Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.

Zur Lehre der Hinterscheitelbeineinstellung.

Von

Dr. A. Motta,

früherem Volontärarzt an der Königlichen Frauenklinik.

Einleitung.

Durch die nachfolgende Zusammenstellung der in der hiesigen Klinik vom 1. Januar 1887 bis zum 31. December 1895 beobachteten Fälle von Hinterscheitelbeineinstellung soll versucht werden, zur Aufklärung der über diesen Punkt noch offenen Fragen beizutragen.

Die Hinterscheitelbeineinstellung war zwar früher schon von Michaelis¹⁾, Scanzoni²⁾, Hohl³⁾ und anderen Autoren beobachtet worden; Litzmann⁴⁾ jedoch gebührt das grosse Verdienst, auf Grund seiner Beobachtungen sowohl die Anschauung widerlegt zu haben, dass diese Einstellung nur in seltenen Fällen beobachtet werde, als auch, dass sie ausschliesslich bei engem Becken vorkomme.

Definition.

Wir bezeichnen nach Litzmann als Hinterscheitelbeineinstellung diejenige Anomalie, bei welcher das dem Promontorium zugewandte Scheitelbein in grösserer Ausdehnung auf oder im Becken-

1) Neue Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. IV. S. 376—384.

Das enge Becken. S. 189—193.

2) Lehrb. d. Geburtsh.

3) Lehrb. d. Geburtsh. 1855.

4) Archiv f. Gynäkologie. Bd. II. Ueber die hintere Scheitelbeineinstellung u. s. w.

eingange steht. Die Pfeilnaht verläuft dabei quer, seltener einem der schrägen Durchmesser des Beckeneinganges genähert. — Die pathologische Einstellung wird beobachtet sowohl bei geschlossenem als auch bei mehr oder weniger erweitertem Muttermund, sowohl bei erhaltener als auch nach gesprungener Fruchtblase. — Litzmann¹⁾ unterscheidet drei Grade derselben, je nach dem Stande der Pfeilnaht. Bei dem ersten verläuft dieselbe 1,5—2 cm vor der Mittellinie des Beckens, bei der zweiten dicht hinter dem oberen Rande der Symphyse und das Tuber des hinteren vorliegenden Scheitelbeins ragt in den Beckeneingang hinein, beim dritten Grade liegt das hintere Scheitelbein allein vor und der untersuchende Finger gelangt an das auf, unter oder neben dem Promontorium liegende Ohr (hintere Ohrlage).

Vorkommen.

Betreffs der Häufigkeit hat Litzmann die abnorme Einstellung beim engen Becken ziemlich in jedem 10. Falle beobachtet; dagegen fand er sie bei weitem Becken unter 1800 Schädelgeburten nur 23 mal, also in 1,2 pCt. der Fälle. — Diese Angaben stimmen nahezu überein mit den Beobachtungen, welche Veit²⁾ bei seinem Berliner poliklinischem Materiale zu machen Gelegenheit hatte. — In neuester Zeit berichtet³⁾ Goenner über 8 in der Baseler Klinik unter 2400 Geburten vorgekommene Fälle = 0,3 pCt. Wenn er angiebt, dass unter diesen 2400 Frauen 193 ein enges Becken darboten und bei 7 von denselben Hinterscheitelbeineinstellung beobachtet wurde, so entspricht das einer Häufigkeit von 3,6 pCt. — In der Dresdener Frauenklinik wurden unter 12622 Schädelgeburten, ohne Rücksichtnahme auf Art und Form des Beckens, 83 Fälle von Hinterscheitelbeineinstellung beobachtet, in Procenten ausgedrückt: 0,65 pCt.

Das Material vertheilt sich so, dass auf die Jahre 1887: 4, 1888: 13, 1889: 10, 1890: 8, 1891: 7, 1892: 9, 1893: 7, 1894: 9, 1895: 16 Fälle kommen.

1) l. c.

2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV. Die Hinterscheitelbeineinstellung.

3) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXI. Zur Hinterscheitelbeineinstellung.

T a -

Fortlaufd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
1887. 1. Kais. 28 J. 59.	2	I. Spontan. Lebendes Kind. 46 $\frac{1}{2}$, 2450.	Allgem. verengt, plattrhach. 22 : 22 : 28 : 16 $\frac{1}{4}$. C. D. 8 $\frac{1}{2}$. V. 6 $\frac{1}{2}$ —7. Linksseitige sko- liotische Ver- krümmung der Wirbelsäule.	Schädel- lage IIa.	27 Std. 10 Min.	Sofort.	53 Std. 20 Min.	26 Std. 10 Min.
2. Hartm. 25 J. 744.	1	—	Allgem. verengt, platt. 23 : 24 $\frac{1}{2}$: 31 $\frac{1}{2}$: 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 8. Kreuzbein in der Mitte abgelenkt. Hint. Symphysen- knorpelrand etwas hervorspringend.	Schädel- lage Ia.	26 Std.	21 Std.	33 Std. 45 Min. bis zur Perforat. 39 Std. 30 Min. bis zur Kranio- klasie.	28 Std. 45 Min. bis zur Perforat. 34 Std. 30 Min. bis zur Kranio- klasie.
3. Schindl. 23 J. 900.	1	—	Allgem. verengt. 22 $\frac{1}{2}$: 25 : 30 : 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia aus IIb.	22 Std.	13 Std. 15 Min.	36 Std.	27 Std. 15 Min.
4. Pr. 27 J. 1023.	3	I. Spontan. Lange Ge- burtsdauer. Lebend. Kind, n. 5 Tagen †. II. Perforation u. Kranioklasie d. lebenden Kindes. Kind: 55. 3500.	Plattrhach. 23 $\frac{1}{2}$: 25 : 30 : 15 $\frac{3}{4}$. D. 9 $\frac{3}{4}$. V. 7 $\frac{3}{4}$. Kreuzbein stark gewölbt. Prom. tief.	Schädel- lage Ia.	3 Std. 10 Min.	15 Min.	3 Std. 45 Min.	50 Min.

belle I.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmass.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen kräftig, häufig, schmerzhaft. Morph. Lange Geburtsdauer. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Sprengen der Blase bei fast vollständigem Muttermund. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf auf dem Beckeneingang fixirt. Erschöpfung der Frau. Fieber. T. 38,4. P. bis 120. Perforation und Kranioklasie des lebenden Kindes. Scheidendamriss 3 cm. Naht.	Fieber am 5. u. 6. Tag des Wochenbettes. T. u. P. bis zu 38,5 u. 120. Drohende Mastitis? Am 11. Tag entlassen.	45½. 2510. Ohne Gehirn und Blut.	Mädchen. † Perforirt.
Enges Becken. Kam mit vorzeitig gesprungener Blase. Sehr langsame Erweiterung des Muttermundes. Morph. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf ziemlich fest. Fieber der Mutter. T. 38,4. P. 96. Absterben des Kindes. Perforation des toten Kindes bei 3 Markstückgrossen Muttermund. Später Schüttelfrost. T. 39,5. P. 106. Tympania uteri. Kranioklasie bei 6 cm grossem Muttermund. Scheidenriss 5 cm. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Fieber i. Wochenbett. Parametran.Reizung. Magendarmkatarrh. Atonische Nachblutung am 10. Tag. Entlassung am 22. Tag.	52. 2860. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Seitenlagerung. Morph. Nach dem Blasensprung bei fast vollst. Muttermund geringer Grad von Hinterscheitelbeineinstellung. Herztöne regelmässig. Später T. 38,0. P. 96. Kopf noch beweglich im Beckeneingang. Muttermund zusammengefallen, handtellergross, dehnbar. Wendung auf das rechte Bein. Unmöglichkeit der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes. Kind inzwischen abgestorben. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Scheidenriss 3 cm. Naht. Mässige Blutung, die nach Expression d. Placenta steht. Uterusausspül. Ergotin.	Fieber vom 6. bis 8. Tag bis zu 39,2. P. 96. Schmerzhafteste Brustleibschmerzen. Am 13. Tag entlassen.	52. 3480. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforirt. Auf dem vorderen Theil des link. Scheitelbeins unmittelbar nach hinten von der Kronennaht eine tiefe löffelförmige Depression. Fractur des Scheitelbeins? Fractur der rechten Clavicula.
Enges Becken. Starker Hängebauch. Wehen sehr kräftig. Kopf beweglich über d. Beckeneingang. Seitenlagerung. Morph. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf bewegl. auf dem Beckeneingang. Herztöne regelmässig. Muttermund vollständig. Contractionsring. Wendung. Extraction. Schwierige Lösung der Arme. Das hintere ist am Gesicht in die Höhe, das vordere über den Nacken geschlagen. Die Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie misslingt. Kind abgestorben. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Uterusausspülung.	Pneumonia crouposa i. Wochenbett. Sehr hohes Fieber. Entlassung am 24. Tag.	53. 4180. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforirt.

