, in denen das Bougie eingeschoben wurde, fand nur 4 Mal der Blasensprung statt. Hält man dagegen die Resultate von Leopold,¹⁾ der bei 45 Fällen von Einleitung der Frühgeburt mittelst Bougie 16 Mal die Blase sprengte, so tritt der Vortheil der von mir im 1. Bande meiner Berichte und Arbeiten p. 122 zuerst beschriebenen Methode am deutlichsten hervor.

Blutungen bei Einführung des Bougie kamen 2 Mal vor. 1 Mal traf das Instrument die tief sitzende Placenta, 1 Mal erfolgte bei Einführung der Finger in den sehr engen Beckeneingang die Blutung aus Schleimhautrissen des Introitus, zu deren Schliessung sechs Nähte nothwendig wurden. In beiden Fällen wurde eine andere Methode der Einleitung gewählt.

Um die Blutungen der ersteren Art zu vermeiden, giebt Leopold²⁾ ein Verfahren an, den Sitz der Placenta voraus zu bestimmen, um dementsprechend das Bougie an der placentafreien Wand in die Höhe schieben zu können. Diese Methode, den Sitz der Placenta voraus zu bestimmen, sehe ich noch etwas skeptisch an. Bewährte sie sich, so wäre mit ihr viel für die Praxis gewonnen. Da Leopold das Bougie nicht ausnahmslos an der vorderen Wand in die Höhe schob und nicht mit den von mir angegebenen Vorsichtsmaassregeln, so wird es ihm oft wie Anderen auch gegangen sein, das Bougie bog sich an der Linea innominata um und kam garnicht in die Uterushöhle hinein. Dadurch erklärt sich vielleicht das Nichtvorkommen einer Placentarblutung bei der immerhin schon bedeutenden Zahl von 45 Einleitungen der künstlichen Frühgeburt.³⁾

Neben dieser Methode haben wir in dem Berichtsjahre Versuche gemacht, die Einleitung der Frühgeburt durch feste trockene Wattetamponade zu machen. Das Verfahren hat uns einige Mal recht gute Dienste geleistet, andere Male hat es uns im Stiche gelassen.

Nach einer gründlichen Darm- und Blasenentleerung und gehöriger Desinfection der Scheide wird in der Rücken- oder Seitenlage unter Anwendung des Sims'schen Speculums zunächst ein Bausch Jodoformmull gegen den Muttermund gebracht und dann die Scheide mit Salicyl- oder Carbolwatte durch Einführen kleiner lockerer, nicht mit Fäden versehener Bauschen auf das Vollkommenste ausgestopft. Zeigt das Thermometer keine Steige-

rung, so haben wir bis 24 Stunden die Tampons liegen lassen, den Harn durch Katheter abgenommen. Bei der Herausnahme ist zu bedenken, dass die trockene Watte fest mit der Schleimhaut verbunden ist. Zieht man die Tampons unvorsichtig heraus, so entstehen Epitheldefecte. Dies zu vermeiden, nässt man vor dem Herausnehmen die Watte mittelst Spülapparat an und fügt, ist alle Watte entfernt, eine desinficirende Scheidenausspülung an.

In einem Falle, in dem Einführen des Bougie und Wattetamponade im Stich liess, bewährte sich die Wechseldouche.¹⁾ Aus zwei Spülkannen mit Wasser von 35° R. und 12° R. wird durch gemeinschaftlichen Schlauch mittelst eines Dreiwegehahns abwechselnd kalte und warme Douche gegen den Cervix gerichtet. Dieser Wechsel der Temperatur bildet einen intensiveren Reiz, als die einfache warme oder heisse Douche.

(Fortsetzung folgt.)

¹⁾ Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation, 1888, p. 5, Tabelle.

²⁾ In derselben Monographie, p. 27.

³⁾ Siehe hierüber: Ahlfeld, Berichte und Arbeiten, Band II., p. 105 und ff.