Fortlaufd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
1888. 5. Kutt. 30 J. 190.	3	II Spontane Geburten. Lebende, an- geblich grosse Kinder.	Plattrhach. 23 : 26 : 32 : 17. C. D. 10. V. 8. Kreuzbein stark ausgehöhlt. Prom. tief.	Schädel- lage Ia.	8 Std. 45 Min.	1 Std. 20 Min.	17 Std. 45 Min. bis zum Correct- Versuch. 18 Std. bis zur Wendung.	10 Std. 20 Min. bis zum Correct- Versuch. 10 Std. 35 Min. bis zur Wendung.
6. Holl. 33 J. 354.	5	I. Wendungs- versuch wegen Nabelschnur- vorfall. Perfo- ration u. Kra- nioklasie d. ab- sterb. Kindes. (48 $\frac{1}{2}$, 2200). Geburtsdauer 32 St. 31 Min. II. Frühgeburt im 8. Monat spontan. Na- belschnurvorf.	Allgem. verengt, plattrhach. 23 $\frac{1}{2}$: 25 $\frac{1}{4}$: 30 : 16 $\frac{1}{4}$. CD. 8 $\frac{1}{2}$ V. 7. Kreuzbein stark hervorspringend. Dopp. Promont., das unt. stärker hervorspring. als d. ob. u. leicht zu erreichen. Linea innominata leicht abzutasten.	Schädel- lage IIb.	10 Std. 2 Min.	2 Std. 2 Min.	17 Std.	8 Std. 45 Min.
		Reposition. Geburtsdauer 7 St. 35 Min. Kind nach 24 Stunden †.						
		III. Zange bei Hochstand des Kopfes we- gen eingetretenen Fiebers. Meconium- abgang. Verlangsamung der kindl. Herz- töne. Lebender Knabe. 47, 2600. Ge- burtsdauer 11 Stunden.						
		IV. Hinterscheitelbeineinstellung. Spontane Geburt. Lebender Knabe. 48, 2440. Kopfmaasse 12, 10, 9, 35. Ge- burtsdauer 25 Stunden.						
7. Abrat. 25 J. 375.	3	I. Wendung u. Perforation d. nachfolgend. Kopfes; aus- getrag. Kind. II. Frühgeburt im 9. Monat. Wendung und Extraction. Perforation d. nachfolgend. Kopfes.	Allgem. verengt, plattrhach. 24 $\frac{1}{2}$: 26 $\frac{3}{4}$: 32 : 17 $\frac{1}{4}$. CD. 9 $\frac{1}{4}$ (v. unt. Prom. gem.) V. 7 $\frac{1}{4}$. Linea in- nominat. abzutast. Symphysenknorp. etwas vorspringd. Verbind. zwischen 2. u. 3. Kreuz- beinwirbel vor- springend; das übrige Kreuzbein ausgehöhlt. Dopp. Promont., das un- tere stark vor- springend, mässig hoch.	Schädel- lage Ia.	30 Std. 5 Min.	34 Std. 5 Min.	31 Std. 20 Min.	35 Std. 20 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Herztöne beschleunigt, leise 148—180. Nabelschnurschlinge links vom Kopf. Der bimanuelle Correctionsversuch misslingt. Wendung und Extraction bei 5 Markstückgrossem dehnbarem Muttermund. Uterusausspülung. Ergotin.	Fieber am 9. Tag ohne nachweisbarem Grund. Entlassung am 11. Tag.	52. 3250. 11 $\frac{1}{2}$, 10, 8, 36.	Knabe, leichtasphyktisch. Links neben d. Pfeiln. 1 cm hint. d. gross. Fontan. eine v. d. Symph. herrührend. Impress. Subluxat. d. l. Clavikel im Sternoclaviculargel. Am 11. Tag gesund entl.
Enges Becken. Wehen kräftig. Anfangs Schiefelage, die sich durch äussere Handgriffe leicht corrigiren lässt. Nach dem Blasensprung Einkeilung des Kopfes im kl. Becken in Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Herztöne gut. T. 38,1. P. 96. Hohe Zange bei vollständigem Muttermund. Uterusausspülung. Ergotin.	Am 4. Tag T. 38,2, P. 102. Leichte Angina. Am 10. Tag gesund entlassen.	51. 2913. 11, 6, 8, 36.	Knabe, mäss. asphyktisch. Das Kind zeigt auf der rechten Seite des Kopfes etwa 1 cm über dem Processus mastoideus eine Impression vom oberen, 1 cm darunt. eine vom unt. Promontorium. Auf dem linken Scheitelbein 3 cm von der Coronaria u. von d. Pfeilnaht ein Eindruck v. der Symph. herrührend. Starke Kopfgeschwulst am hint. Scheitelbein. Parese des linken Facialis. Bei der Entlassung am 10. Tag ist dieselbe in ganz geringem Grade noch vorhanden.
Künstliche Frühgeburt in der 37. bis 38. Woche. Bougie. Blasenstich. Lange Geburtsdauer. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Kräftige Wehen. Seitenlage. Zuletzt starke Dehnung des unteren Uterinsegments. Muttermund fast vollständig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Gefahr der Uterusruptur. Perforation und Kranioklasie des lebenden Kindes. Uterusausspülung.	Normales Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	48. 2420. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforation.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
8. Jäg. 42 J. 420.	6	I. Künstl. ent- bund. Todtes Mädchen. Per- foration? II. Zange. Leb. Kind. 53, 3750. III. Spontan. Leb. ausgetra- gener Knabe. 50, 3480. IV. Wendung u. Extraction weg. Querlage. Leb. Mädchen. 50, 3140. V. Künstliche Frühgeb. Quer- lage. Wendg. Lebendes Kind. 46, 2500.	Rhachitisch sko- liotisch schräg verengt. 26 : 24 $\frac{1}{4}$: 33 : 16 $\frac{1}{2}$. CD. 9. V. 7. Von der rechten Spina ant. sup. zur linken Spina post. 22 $\frac{1}{4}$, von d. link. zur rechten 21 $\frac{1}{4}$. Lineainnom. links leichter abzutast. als rechts. Link. Kreuzbeinflügel verkrümmt. Prom. leicht z. erreichen. Schambogen ziem- lich weit.	Schädel- lage Ia.	15 Std. 5 Min.	1 Std. 5 Min.	15 Std. 50 Min.	1 Std. 50 Min.
9. Wein. 29 J. 531.	3	I. Spontan leb. ausgetragenes Mädchen. II. Abort im 2. Monat.	Platt. 24 : 26 : 32 $\frac{1}{2}$: 17 $\frac{1}{2}$. D. 9—10. V. 8.	Schädel- lage IIa.	25 Std. 5 Min.	2 Std. 45 Min.	26 Std. 50 Min.	4 Std. 30 Min.
10. Zasp. 30 J. 650.	8	I. u. III. Zange. Todte ausge- trag. Kinder. IV., V., VI. Spontan. Lange Ge- burtsdauer. Kleine, leb. Kinder. II. und VII. Abort im 3. Monat.	Allgem. verengt, plattrhach. 24 : 25 $\frac{1}{4}$: 30 $\frac{1}{4}$: 17 $\frac{1}{4}$. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{4}$.	Schädel- lage IIa.	13 Std. 45 Min.	2 Std. 15 Min.	13 Std. 45 Min. bis zur Correctur. 14 Std. 15 Min. bis zur Wendung.	2 Std. 15 Min. bis zur Correctur. 2 Std. 45 Min. bis zur Wendung.
11. Klem. 20 J. 867.	1	—	Allgem. verengt, platt. 23 : 25 $\frac{1}{2}$: 32 : 18. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia.	50 Std. 45 Min.	—	52 Std. 30 Min.	Kurz vorher gesprengt.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Schräg verengtes Becken. Hängebauch. Wehen kräftig. Herztöne gut. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Nach dem Blasensprung: Muttermund verstrichen. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang in Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Wendung auf den hinteren Fuss. Abgang meconiumhaltigen Fruchtwassers. Herunterholen des anderen Fusses nach Anschlingen des ersteren. Extraction. Lockerung der Nabelschnur, welche gut pulsirt. Scheidenuterusausspülung. Besichtigung des Collum: Kein Riss.	Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	50. 2852. 11, 9 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{2}$, 38.	Mädchen, asphyktisch. Starke Impression des rechten Scheitelbeins. Parese des r. Facialis. Bei der Entlassung Parese u. Impression nur wenig geringer geworden.
Enges Becken. Wehen kräftig. Aeusserlich Kopf fest im Beckeneingang. Da die Herztöne unregelmässig werden und zeitweise aussetzen, wird eine innere Untersuchung vorgenommen, welche die Pfeilnaht nahe der Symphyse verlaufend ergibt. Hinterscheitelbeineinstellung mässigen Grades. Kopf schwer beweglich. Die kindl. Herztöne erholen sich sofort wieder. Spontane Geburt.	Fieber am 6. u. 7. Tag ohne nachweisbare Ursache. Am 11. Tag entlassen.	52 $\frac{1}{4}$. 3950. 13, 9 $\frac{1}{4}$, 8 $\frac{1}{4}$, 36.	Lebendes Mädchen. Schlafe Kopfgeschw. am linken Scheitelbein. Am 11. Tag gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen mässig kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Morph. Nach dem Blasensprung bei fast vollständ. Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Es gelingt die Einstellung bimanuell zu verbessern, doch stellt sich der Kopf nachträglich wieder in Hinterscheitelbeineinstellung ein. Fruchtwasser meconiumhaltig. Muttermund vollständig. Wendung und Extraction. Kleiner blutender Riss des Collum. Umstechung. Uterusausspülung.	Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	49 $\frac{1}{2}$. 3090. 11 $\frac{1}{2}$, 9, 9 $\frac{3}{4}$, 36.	Mädchen. Tief asphyktisch. Gesund entlassen am 10. Tag.
Enges Becken. Wehen mässig. Herztöne gut. Morph. Lange Geburtsdauer. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Zuletzt: Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. bei stehender Blase. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Muttermund vollständig. Sprengen der Blase. Wendung auf den linken Fuss etwas schwierig. Extraction. Scheidendammriss 4 cm. Naht. Geringe Nachblutung. Kein Collumriss. Uterusausspülung. Scheidentamponade. Ergotin.	Normales Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	49 $\frac{1}{2}$. 3020. 12, 9, 8, 37.	Knabe. Zieml. asphyktisch. Am 10. Tag gesund entlassen.

Fortlaufs- Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
12. Wein. 21 J. 1084.	1	—	Allgem. verengt. 21 : 23 : 30 : 17. C. D. 11. V. 9 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa.	8 Std.	—	28 Std. 35 Min.	1 Std. 50 Min.
13. Fisch. 38 J. 1096.	10	I. Spontan. Leb. ausgetr. Knabe. II., III., V., VI. VII., VIII., IX. Querlage. Wendung und Extraction. Ausgetr. Kind., davon 3 todt. IV. Abort im 3. Monat.	Platt. 26 $\frac{1}{2}$: 30 $\frac{1}{2}$: 33 : 20 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{3}{4}$. V. 8. Prom. scharf her- vortretend und leicht z. erreichen. Leichte Lordose der Lendenwirbel- säule.	Schädel- lage IIa.	30 Std.	—	33 Std. 20 Min.	10 Min.
14. Nen. 33 J. 1143.	1	—	Allgem. verengt. 23 : 25 $\frac{1}{2}$: 30 $\frac{1}{2}$: 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9. V. 7.	Schädel- lage Ia.	19 Std. 30 Min.	11 Std. 15 Min.	43 Std. 30 Min.	35 Std. 15 Min.
15. Th. 21 J. 1264.	1	—	Allgem. verengt. 22 : 24 : 30 : 17. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage IIa.	?	?	30 Std.	Nicht beob- achtet.
16. Hof. 28 J. 1294.	1	—	Hochgradig allg. verengt, platt- rhachit. 24 $\frac{1}{2}$: 23 : 31 $\frac{1}{2}$: 15. C. D. 7 $\frac{1}{2}$ —8. V. 5 $\frac{1}{2}$ —6.	Schädel- lage Ia.	?	—	71 Std.	Blase steht noch.

Geringe Skoliose der Lendenwirbelsäule nach rechts. Von der Spina ant. sup. dextr. bis zur Mitte der Symphyse 14 $\frac{1}{2}$. — Von der Sp. ant. sup. sin. bis zur Mitte der Symphyse 16 $\frac{1}{2}$. — Tubera ischii 10 $\frac{1}{2}$. — Von d. Kreuzbeinspitze bis zum unteren Rand der Schamfuge 9. Von der Steissbeinspitze bis zum unteren Rand der Schamfuge 6 $\frac{1}{2}$. — Promontorium stark hervorspringend. Beide horizontale Schambein-
äste springen bogenartig herein. — Bei Horizontalstellung der Frau steht das rechte
Knie 4 Fingerbreit höher als das linke. Beide Oberschenkel nach vorn und aussen
rechts umgebogen. Linke Hüfte höher als die rechte. Beide Darmbeinschaukel be-
deutend verkleinert, nach aussen umgekippt, steil. Die Bogen der beiden Cristae ilei
fallen kurz nach hinten ab.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen kräftig. Herztöne regelmässig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. bei stehender Blase. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Nach dem Blasensprung spontane Correctur. Spontane Geburt.	Normales Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	50. 3170. 11 $\frac{1}{2}$, 9 $\frac{1}{2}$, 7 $\frac{1}{2}$, 34.	Lebender Knabe. Am 10. Tag gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen unregelmässig. Herztöne gut. Verhältnissmässig lange Geburtsdauer. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Zuletzt Hinterscheitelbeineinstellung bei stehender Blase. Kopf ganz beweglich im Beckeneingange. Sofort nach dem Blasensprung spontane Correctur, spontane rasche Geburt.	Normales Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	49. 4100. 12, 10, 9, 34.	Lebendes Mädchen. Am 9. Tag gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Vorzeitiger Blasensprung. Die Herztöne werden sehr unregelmässig. Vorfall der Nabelschnur bei 3 Markstückgrossem Muttermund (Pulsation nicht mehr fühlbar) und Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf ziemlich fest im Beckeneingang. Morph. Kolpeuryse. Langsame Erweiterung des Muttermundes. Temperatursteigerung bis zu 38,6. Perforation und Kranioklasie des todtten Kindes bei handtellergrossem Muttermund. Kleiner Dammriss. Naht.	Am 7. Tag T. 39,4, P. 100. Starkes Oedem der linken Labie. Leibschmerzlos. Am 15. Tag gesund entlassen.	50. 3000. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Wehen kräftig. Herztöne regelmässig. Nach dem Blasensprung anfangs Hinterscheitelbeineinstellung I. Gr., die sich nachher spontan ausgleicht. Spontane Geburt.	Fieber am 3. Tag. T. 38,0. P. 112. Rhagaden an beiden Warzen. Nach Stuhlgang Sinken d. Temp. u. des Pulses. Am 10. Tag entlassen.	50. 3340. 12, 10, 9, 35.	Lebender Knabe. Starke Kopfgeschw. auf d. rech. Scheitelbein, Druckspuren auf dem linken. Am 10. Tag gesund entlassen.
Angustia pelvis absoluta. Lange Geburtsdauer. Urin: $\frac{1}{3}$ Vol. Eiw. Wehen anfangs unregelmässig, später kräftig, schmerzhaft. Morph. Langsame Erweiterung des Muttermundes. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Abgestorbenes Kind. Erschöpfung der Frau. Muttermund Markstückgross. Sectio nach Porro.	Am 11. Tag T. 38,6, P. 106. Sonst normaler Verlauf des Wochenbettes. Entlassung am 43. Tag.	49. 2400. 11 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{4}$, 7 $\frac{1}{2}$, 34.	Mädchen. † Vor der Operation abgestorben.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
1889. 17. Grub. 43 J. 43.	6	I—V. Spontan. Leb. ausgetr. Kinder. II. Zwillinge.	Normal. $25\frac{1}{2} : 28\frac{1}{2} : 34 : 21$. Symphyse etwas nach innen vor- springend.	Schädel- lage IIa.	60 Std. 30 Min.	25 Std.	60 Std. 30 Min.	25 Std.
18. Maetz. 27 J. 118.	2	I. Spontan. Leb. ausgetr. Kind. 51. 3695. 12, 9, 8, 36.	Platt. $26 : 28 : 33 : 18$.	Schädel- lage Ia.	66 Std.	13 Std. 20 Min.	69 Std. 15 Min.	16 Std. 15 Min.
19. Kiessl. 25 J. 269.	2	I. Perforation.	Allgem. verengt. $21 : 24 : 31 : 17\frac{1}{2}$. C. D. $8\frac{1}{2}$. V. 7.	Schädel- lage Ia.	15 Std. 30 Min.	—	17 Std.	1 Std.
20. Stey. 32 J. 514.	2	I. Künstliche Frühgeburt im 9. Monat. Spontane Ge- burt eines lebenden sehr schwächlichen Kindes.	Allgem. verengt, platttrachit. $19 : 22 : 26 : 18$. C. D. $9\frac{1}{2}$. V. 18.	Schädel- lage Ia.	Sofort.	1 Std. 50 Min.	7 Std. 10 Min.	9 Std.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Normales Becken. Lange Geburtsdauer. Einige Tage lang wehenartige Schmerzen, dann Wehen sehr schmerzhaft, kräftig. Morph. Seitenlage. Vorzeitiger Blasensprung. Herztöne gut. Kopf beweglich im Beckeneingang. Zuletzt Verlangsamung der kindl. Herztöne. Muttermund vollständig, eingekerbt, vordere Lippe ödematös. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich im Beckeneingang. 2maliger Versuch der Correctur u. Extraction mit der Zange. Die Wendung auf beide Füße wird sofort angeschlossen. Schwere Extraction, besonders die Entwicklung des Kopfes. Scheidendamriss 3 cm. Naht. Atonische Nachblutung. Heisse Tücher. Essigausspülung. Collumtamponade. Ergotin.	Fieberfreies Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	56. 4290. 12, 9 ³ / ₄ , 8 ¹ / ₂ , 36.	Knabe. Stark asphyktisch. Kopfgeschwulst auf dem hinteren Scheitelbein. Gesund entlassen.
Plattes Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen unregelmässig, zuweilen sehr schmerzhaft, zuletzt lebhaft. Morph. Seitenlage. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich im Beckeneingang. Lange Geburtsdauer. Herztöne regelmässig. Stillstand der Geburt. Bad. Heisse Douche. Muttermund handtellergross, dehnbar. Wendung auf beide Füße und Extraction ohne Schwierigkeit. Uterusausspülung. Ergotin.	Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	52. 4100. 12, 10, 9, 40!	Lebendes Mädchen. Druckspuren auf d. recht. Scheitelbein, ebenfalls auf dem linken. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen krampfartig. Morph. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. bei stehender Blase. Sprengen derselb. bei vollständigem Muttermund. Kopf bewegl. auf dem Beckeneingang, tritt nicht ein. Fruchtwasser meconiumhaltig. Die kindl. Herztöne werden unregelmässig. Wendung auf den rechten Fuss ohne Schwierigkeit. Abstreifen der zwischen den Schenkeln verlaufenden Nabelschnur. Extraction. Uterusausspülung.	Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	49. 2750. 11, 9 ¹ / ₂ , 8, 37.	Stark asphyktisch. Gesund entlassen.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen kräftig. Morph. Bei der Aufnahme Muttermund 3 Markstückgross. Hinterscheitelbeineinstellung III. Gr. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Später Mutterm. vollständig. Herztöne schlecht. Compression der plötzlich vorgefallenen Nabelschnur, deren Puls immer langsamer wird. Absterbendes Kind. Perforation desselb. Die Extraction mit dem Kephalotryptor misslingt. Kranioklasie gelingt beim zweiten Anlegen des Kranioklasts leicht. Oberflächliche Erosionen des Muttermundes. Aus- tupfen ders. mit 5proc. Carboltupfern. Oberflächl. Scheidenrisse. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Am 2. Tag T. 38,6, P. 102 ohne nachweisbare Ursache. Am 10. Tag gesund entlassen.	53. 2980. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforation.

Fortlaufd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
21. Rössl. 27 J. 614.	1	—	Allgem. verengt, platttrach. 23:26:28:17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{1}{4}$ —9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$ —7 $\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	18 Std. 30 Min.	15 Min.	19 Std.	45 Min.
22. Bries. 25 J. 771.	3	I. Zange. Knabe, todt, ausgetragen. II. Spontan. Ausgetragener leb. Knabe. 54, 3980. 12, 10, 9, 35. Geburtsdauer 12 St. 25 Min.	Allgem. verengt. 22 $\frac{1}{2}$:25 $\frac{1}{2}$:30: 19. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage IIa.	16 Std. 15 Min.	15 Min.	18 Std. 5 Min.	2 Std. 5 Min.
23. Bald. 30 J. 1049.	2	I. Siehe No. 83. Nachtrag.	Allgem. verengt, platttrach. 24:26 $\frac{1}{2}$:29:16. C. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{2}$. Promontorium tief, scharf vor- springend. Lin. i. beiderseits abzutasten.	Schädel- lage IIa.	6 Std.	5 Std. 30 Min.	10 Std.	9 Std. 30 Min.
24. Gross. 26 J. 1101.	2	I. Zange. Kind todt, ausgetragen.	Allgem. verengt, platt. 20:23:28 $\frac{1}{2}$: 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{3}{4}$ —10. V. 7 $\frac{3}{4}$ —8. Promontorium stark hervor- springend. Lin. i. leicht abzutasten.	Schädel- lage Ia.	11 Std. 10 Min.	11 Std. 10 Min.	12 Std. 30 Min.	12 Std. 30 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung bei fast vollständ. Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf ziemlich beweglich im Beckeneingang. Die kindlichen Herztöne werden unregelmässig. Contractionsring. Wendungsversuch misslingt. Drohende Uterusruptur. Puls der Mutter 140. Die Perforation und Kranioklasie des absterbenden Kindes wird sofort angeschlossen. Scheidendammiss 1 cm. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Am 1. Tag T. 38,1, P. 96, sonst fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	47. 2600. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Wehen häufig und kräftig, schmerzhaft. Morph. Seitenlage. Bis zum Blasensprung Kopf beweglich über dem Beckeneingang; nach demselben Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf fest. Spontane Correctur. Herztöne zuletzt etwas verlangsamt. Spontane Geburt.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	53. 3750. 12 $\frac{1}{2}$, 10, 9, 36.	Knabe, stark asphykt. Kopfgeschwulst am rechten Scheitelbein. Am 10. Tag gesund entlassen.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen häufig, kräftig. Morph. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Herztöne gut. Muttermund 7 cm, dehnbar. Nicht-Eintreten des Kopfes. Wendung auf den linken Fuss schwer wegen der häufigen Uteruscontractionen. Schwieriges Beiseiteschieben des ziemlich fest auf dem Beckeneingang stehenden Kopfes. Extraction. Die Entwicklung des Kopfes gelingt mit Mühe wegen Contraction des äusseren Muttermundes um den Hals und starkem Vorsprung des Promontorium. Rechtsseit. Collumriss bis ins Scheidengewölbe. Abreissung der Vaginalschleimhaut am Introitus vaginae. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	52. 3370. 12, 10, 9, 35 $\frac{1}{2}$.	Knabe, tief asphykt. Impression am recht. Scheitelbein. Nach 24 Stunden †. Sectionsdiagn.: Schädelfractur mit Impression des recht. Scheitelbeins. Blutungen ins vordere Mediastinum. Lungenoedem.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen kräftig. Herztöne gut. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Muttermund fast vollständig. Kopf bewegl. im Beckeneingang, zeigt keine Neigung einzutreten. Wendung auf beide Füsse mit Schwierigkeit verbunden. Lockerung u. Zurückstreifen d. zwischen den Schenkeln verlaufenden Nabelschnur über den rechten Fuss. Extraction. Entwicklung d. Kopfes sehr schwer. Kleiner Scheidendammiss. Naht. Geringe Nachblutung. Uterusausspülung. Scheidentampon. Ergotin.	Fieberfreies Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	51. 3465. 12 $\frac{1}{2}$, 10, 9, 37.	Leicht asphyktisch. Gesund entlassen.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
25. Wint. 26 J. 1154.	1	—	Plattrhach. 25 $\frac{1}{2}$:27:32:17. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{4}$. Promontorium tief stehend, scharf hervor- springend.	Schädel- lage IIa.	3 Std. 20 Min.	—	12 Std. 15 Min.	8 Std. 50 Min.
26. Reinh. 20 J. 1174.	1	—	Plattrhach. 25 $\frac{1}{2}$:26:32:17. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	12 Std. 50 Min.	13 Std.	32 Std. 5 Min.	32 Std. 15 Min.
1890. 27. Körb. 26 J. 138.	2	I. Künstliche Frühgeburt (36. Woche). Kind asphykt., todd. 47, 2600. 11 $\frac{3}{4}$, 9, 8, 32.	Plattrhach. 24 $\frac{1}{4}$:25 $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$: 32:17 $\frac{1}{4}$. C. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{4}$. Kreuzbein vor- gesunken. Prom. stark vorspring. Lin. i. nicht voll- ständig abzutast.	Schädel- lage Ia.	10 Std. 40 Min.	83 Std. 25 Min.	10 Std. 40 Min. bis zur Correctur. 12 Std. 30 Min. bis zur Zange.	83 Std. 25 Min. bis zur Correctur. 85 Std. 15 Min. bis zur Zange.
28. Wiedem. 32 J. 161.	3	I. Hinter- scheitel- beinein- stellung. Wendung und Extraction. Todtes Kind. 50, 3090. 12, 9 $\frac{1}{2}$, 8, 34 $\frac{1}{2}$. II. Wendung und Extraction. Lebendes Kind. 50, 3430. 11 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{2}$, 7 $\frac{1}{2}$, 34.	Allgem. verengt, plattrhach. 23 $\frac{1}{2}$:24 $\frac{1}{2}$: 30 $\frac{1}{2}$:17. C. D. 8 $\frac{3}{4}$. V. 7.	Schädel- lage IIa.	7 Std. 10 Min.	1 Std. 25 Min.	7 Std. 20 Min.	1 Std. 35 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Hinterscheitelbeineinstellung I. Grades bei stehender Blase. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Vorliegen und Vorfall der comprimierten pulslosen Nabelschnur. Todtes Kind. Wehenkräftig. Morph. Seitenlage. Spontane Correctur und Geburt. Kleiner Scheidendamriss. Naht.	Fieberloses Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	53. 2850. 11, 8, 7, 33.	Mädchen. † Vor der Geburt abgestorben.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen anfangs schwach, später kräftig und anhaltend. Herztöne regelmässig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopffest. Morph. Seitenlage. Spontane Correctur. Erschöpfung der Frau und Wehenschwäche in der Austreibungszeit. Kristeller'scher und Ritgen'scher Handgriff. Atonische Nachblutung. Heisse Scheidenausspülung.	Fieberl. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	48. 2810. 11 1/4, 8 1/4 7, 33 1/2.	Lebendes Mädchen. Der kindl. Schädel zeigt eine kolossale Geschw. rechts am Scheitelbein. Die r.
Coronalnaht ist tief eingedrückt, vom unteren Ende derselben geht eine tiefe Furche im Knochen bis zum Auge (Druck von der Schamfuge); über dem rechten Stirnbein findet sich eine Markstückgrosse rothe Druckstelle, in deren Mitte der Knochen etwas comprimirt zu sein scheint; über dem linken Stirnbein nahe der Stirnnaht ähnliche Druckstelle. Ueber dem linken Scheitelbein sitzt über dem Ohre und etwas hinten von demselben eine kleine schwärzliche verfärbte Druckstelle (Druck vom Promontorium). Das rechte Stirnbein ist stark unter das linke geschoben, die Stirnbeine stark unter die Scheitelbeine. Starke Asymmetrie des ganzen Schädels. Bei der Entlassung am 10. Tag: Druckmarke hinter dem linken Ohr, gangränöse Hautpartie, linsengross. Granulationen in der Umgebung.			
Enges Becken. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche. Bougie. Eihautstich. Wehen anfangs unregelmässig, dann häufig und kräftig. Morph. Zögernde Erweiterung des Muttermundes. Kolpeuryse. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Muttermund 6 cm. Herztöne gut. Correctur der path. Einstellung durch äussere und innere Handgriffe in Narcose. Nochmalige Kolpeuryse. Nach 1 Stde 50 Min. Muttermund vollständig. Kopf ziemlich fest im Beckeneingang. Hohe Zange. Doppelseitiger Collumriss. Uterus-Scheidentamponade wegen Nachblutung.	Fieber am 1. u. 2. Tag. Schüttelfrost. Leibschermerzen. Am 10. Tag vollkommen gesund entlassen.	47. 2600. 11, 9 1/2, 7 1/2, 33.	Mädchen, tief asphyktisch. Linksseitige Facialislähmung. Abplattung u. Verschiebung des linken Scheitelbeins unter das rechte. Haematom über dem recht. Jochbogen. Druckmarken von den Zangenlöffeln. Gesund entlassen mit leichter Abplattung der linken Schädelhälfte.
Enges Becken. Wehen mässig kräftig. Herztöne gut. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Nach dem Blasensprung bei fast vollständigem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Wendung auf beide Füsse. Extraction, Lösung der Arme. Der ausserordentlich grosse Kopf lässt sich nicht entwickeln. — Nabelschnur unterdessen pulslos. Absterben des Kindes. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Scheidendamriss 3 cm. Naht. Oberflächlicher Collumriss. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	52. 3100. Ohne Gehirn und Blut.	† Perforation. Tiefe Impression d. recht. Scheitelbeins.

Fortlaufend. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
29. Gart. 25 J. 194.	3	I. Spontan. Leb. ausge- tragenes Kind. II. Wendung u. Extraction. Leb. ausge- tragenes Kind.	Allgem. verengt. 20 $\frac{1}{2}$:24:30: 16 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	?	?	18 Std. 50 Min.	16 Std. 50 Min.
30. Kretzsch. 31 J. 327.	6	I. u. II. Zange. Ausgetragene Kinder, währ. der Geburt abgestorben. III. Zangenversuch. Perf. u. Kranioklasie. Kind ausgetrag. IV. Zange. Todtes ausgetrag. Kind. V. Künstl. Frühgeburt. Wendung u. Extraction. 49, 2590. Leb. Knabe, nach 8 Tagen an Krämpfen gestorben.	Allgem. verengt, plattrhach. 23:24 $\frac{1}{2}$:31:17. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	12 Std.	Sofort.	13 Std. 32 Min.	1 Std. 32 Min.
31. Griebl. 35 J. 358.	10	I. Zange. Kind? II. u. IV. Perf. III. Spontan. Lebend. ausgetragenes Kind. V. Zange. Leb. Kind. 55, 4170. VI. Zangenversuch. Perforat. VII. Abort im 4. Monat. VIII. Künstliche Frühgeburt. Wendung u. Extraction. Lebend. Kind. 50, 3440. IX. ?	Allgem. verengt. 22 $\frac{1}{2}$:24:19:17. C. D. 9 $\frac{3}{4}$. V. 7 $\frac{3}{4}$.	Schädel- lage IIa.	?	—	14 Std.	Kurz vor- her ge- sprengt.
32. Krn. 27 J. 390.	1	—	Allgem. verengt, plattrhach. 23 $\frac{1}{2}$:25:28:16. C. D. 9. V. 7—7 $\frac{1}{4}$. Doppeltes Prom. Zwischen 3. u. 4. Kreuzbeinwirbel geringe Ein- knickung.	Schädel- lage Ia.	?	?	42 Std.	34 Std.
33. Betz. 26 J. 509.	3	I. Spontan. II. Zange. Leb. ausge- trag. Kinder.	Allgem. verengt, plattrhach. 19 $\frac{1}{2}$:23 $\frac{1}{2}$:27: 15 $\frac{3}{4}$. C. D. 9 $\frac{1}{4}$ —9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{4}$ —7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIb.	22 Std. 20 Min.	Sofort.	23 Std. 10 Min.	50 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen ziemlich kräftig. Draussen mehrmaliger Zangenversuch. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst. Muttermund 5 Markstückgross. Starke Dehnung des unteren Uterinsegments. Tympania uteri. Kind im Absterben begriffen. Herztöne 180. Perforation und Kranioklasie des absterbenden Kindes. Beider Entwicklung des Kopfes entleert sich aus dem Uterus übelriechendes Blut, welches Luftblasen enthält. Uterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	52. 3300. Ohne Gehirn und Blut.	Mädchen. † Perforation.
Enges Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung bei fast vollständigem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Drohende Uterusruptur. Sectio caesarea. Die Entwicklung des Kopfes, welcher durch den Contractionsring festgehalten wird, gelingt nur nach Verlängerung des Uterusschnittes.	Normal. Wochenbett. Entlassung am 22. Tag.	46. 2490. 10 $\frac{1}{2}$, 9, 8 $\frac{1}{2}$, 34.	Mädchen, ziemlich asphyktisch. Fractur des rech. Oberarm- knochens. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Muttermund fast vollständig. Herztöne gut. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Grosser Kopf, beweglich über dem Beckeneingang. Da der Eintritt nicht zu erwarten ist, Sprengen der Blase. Wendung u. Extraction. Schwere Entwicklung des grossen Kopfes. Starke Blutung. Kein Riss. Manuelle Placentarlösung. Scheiden-Uterustamponade. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	55. 4320. 12, 10, 9, 40 $\frac{1}{2}$!	Lebender Knabe. Gesund entlassen.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen kräftig und häufig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Herztöne gut. Muttermund noch nicht für einen Finger durchgängig. Auswischen der Scheide u. des Collum mit 5 proc. Carbollösung. Sectio caesarea.	Fieberfreies Wochenbett. Am 23. Tag entlassen.	50. 3100. 12, 9 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{2}$, 33.	Lebender Knabe. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Seitenlage. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf fest im Beckeneingang eingekellt, lässt sich nicht herausheben. Muttermund vollständig. Herztöne etwas verlangsamt. Zange. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	47 $\frac{1}{2}$. 2960. 11, 9 $\frac{1}{2}$, 7, 33.	Knabe, etwas asphyktisch. Gesund entlassen.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
34. Schm. 23 J. 933.	1	—	Plattrhach. 24:25 $\frac{1}{2}$:30 $\frac{1}{2}$: 16. C. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{4}$ —7 $\frac{1}{2}$. Doppeltes Prom.	Schädel- lage IIa.	73 Std. 25 Min.	—	99 Std. 30 Min.	Nicht beob- achtet.
1891. 35. Köh. 24 J. 241.	2	I. Zange. Kind todt, ausgetragen.	Allgem. verengt. 22:24 $\frac{1}{2}$:27 $\frac{1}{2}$: 16 $\frac{1}{2}$. C. D. 10 $\frac{1}{2}$. V. 8 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIb.	5 Std.	—	7 Std.	1 Std. 30 Min.
36. Seidl. 35 J. 384.	10	I., II., III. Spontan. Leb. ausgetr. Kind. Lange Ge- burtsdauer. IV. Wendung. Kind todt, aus- getragen. V., VI., VII. Spontan. Lebend ausgetr. Kinder. Letzte Geburt schwer. VIII. Perforat. IX. Spontan. Lebend. ausgetr. Mädchen.	Platt. 25 $\frac{1}{2}$:27:32: 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 10 $\frac{1}{4}$. V. 8 $\frac{1}{4}$.	Schädel- lage IIa.	?	?	41 Std. 30 Min.	15 Std. 30 Min.
37. Kowa. 24 J. 421.	1	—	Allgem. verengt. 24 $\frac{1}{2}$:25 $\frac{1}{2}$:30: 17. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia.	35 Std.	—	35 Std.	Kurz vorher gesprengt.
38. Bald. 33 J. 787.	3	I. u. II. Siehe No. 23 u. 83.	Allgem. verengt, plattrhach. 24:26 $\frac{1}{2}$:29:16. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa. (Anf. des X. Mon.)	30 Min.	30 Min.	10 Std.	10 Std.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Lange Geburtsdauer. Bei der Aufnahme Muttermund 5 Markstückgross. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Später Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Muttermund noch nicht vollständig. Herztöne gut. Wehen wechselnd, zuletzt kräftig. Morph. Seitenlage. Muttermund fast vollständig. Kopf schwer beweglich im Beckeneingang. Herztöne sehr langsam. Perfor. u. Kranioklasie d. absterb. Kindes. Kleiner Scheidenschleimhautriss. Fortlaufende Catgutnaht. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	50. 2300. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Wehen sehr kräftig. Hinterscheitelbeineinstellung bei stehender Blase. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Sprengen der Blase, der Kopf tritt trotzdem nicht in's Becken ein. Muttermund fast vollständig. Herztöne gut. Wendung. Extraction. Zange am nachfolgenden Kopf, welcher sich etwas schwer entwickeln lässt. Zwei Collumrisse links, 1 u. 2 cm lang. Kleiner Scheidenriss. Naht. Uterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	49 $\frac{1}{2}$. 3650. 11 $\frac{1}{2}$, 10, 8 $\frac{1}{2}$, 36.	Knabe. asphyktisch. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Draussen Zangen- und Wendungsversuch. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Muttermund fast vollständig. Herztöne gut. Kopf ziemlich fest. Seitenlage. Morph. Spontane Correctur und Geburt. Uterusausspülung. Ergotin.	Wochenbett normal. Am 9. Tag entlassen.	50. 3370. 11 $\frac{1}{2}$, 9 $\frac{1}{2}$, 8, 34.	Mädchen, kaum asphyktisch. Kopf- geschwulst am rech. Scheitelbein. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen schwach. Hinterscheitelbeineinstellung bei stehender Blase. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Muttermund vollständig. Herztöne gut. Sprengen der Blase. Wendung und Extraction. Kleiner Scheidendammriss. Naht. Ergotin.	Normal. Wochenbett, Am 11. Tag entlassen.	49. 2900. 12, 10, 8, 35.	Knabe, leichtasphyk- tisch. Gesund ent- lassen.
Enges Becken. Starke Oedeme der Schenkel, Schamlippen u. Bauchdecken. Künstliche Anregung der Geburt. Heisse Bäder. Heisse Vaginaldouche. Tamponade. Vorzeitiger Blasensprung. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf bewegl. auf dem Beckeneingang. Langsame Erweiterung des Muttermundes. Kolpeuryse 2 mal ohne Erfolg. Zuletzt Krampfwehen. Contractionsring, drohende Uterusruptur. Herztöne gut. Muttermund nicht ganz 2 Markstückgross, wenig dehnbar, stark ödematös. Perforation des lebenden Kindes. Kranioklasie. Kein Riss. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag vollkommen gesund entlassen.	50. 2740. Ohne Gehirn und Blut.	Mädchen. †. Perforation.

Fortlaufs- Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stauden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
39. Schm. 24 J. 1183.	2	I. Siehe No. 34.	Plattrhachit. 24 : 25 $\frac{1}{2}$: 30 $\frac{1}{2}$: 16. C. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{4}$ —7 $\frac{1}{2}$. Doppeltes Pro- montorium.	Schädel- lage IIb.	?	?	10 Std. 30 Min.	7 Std. 30 Min.
40. Wust. 24 J. 1342.	1	—	Allgem. verengt. 22 $\frac{1}{2}$: 25 $\frac{1}{2}$: 31 : 19. C. D. 10 $\frac{1}{2}$. V. 8 $\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	?	?	73 Std. 15 Min.	42 Std.
41. Wag. 25 J. 1359.	3	I. Querlage. Wendung u. Extraction. Knabe todt. 6 W. zu früh. II. Wendg. u. Extract. Leb. ausgetr. Knabe	Allgem. verengt, plattrhachit. 23 $\frac{1}{2}$: 26 : 29 : 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9. V. 7—7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa.	?	?	18 Std.	10 Std. 30 Min.
1892. 42. Rein. 23 J. 28.	1	—	Normal. 24 : 27 : 31 : 21.	Schädel- lage Ia.	45 Std. 30 Min.	Sofort.	46 Std.	30 Min. vorherge- sprengt.
43. Gottw. 25 J. 110.	1	—	Platt. 25 : 27 : 31 : 18. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia.	?	?	61 Std.	52 Std.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Bei der Aufnahme Tetania uteri. Muttermund fast vollständig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst. Herztöne unregelmässig, verlangsamt. Perforation des absterbenden Kindes, Kranioklasie. Uterusausspülung. Ergotin.	Am 3. und 6. Tag T. 38,0, Puls 100 bez. 96. Prall gespannte schmerz. Brüste. Am 10. Tage gesund entlassen.	54. 2570. Ohne Blut u. Gehirn.	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Lange Geburtsdauer. Eingeklemmte Ovarialcyste. Wehen kräftig, schmerzhaft. Morph. Bei 3 Markstückgrossem Muttermund Reposition der Cyste. Wiederholte Kolpeuryse. Seitenlage. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf ziemlich fest auf dem Beckeneingang. Tympania uteri. Kind im Absterben begriffen. Herztöne unregelmässig, beschleunigt. Perforation u. Kranioklasie d. absterbenden Kindes bei 6 cm. grossen Muttermund. Während der Operation entleeren sich aus dem Uterus übelriechende Gase. Uterusausspülung. Doppelseitiger Collumriss 1½ cm. Kleiner Scheidendamriss. Naht. Scheidentamponade mit Jodoformgaze.	Wochenbett normal. Am 4. Tage auf die gynäkolog. Station verlegt. Dasselbst Laparotomie. (Kystoma derm. ovarii). Am 41. Tage gesund entlassen.	55. 3290. Ohne Blut u. Gehirn.	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Draussen wiederholter Zangenversuch. Bei der Aufnahme: Wehen mässig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf wenig bewegl. im Beckeneing. Mutterm. vollständig. Herztöne leidl. Wendungsvers. Starrer Contractionsring. Drohende Uterusruptur. Absterb. d. Kind. während d. Wendungsvers. Perf. u. Kranioklasie d. todt. Kindes wird sofort angeschl. Incompl. Collumriss. Scheidendamriss 2 bez. 1½ cm. Naht. Uterusausspülung. Collumtamponade. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	?	Mädchen. † Perforirt.
Normales Becken. Wehen kräftig. Herztöne gut. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Lange Geburtsdauer. Sprengen der Blase bei vollst. Muttermund. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich, zeigt keine Neigung einzutreten. Wendung und Extraction. Uterusausspülung. Scheidendamriss 3:4 cm. Naht. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	53. 3370. 11½, 9½, 8½, 35.	Knabe tief asphyktisch. Gesund entlassen.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Lange Geburtsdauer. Wehen anfangs kräftig, später nachlassend. Bei der Aufnahme Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst, nicht zurückschiebbar. Starke Kopfgeschwulst. Abgang von Meconium. Herztöne zieml. gut. Mutterm. vollständig. Fieber d. Mutter. T. 38, 1 P. 90. Scheidenausfluss, etwas fötid. Scheidenausspülung. Zange. Doppelseit. Collumriss ca. 4 cm. Scheidendamr. 1 cm. Naht. Uterusausspül.	Fieber im Wochenbett vom 1.—13. Tag. Fötide Lochien. Kreuzschmerzen. Linke Leibseite druckempfindlich. Am 20. Tag gesund entlassen.	52. 3240. 12, 9½, 8, 35½.	Knabe tief asphykt. Nach 20 Min. wiederbelebt. Am kindlich. Schädel deutliche Abdrücke d. Zangenlöffel, der eine über d. l. Vorderhauptsseite bis unter das l. Augenlid reichend; der andere über d. r. Hinterhauptsseite ungefähr bis zur Mitte d. Halses nach abwärts reichend. Vom l. Ohr nach hinten u. aufwärts ein starker Eindruck d. Promontorium entsprechend; auf d. r. Scheitelbein ein ähnlicher weniger starker Eindruck von der Symphyse herrührend. Kind † 9 Tage p. p. — Sectionsdiagnose: Hyperaemie und Oedem des Gehirns. Starke Blutung in beide Seitenventrikel. Nierenblutung.

Fortlaufd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
44. Mat. 29 J. 335.	1	—	Allgem. verengt, plattrhachit. $21\frac{1}{2} : 22 : 28\frac{1}{2} :$ 17. C. D. 8. V. 6.	Schädel- lage Ia.	45 Std. 15 Min.	?	51 Std. 45 Min.	Blasen- sprung angeblich 3 Tage vorher.
45. Haas. 28 J. 382.	1	—	Allgem. verengt, plattrhachit. $23 : 23\frac{3}{4} : 27\frac{1}{2} :$ $15\frac{1}{2} - 16.$ C. D. 9. V. $6\frac{3}{4}$. Symphysis sacro-iliaca rechts stark hervorspringend. Linea innominata nach innen ein- geknickt. Die rechte springt mehr nach dem Beckeninneren hervor als die linke. Sym- physe stark nach innen her- vorspringend.	Schädel- lage IIa.	34 Std.	35 Std. 30 Min.	34 Std. 30 Min.	36 Std.
46. Wol. 27 J. 395.	4	I.—III. Spont. Lebende aus- getr. Kinder.	Platt. $25 : 27 : 30 : 19.$ C. D. $9\frac{3}{4}$. V. $7\frac{1}{2}$. Promonterium stark vor- springend.	Schädel- lage Ia.	29 Std.	—	29 Std.	Unmittel- bar vor der Oper. gesprengt.
47. Gründ. 31 J. 476.	4	I—III. Spont. Ausgetr. leb. Kinder.	Platt. $26 : 26\frac{1}{2} : 30\frac{1}{2} :$ 18.	Schädel- lage Ia.	14 Std. 10 Min.	3 Std.	14 Std. 45 Min.	3 Std. 35 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Von der Poliklinik überwiesen. Enges Becken III. Grades. Vorzeitiger Blasenprung. Wehen kräftig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Langsame Erweiterung des Muttermundes. Kolpeuryse. Erschöpfung der Frau. Kind lebensfrisch. Sectio caesarea contraindic. wegen d. sehr vorzeitigen Blasenprungs u. mehrmaliger innerer Untersuchung ausserhalb d. Klinik. Muttermund 2-Markstück gross. Tiefe Cervixincisionen. Perforation d. lebenden Kindes. Kranioklasie. Schwierige Entwicklung d. Kopfes. Naht d. Incisionen u. eines Clitorisrisses. Uterusausspülung. Scheidentamponade.	Am 1. Tag T. 38,5, P. 120. Leibscherzen. Am 2. Tag T. 38,0, P. 108. Durchfall, sonst fieberfreies Wochenbett. Am 15. Tag entlassen. Rechtes Parametrium etwas gespannt und empfindlich.	?	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasenprung. Bei der Aufnahme Muttermund grubchenförmig. Kopf beweglich über d. Beckeneingang. Seitenlage. Wiederholte Kolpeuryse. Wehen anfangs schwach, später kräftig. Herztöne gut. Geringe Blutung. Scheidentamponade. Gefahr der Mutter.	Am 4. Tag T. 38,4, P. 88. Leib etwas aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Am 14. Tag gesund entlassen.	50. 2365. Ohne Gehirn und Blut.	Mädchen. † Perforirt.
T. 38,6, P. 132. Meteorismus. Einlauf. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich im Beckeneingang. Muttermund 5-Markstückgross. Herztöne unregelmässig, dumpf. Das Kind macht zuckende Bewegungen. Perforation des absterbenden Kindes. Kranioklasie. Cervixincisionen, da schon bei den ersten Traktionen der Muttermundssaum einzureissen beginnt. Schwere Entwicklung des Kopfes. Naht der Incisionen und 2 kleiner Scheidenschleimhautrisse. Scheidentamponade. Ergotin.			
Enges Becken. Wehen kräftig. Seitenlage. Morph. Herztöne gut. Kopf beweglich über d. Beckeneingang. Zuletzt Muttermund vollständig. Stillstand d. Geburt. Hinterscheitelbeineinstellung I. Grades bei stehender Blase. Kopf beweglich im Beckeneingang. Sprengen d. Blase. Wendung u. Extraction. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	53. 3490. 12, 9, 8, 34 ¹ / ₂ .	Lebender Knabe. Am linken Tuber pariet. eine 10-Pfennigstück grosse Impression. Gesund entlassen.
Plattes Becken. Wehen sehr kräftig, schmerzhaft. Morphium. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Nach dem Blasenprung bei noch nicht ganz vollständigem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung I. Grades. Kopf auf dem Beckeneingang gepresst. Starke Spannung des unteren Uterinsegments. Drohende Ruptur. Schlechtwerden der kindlichen Herztöne. Perforation des absterbenden Kindes. Kranioklasie. Uterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	55. 2987. Ohne Blut u. Gehirn.	Knabe. † Perforirt.

Fortlaufd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
48. Walth. 22 J. 818.	2	I. Spontan. Todtes Kind ausgetragen, intra partum abgestorben.	Platt. 28:29 $\frac{1}{2}$:33: 18 $\frac{1}{2}$. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia.	12 Std. 30 Min.	—	24 Std. 45 Min.	7 Std. 30 Min.
49. Kul. 33 J. 867.	1	—	Allgem. verengt. 22 $\frac{1}{2}$:27:30:19. C. D. 10 $\frac{1}{2}$. V. 8 $\frac{1}{2}$ —8 $\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	58 Std.	13 Std. 30 Min.	59 Std. 50 Min.	15 Std. 20 Min.
50. Richt. 20 J. 1313.	1	—	Allgem. verengt. 20 $\frac{1}{2}$:24 $\frac{1}{2}$: 30 $\frac{1}{2}$:17 $\frac{3}{4}$. C. D. 10 $\frac{1}{2}$. V. 8 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	15 Std. 30 Min.	—	37 Std. 25 Min.	2 Std. 18 Min.
1893. 51. Schm. 26 J. 509.	3	I. S. No. 34. II. „ „ 39.	Allgem. verengt, platttrhach. 24:25 $\frac{1}{2}$:30 $\frac{1}{2}$: 16. C. D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{4}$ —7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	17 Std.	Sofort.	21 Std. 30 Min.	4 Std. 30 Min.
52. Klug. 29 J. 514.	2	I. Zange. Todtes aus- getragenes Kind.	Allgem. verengt, platt. 22:25:30 $\frac{1}{2}$: 17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$. Symphyse nach innen vorsprin- gend.	Schädel- lage Ia.	?	?	34 Std. 30 Min.	23 Std.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen sehr kräftig. Morph. Seitenlage. Kopfbeweglich über d. Beckeneingang. Herztöne gut. Später Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Kopf bewegl. auf d. Beckeneingang. Nach dem Blasensprung spontane Correctur. Spontane Geburt. Heisse Tücher, da der Uterus Neigung zur Erschlaffung zeigt.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	52. 4300. 11 $\frac{1}{2}$, 9, 8, 36.	Lebend. Knabe. Kopfgeschw. an der hint. Partie d. r. Scheitel- u. Hinterhauptsbein. † 3 Tage p. p. Sectionsdiagn.: Hyperämie u. Oedem d. Gehirns. Subpleur. u. subpericardial. Echym. Stauungs-Milz, -Nieren u. -Leber.
Enges Becken. Hydramnion. Lange Geburtsdauer. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Morph. Sprengen d. Blase bei fast vollständigem Muttermund. Später Kopf auf d. Beckeneingang gepresst in Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Muttermund vollständig. Schlechtwerden d. kindl. Herztöne. Contractionsring. Wendg. auf d. rechten Fuss. Contractionsring allmählig überwunden. Extraction des absterbenden Kindes. Uterusausspülung. Tiefe Zerreissungen d. Scheide u. d. Dammes. Naht.	Fieberloses Wochenbett. Am 15. Tag wegen Incontinentia urinae auf die gynäk. Station verlegt. Dasselbst ohne besondere Behandlung am 31. Tag vollständig gesund entlassen.	54. 3405. 11, 9, 7, 35.	Knabe. † Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg.
Enges Becken. Wehen kräftig. Morph. Seitenlage. Kopf zuerst bewegl. über dem Beckeneingang, später Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase u. Markstückgrossen Muttermund. Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang. Kolpeuryse. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung spontane Correctur und Geburt.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	48. 2950. 12, 9 $\frac{1}{4}$, 8 $\frac{1}{2}$, 35 $\frac{1}{2}$.	Leicht asphyktisch. Mässige Kopfgeschw. über dem rechten hinteren oberen Scheitelbeinwinkel.
	Ueber der Stirne, der Haargrenze entlang, besonders auf der rechten Seite, stark ausgeprägte und mit Epithelverlust verbundene streifenförmige Röthung, welche nach rechts hinten oberhalb des Ohres verlaufend verschwindet. Kind gesund entl.		
Enges Becken. Wehen sehr kräftig. Morph. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung bei noch nicht ganz vollständig. Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf fest auf dem Beckeneingang. Kolpeuryse zur Vorbereitung d. Weichteile u. Vermeidung des weiteren Wasserabflusses. Irregularität und starke Verlangsamung der kindl. Herztöne. Perfor. des absterbenden Kindes. Kranio-klasie. Scheiden-Uterusausspül. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	48. 2700. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen kräftig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf bewegl. im Beckeneingang. Herztöne gut. Kolpeuryse. Morphium. Seitenlage. Abgang von meconiumhaltigem Wasser. Die Herztöne werden unregelmässig. Muttermund handtellergross, dehnbar. Beginnender Contractionsring. Wendung auf beide Füsse schwer. Extraction. Arme in den Nacken geschlagen. Lösung derselben sehr schwer. Clitorisabschorfung. Scheidendammriss 2:1. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	50. 3720. 11 $\frac{1}{2}$, 9, 8, 34.	Knabe, tief asphykt. † $\frac{1}{2}$ St. p. p. Starke Kopfgeschwulst am recht. Scheitelbein. Sectionsdiagn.: Gehirnblutung.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
53. Pehon. 20 J. 726.	1	—	Allgem. verengt. 21:23:28:16. C.D. $8\frac{1}{2}$. V. $6\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	36 Std. 45 Min.	Sofort.	48 Std. 50 Min.	12 Std. 5 Min.
54. Ditt. 43 J. 1045.	16	XIV spontane langdauernde Geburten. Leb. ausgetr. Kinder. 1 Abort im 4. Monat.	Plattrhach. $27\frac{1}{2}$:29:33:20.	Schädel- lage Ia.	18 Std. 30 Min.	6 Std.	24 Std. 40 Min.	12 Std. 10 Min.
55. Dietz. 36 J. 1320.	10	VIII spontane Geburten. Lebende ans- getragene Kinder. 1 Abort im 6. Monat.	Allgem. verengt, platt. 22:26:29:19 $\frac{1}{2}$. C. D. $9\frac{1}{4}$. V. $7\frac{1}{4}$ — $7\frac{1}{2}$. Promontorium stark vorspringd.	Schädel- lage Ib.	?	?	16 Std. 40 Min.	13 Std. 40 Min.
56. Willm. 20 J. 1599.	1	—	Allgem. verengt, platttrhach. 22:24:29:17 $\frac{1}{2}$. C.D. 9. V. 7. Kreuzbein stark ausgehöhlt. Schambogen hoch u. dick, springt etwas nach innen vor. Doppeltes Prom., beide tief. Beide horizontale Schambeinäste weit herein- springend.	Schädel- lage Ia.	53 Std. 30 Min.	4 Std. 47 Min.	71 Std. 40 Min.	22 Std. 57 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen mässig. Kopfbewegl. über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Mehrmalige Kolpeuryse. Warmes Bad. Seitenlage. Sprengen der Blase bei handtellergrössem Muttermund, Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf ziemlich fest auf dem Becken. Nochmal. Kolpeuryse. Muttermund schlaff, ziemlich vollständig. Wendungsversuch (mit Rücksicht darauf, dass der Kopf sich als ein kleiner herausstellt) misslingt sowohl mit der rechten als mit der linken Hand. Correctur durch äussere und innere Handgriffe. Zangenversuch misslingt. Sectio u. Symphyseotomie contraindicirt. Perforation d. lebenden Kindes. Kranioklasie ohne Schwierigkeit. Uterusausspülung. Ergotin.	Fieberfreies Wochenbett. Vom 4.—7. Tag leichtes vorübergehendes Exanthem auf der Innenseite der Oberschenkel. Ursache Sublimat? Am 10. Tag gesund entlassen.	50. 2200. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
Plattes Becken. Hängebauch. Vorzeitig. Blasensprung. Wehen kräftig, langandand. Muttermund 5 Markstückgross. Hinterscheitelbeineinstellg. III. Gr. Kolpeuryse. Morph. Herztöne gut. Später Temperatursteigerung, Erschöpfung der Frau. Puls klein, frequent. Steigernde Frequenz der kindl. Herztöne. Muttermund vollständig. Kopf beweglich im Beckeneingang. Wendung u. Extract. Uterusausspül. Ergotin.	Fieberfr. Wochenbett. Durchfall. Rechtes Param. schmerzhaft. Am 10. Tag an der Innenseite der Oberschenkel bläschenförmiges Ekzem. Am 12. Tag vollkommen gesund entlassen.	53. 3370. 10½, 10, 9, 35.	Knabe, leicht asphykt. Link. Ohr geschwoll. und blau. Auf dem linken Scheitelbein deutliche Druckspur. Gesund entlassen.
Enges Becken. Vorzeitiger künstl. Blasensprung ausserhalb der Anstalt. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich. Muttermund 5 Markstückgross, später fast vollständig. Dehnung des unt. Uterinsegments. Meconiumabgang. Die kindl. Herztöne werden unregelmässig. Wendung auf beide Füsse. Extraction. Schwierige Lösung der Arme, welche beide über dem Kopf nach oben geschlagen sind. Uterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	53. 3620. 12, 9½, 8, 35.	Mädchen, tief asphykt., wiederbelebt. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen unregelmässig, schwach. Wiederholte Kolpeuryse. Morph. Seitenlage. Einlauf. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Lange Geburtsdauer. Herztöne regelmässig. Blasenstich bei über 3 Markstückgrossem Muttermund. Nach demselben Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf dem Beckeneingang aufgedrückt, doch verschieblich. Muttermund 5 Markstückgross. Symphyseotomie. Collumincisionen. Hohe Zange. Seitliche Incision. Heisse Uterusausspülung. Symphysennaht. Collum-Scheidennaht. Scheidentamponade. Kochsalzinfusion.	Hoher unruhiger Puls weg. schw. Anaemie. Vom 6.—15. Tag Temperatursteigerungen bis zu 38.7. Am 52. Tag vollkommen gesund entlassen.	52. 3040. 11¾, 9, 8, 34.	Knabe, tief asphykt., nicht wiederbelebt. † Starke Impression am r. Scheitelbein. Fractur desselben.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
57. Sils. 28 J. 1618.	1	—	Platthach. 26:26:29:17. C.D. $9\frac{1}{2}$. V. $7\frac{1}{2}$. Beckenknochen sehr zart u. dünn. Prom. stark vor- springend. Hori- zontale Scham- beinäste stark nach innen vor- springend.	Schädel- lage IIa.	?	?	41 Std.	40 Std. 30 Min.
1894. 58. Pet. 25 J. 123.	1	—	Platt. 23:26:32:19. C.D. $10\frac{1}{2}$. V. $8\frac{1}{2}$.	Schädel- lage Ia.	16 Std. 45 Min.	1 Std.	22 Std. 55 Min.	7 Std. 10 Min.
59. Ado. 23 J. 368.	1	—	Allgem. verengt. 21:24:29:17 $\frac{1}{2}$. C.D. $10\frac{1}{2}$. V. $8\frac{1}{2}$. Kreuzbein steil abfallend, ein wenig nach hint. ausgebuchtet.	Schädel- lage Ia.	42 Std. 15 Min.	9 Std. 45 Min.	50 Std. 30 Min.	18 Std.
60. Flech. 21 J. 385.	1	—	Allgem. verengt, plattach. 22 $\frac{1}{2}$:23 $\frac{1}{2}$: 28 $\frac{1}{2}$:17. C. D. $7\frac{1}{2}$ —8. V. 6. Prom. stark vor- springend.	Schädel- lage IIa.	?	—	58 Std. 43 Min.	28 Min.
61. Czian. 30 J. 540.	2	I. Spontan. Leb. ausgetr. Mädchen.	Allgem. verengt, 22:23 $\frac{1}{2}$:27: 18 $\frac{1}{2}$. C.D. 10. V. 8. L. i. beiderseits gut abzutasten. Prom. hoch, stark hervorspringend.	Schädel- lage Ia.	10 Std. 10 Min.	3 Std. 10 Min.	10 Std. 30 Min.	3 Std. 30 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	Länge. Gew. Kopfmaasse.	für das Kind. Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Hängebauch. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen mittelkräftig. Bei der Aufnahme Hinterscheitelbeineinstellg. I. Grades. Muttermund handtellergross. Herztöne gut. Kolpeuryse nach derselben Muttermund fast vollständig, dehnbar. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich im Beckeneingang. Herztöne sehr schlecht. Perf. d. absterbend. Kindes. Kranioklasie. Aushülfe mit d. Knochenzange. Uterusausspülung. Oberflächlicher Scheidendamriss 2 cm. Naht.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	51. 2280. Ohne Blut und Gehirn.	Mädchen. † Perforation.
Enges Becken. Hängebauch. Starke Diastase der Musculi recti abdom. Bei der Aufnahme: Wehen kräftig. Herztöne gut. Muttermund fast vollständig. Blase steht. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Hochbinden des Leibes. Seitenlage. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Kolpeuryse zur Vorbereitung der Weichtheile u. Verhinderung des weiteren Wasserabflusses. Bei vollständigem Muttermund Herztöne noch gut. Wendung u. Extraction. Uterusausspülung. Abhebung der Columna 2:2 cm. Damriss 1 cm. Naht.	Am 3. Tag T. 38,6, P. 72. Bronchitis, schmerzhafte Brüste. Sonst fieberfreies Wochenbett. Am 9. Tag gesund entlassen.	57. 3690. 13, 10½, 9, 37.	Knabe, tief asphykt., nicht wiederbelebt. † Das Kind hat viel Fruchtwasser aspirirt.
Enges Becken. Wehen kräftig. Vorzeitiger Blasensprung, nach demselben Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich im Beckeneingang. Herztöne gut. Wiederholte Kolpeuryse. Seitenlage. Nach d. 2. Entfernung d. Kolpeurynters Nabelschnurvorf. Mutterm. noch nicht ganz vollst. Reposition. Mutterm. vollst. Herztöne verlangsamt. Wendung auf beide Füße, welche gekreuzt liegen. Extraction. Kopf fest vom Mutterm. umschlossen. Entwicklung desselben sehr schwer. Nabelschnur pulslos. Perf. d. nachfolgenden Kopfes. Doppelseit. Collumriss, links 3 cm, rechts 1 cm. Scheidendamriss 3:4. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	49. 2770. Ohne Blut und Gehirn.	Mädchen. † Perforation.
Angustia pelvis absoluta. Wehen kräftig. Bei der Aufnahme: Muttermund vollständig. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Herztöne gut. Kopf fest auf dem Beckeneingang. Sprengen der Blase. Sectio caesarea. Uterusnaht. Bauchdecken- naht.	Vom 2.—5. Tag Fieber. Foetide Lochien. Husten. Am 23. Tag gesund entlassen.	48. 2130. 11, 6, 8¼, 31½.	Lebender Knabe. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellg. I. Grades. Herztöne gut. Muttermund handtellergross, dehnbar. Der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang, tritt nicht ein. Wendung und Extraction. Schwierige Lösung der Arme, die über dem Kopf geschlagen sind. Verzögerung der Drehung des Kinnes. Linksseitiger Collumriss. Damriss 3 cm. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Fieberfr. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	55. 3820. 12, 9, 8, 35.	Knabe, tief asphyktisch. nicht wieder belebt. †

Fortlaufs- Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
62. Kreb. 23 J. 549.	1	—	Allgem. verengt. $23\frac{1}{2}:25\frac{1}{2}$: $29\frac{1}{2}:17$. C. D. $10\frac{3}{4}$. V. $8\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	17 Std. 10 Min.	6 Std. 20 Min.	17 Std. 45 Min.	6 Std. 55 Min.
63. Baldz. 20 J. 656.	1	—	Platt. $25:26\frac{1}{2}:31\frac{1}{2}$: 20. Conj. nicht ge- messen.	Schädel- lage Ia.	4 Std. 30 Min.	30 Min.	8 Std.	4 Std.
64. Hai. 20 J. 678.	1	—	Plattrhaach. $23\frac{1}{2}:24\frac{1}{2}:31$: 19. C. D. $9\frac{1}{2}$. V. $7\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa.	18 Std. 55 Min.	Sofort.	22 Std. 15 Min.	3 Std. 20 Min.
65. Schnei. 35 J. 1223.	5	IV. spontane Geburten. Leb. ausgetr. Kinder. III. Zwillinge.	Allgem. verengt. $23:26:29\frac{1}{2}:18$. C. D. $10\frac{1}{4}$. V. $8\frac{1}{4}$. L. i. abtastbar. Kreuzbein aus- gehöhlt. Prom. hoch. Steissbein winklig abgekn. Allgem. verengt, plattrhaach. $25:27:30:16\frac{3}{4}$. C. D. $8\frac{1}{2}$. V. $6\frac{1}{2}-6\frac{3}{4}$.	Schädel- lage IIa.	11 Std. 50 Min.	—	12 Std. 30 Min.	46 Min.
66. Trach. 20 J. 1635.	1	—	Allgem. verengt, plattrhaach. $25:27:30:16\frac{3}{4}$. C. D. $8\frac{1}{2}$. V. $6\frac{1}{2}-6\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	?	?	19 Std. 25 Min.	10 Std. 10 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen kräftig. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf ziemlich fest auf dem Beckeneingang gepresst. Muttermund noch nicht ganz vollständig. Kolpeuryse. Seitenlage. Bei vollständigem Muttermund Wendung auf beide Füße. Extraction. Die Entwicklung des Kopfes misslingt, da sich der Oberkiefer bez. das Vorderhaupt an dem linken queren Schambeinast anstemmt. Kind unterdessen abgestorben. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Uterusausspülung. Scheidenriss mit Abhebung der Columna 3 cm. Dammriss bis zum After. Naht. Ergotin.	Fieberfr. Wochenbett. Epileptische Anfälle. Foetide Lochien. Am 16. Tag entlassen.	50. 2700. Ohne Blut und Gehirn.	Mädchen. † Perforation.
Plattes Becken. Vorzeitiger Blasensprung, nach demselb. Hinterscheitelbeineinstellg. III. Gr. Schwache Wehen. Kolpeuryse, nach welcher dieselben kräftig auftreten. Muttermund handtellergröss. Herztöne unregelmässig, dann erloschen. Perforat. des todten Kindes. Kranioklasie. Linksseitiger Collumriss 2 cm. Scheidendammriss 1½ cm. Naht. Uterusausspülung. Ergotin.	Am 1. Tag T. 38,5, P. 106, sonst fieberfreies Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	52. 3200. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation. Nabelschn. 1 mal um den Hals geschlungen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Hertöne gut. Nach dem Blasensprung bei handtellergrössem, gespanntem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kolpeuryse. Muttermund vollständ. Kopf beweglich im Beckeneingang. Wendung auf den linken Fuss schwer wegen straffer Anspannung des inneren Muttermundes. Extraction. Hintere Arm in den Nacken geschlagen. Lösung zuerst des vorderen. Entwicklung des Kopfes ohne Schwierigkeit. Linksseitiger Collumriss 2½ cm. Scheidendammriss 1½ cm. Naht. Scheiden-Collumausspülung.	Am 1. Tag T. 38,4, P. 92, sonst fieberfreies Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	48. 2620. 11, 8¼, 7½, 34¼.	Lebendes Mädchen. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen mässig sark. Hinterscheitelbeineinstellung I. Grades bei stehender Blase, welche bei der inneren Untersuchung springt. Muttermund vollständig. Meconiumabgang. Unregelmässige Herztöne. Gefahr des Kindes. Wendung und Extraction. Nabelschnur einmal um den Hals geschlungen. Uterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	50. 2840. 11, 10, 8, 34.	Lebender Knabe. Ziemlich starke Impression auf dem recht. Scheitelbein. Gesund entlassen.
Enges Becken III. Grades. Wehen kräftig. Vorzeitiger Blasensprung. Bei der Aufnahme Muttermund 5 Markstückgröss. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Herztöne gut. Vorbereitung zur Sectio caesarea. Meconiumabgang. Herztöne dumpf, unregelmässig. Perforation des absterbenden Kindes. Kranioklasie. Nabelschnur 1 mal um den Hals geschlungen. Kein Riss. Scheiden-Uterusausspülung.	Fieberfr. Wochenbett. Foetide Lochien. Am 9. Tag auf eigene Verantwortung entlassen.	52. 2670. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
1895. 67. Schm. 22 J. 162.	1	—	Allgem. verengt, plattrhach. 20 $\frac{1}{2}$:26:30:18. C.D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$. Doppeltes Pro- montorium, tief.	Schädel- lage Ia.	?	?	44 Std. 35 Min. bis zum Wend.- Versuch. 44 Std. 45 Min. bis zur Perf.	44 Std. 5 Min. bis zum Wend.- Versuch. 44 Std. 15 Min. bis zur Perf.
68. Dress. 23 J. 192.	2	I. Fusslage. Extraction. Ausgetr. leb. Kind.	Platt. 25:25:29:17. C.D. 9 $\frac{1}{4}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa.	13 Std.	20 Std.	13 Std. 30 Min.	20 Std. 30 Min.
69. Schol. 24 J. 328.	1	—	Plattrhach. 24:27:28:15 $\frac{1}{2}$. C.D. 8. V. 6.	Schädel- lage Ia.	37 Std.	16 Std. 45 Min.	37 Std. 20 Min.	17 Std. 5 Min.
70. Schum. 24 J. 561.	1	—	Plattrhach. 24:24 $\frac{1}{2}$:30:15. C.D. 8 $\frac{3}{4}$ —9. V. 6 $\frac{3}{4}$ —7. Kreuzbein nach vorn abgeknickt. Prom. tief.	Schädel- lage IIa.	28 Std.	18 Std.	31 Std.	21 Std.
71. Her. 25 J. 650.	1	—	Platt. 25:25 $\frac{1}{2}$:30:19. C.D. 10 $\frac{3}{4}$. V. 8 $\frac{3}{4}$.	Schädel- lage Ia.	27 Std. 30 Min.	25 Std. 30 Min.	27 Std. 30 Min.	25 Std. 30 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand bei d. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen sehr kräftig. Bei der Aufnahme Muttermund vollständig. Hinterscheitelbeineinstellung III. Grades. Kopf zieml. fest auf dem Beckeneingang. Meconiumabgang. Herztöne dumpf. Wendungsversuch. Starrer Contractionsring. 4 Nabelschnurwindungen liegen an der Beckenwand vor. Perforation des absterbenden Kindes. Kranioklasie. Uterusausspülung. Plattes Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Keine Wehen. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Muttermund für d. Finger zugänglich. Portio 2 cm. Herztöne gut. Kolpeuryse. Seitenlage. Nach 3 St. 30 M. kräftige Wehen. Langsame Erweiterung des Muttermundes trotz wiederholt. Kolpeuryse. Bei 5 Markstückgrossen Muttermund Hinterscheitelbeineinstellg. II. Gr. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Extraction. Lösung des rechten Armes Collumriss. Naht. Scheidenausspülung.	Fieber vom 5.—9. Tag bis zu T. 38,8, P. 116. Parametral. Reizung infolge Aufsetzens. Am 16. Tag entlassen.	54. 3020. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
	Normal. Wochenbett. Am 13. Tag entlassen.	49. 3280. 11 $\frac{1}{2}$, 9, 8, 35.	Knabe, mässig asphyktisch. Kopfgeschwulst über dem r. Scheitelbein. Fract. hum. dextri. Gesund entlassen. Arm völlig functionsfähig.
	Herztöne gut. Beginnender Contractionsring. Wendung. sehr schwer, gelingt mit der rechten Hand. Kleiner Ergotin. Einlegung eines Tampons.		
Enges Becken III. Grades. Vorzeitiger Blasensprung. Schiefelage. Muttermund f. die Fingerspitze zugänglich. Wehen kräftig. Correctur der Schiefelage durch äussere Handgriffe. Kolpeuryse über den inneren Muttermund. Seitenlage. Hochbinden des Leibes. Mehrmalige innerl. Untersuchung, die letzte bestätigt die äusserlich gestellte Diagnose von Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Muttermund 5 Markstückgross. Herztöne gut. Sectio contraindicirt. Perforation des lebenden Kindes. Kranioklasie. Linkss. Collumriss. Naht. Uterusausspül. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlassen.	43. 2220. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen mittelkräftig. Muttermund bei der Aufnahme 3 Markstückgross. Kopf bewegl. über dem Beckeneingang, erscheint nicht zu gross. Herztöne gut. Kolpeuryse, später über den inneren Muttermund. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Muttermund bis zu einem Saum links vollständig. Herztöne regelmässig. Wendung auf den linken Fuss ohne Schwierigkeit. Extraction. Es gelingt nicht, den Kopf durch den Beckeneingang durchzuziehen. Absterben d. Kindes. Perfor. d. nachfolg. Kopfes. Scheidendamriss 2:3 cm. Naht. Scheiden-Uterusausspül.	Normal. Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	54. 3010. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
Plattes Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Bei der Aufnahme Muttermund 2 Markstückgross. Vorfal der pulsirend. Nabelschnur. Kopf schwer beweglich auf dem Beckeneingang. Repositionsversuche der Nabelschnur misslingen. Kolpeuryse. Absterben des Kindes. Wehen sehr kräftig. Morphium. Zuletzt Hinterscheitelbeineinstellung I. Gr. Muttermund kleinhandtellergröss. Perforation des todt. Kindes. Kranioklasie nebst Hüfte mit der Knochenzange und dem scharfen Haken. Kleiner Scheidendamriss. Naht. Uterus-Scheidenausspülung. Atonische Nachblutung. Schwere Expression der Placenta. Ergotin. Kochsalzinfusion. Heisse Tücher.	Normal. Wochenbett. Am 13. Tag entlassen.	54. 3110. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.

Fortlaufs- Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
72. Hans. 28 J. 665.	1	—	Allgem. verengt, platt. 21:23:30:17. C.D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$.	Schädel- lage II b.	26 Std. 30 Min.	28 Std. 30 Min.	33 Std. 45 Min.	35 Std. 45 Min.
73. Zsch. 33 J. 740.	2	I. Zange. Leb. Knabe im VIII. Mon.	Allgem. verengt. 23 $\frac{1}{2}$:25:29:19. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage II a.	?	?	75 Std. 15 Min.	75 Std. 15 Min.
74. Ven. 28 J. 810.	1	—	Allgem. verengt. 21:24:28:18 $\frac{1}{2}$. C. D. 9 $\frac{3}{4}$. V. 7 $\frac{3}{4}$.	Zwillinge. I. Schädel- lage II b. Hinter- scheitel- beinein- stellung. II. Steiss- lage Ia.	23 Std.	7 Std. 45 Min.	23 Std.	7 Std. 45 Min.
75. Panft. 29 J. 854.	3	I. Perf. d. leb. Kind. Knabe ausgetragen. II. Wendung u. Extraction. Ausgetragen. Mädchen, todt. Angeblich sehr gross.	Allgem. verengt. Platt. 21:24:31:17 $\frac{1}{2}$. C. D. 9. V. 7. Kreuzbein kurz, abgeflacht, nicht abgeknickt. Promont. tief.	Schädel- lage Ia. (S. Mon.)	10 Std. 45 Min.	15 Min.	11 Std. 50 Min.	1 Std. 20 Min.
76. Schneid. 19 J. 972.	1	—	Plattrhachit. 23:24:29 $\frac{1}{2}$:17. C. D. 10. V. 8.	Schädel- lage Ia.	11 Std. 5 Min.	5 Min.	15 Std. 40 Min.	4 Std. 35 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Bei der Aufnahme Muttermund 3 Markstückgross. Kopf bewegl. im Beckeneingang. Blase fehlt. Herztöne gut. Wehen kräftig. Morph. Kolpeuryse der Scheide u. des Muttermundes. Seitenlage. Später II. Gr. Kopf bewegl. im Beckeneingang. Herztöne regelmässig. Der Versuch d. bimanuellen Correctur mit Rücksicht auf d. Möglichkeit d. spont. Geburt misslingt. Wendungsversuch. Contractionsring starr, nicht nachgebend. Die kindl. Herztöne werden unregelmässig. Perf. d. absterb. Kindes. Kranioklasie. Atonische Nachblutung. Uterusausspül.	Normal. Wochenbett. Am 11. Tag entlassen.	50. 2610. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Draussen: Zangenversuch. Wendungsversuch. Perforation. Wendungsversuch nochmals. Versuch der Extraction mit d. Kranioklast. Kommt mit Tympania und Tetanus uteri. Hinterscheitelbeineinstellg.	Fieberfreies Wochenbett. Fötide Lochien. Am 18. Tag entlass.	55. 3360. Ohne Blut u. Gehirn.	Knabe. † Perforirt.
Enges Becken. Zwillinge. Starke Oedeme. Urin $\frac{1}{2}$ Vol. Eiweiss. Kolpitis granulosa. Wehen wechselnd, zuletzt kräftig. Vorzeitiger Blasensprung bei Markstück-grossem Muttermund. Vorliegend ein Kopf, beweglich über d. Beckeneingang. Kolpeuryse. Seitenlage. Herztöne gut. Bei vollständigem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellung III. Gr. des ersten Kindes.	II. Gr. Vorliegen d. l. Fusses u. Schenkels. Vor demselben fühlt man nur eine Markstückgrosse Fläche, d. l. Scheitelbein angehör. Mutterm. nicht zu erreichen. Aus d. Scheide entleert sich übelriech., braunrothe Flüssigkeit. An d. l. Scheidenw. ein etwa 3 cm. langer, oberflächl. Riss. Frau erschöpft. T. 38,1, P. 130. Perf. d. todt. Kindes. Kraniokl. Contractionsring. Extract.		
Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Die kindlichen Herztöne werden dumpf, unregelmässig. Wendung und Extraction des ersten Kindes. Seitliche Incision. Die Entwicklung des Kopfes wird durch den Widerstand der starren engen Scheide verzögert. Sprengen der II. Blase. Herabholen des linken Fusses des zweiten Kindes. Herztöne nicht mehr hörbar. Extraction. Naht der Incision und eines im Anschluss daran entstandenen 5 cm langen Scheidenrisses. Uterusausspülung.	Fieber im Wochenb. Vom 3—10 Tag bis zu T. 39,1, P. 120. Oedem der Labien. Leib aufgetrieben. Durchfall. Cystitis. Entlass. am 17. Tag.	I. 49. 2700. 11, 7 $\frac{1}{2}$, 10, 32. II. 40. 1550. 10, 8 $\frac{1}{2}$, 7, 29.	I. Knabe. Tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. † II. Knabe. † Intra partum abgestorben.
Enges Becken. Frühgeburt Ende des 8. Monats. Wehen kräftig. Kopf bewegl. über dem Beckeneingang. Nach dem Blasensprung bei noch nicht ganz vollständigem Muttermund Hinterscheitelbeineinstellg. I. Gr. Kopf beweglich über dem Beckeneingang, während der Wehe sich fester einstellend. Herztöne gut. Bei vollständ. Muttermund Wendung und Extraction. Uterusausspülung. Ergotin.	Normal. Wochenbett. Am 10. Tag entlass.	46. 2170. 10 $\frac{1}{4}$, 8 $\frac{1}{2}$, 7 $\frac{1}{2}$, 30.	Lebend. Knabe. Gesund entlassen.
Enges Becken. Wehen kräftig. Morph. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Kolpeuryse. Nach dem Blasensprung bei kleinhändellergrossem scharfgespanntem Muttermund Vorfall der gut pulsirenden Nabelschnur. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf fest auf dem Becken gepresst. Repositionsversuch d. Nabelschnur vergeblich. Absterb. d. Kindes. Spontane Correctur d. Hinterscheitelbeineinstellung. Spontane Geburt.	Am 9. u. 10. Tag Fieber bis T. 39,3, P. 136. Belag der Portio. Entlassung am 18. Tag.	52. 2850. 11, 9, 7 $\frac{1}{2}$, 30.	Knabe. † Intra partum abgestorben.

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
77. Lieb. 38 J. 1277.	14	I. II. IV. Spont. Leb. ausgetr. Kinder. III. Zange. Leb. ausgetr. Kind. V. Zange. Ausgetragen. Knabe, todt. VI. Steisslage. Zange am nachfolgenden Kopf. Mädchen ausgetragen, todtgeboren. VII. Zange. Ausgetragenes Mädchen, todt geboren. VIII. u. IX. Künstl. Frühgeburt. am Ende des VIII. Monats. Spontan. Lebende Kinder. X. Künstliche Frühgeburt im VIII. Monat. Zange. Kind? XI. Frühgeburt im VIII. Monat. Querlage. Wendung. Kind todt geboren. XII. Frühgeburt im VIII. Monat. Steisslage. Spontan. Kind todt geboren. XIII. Wendung und Extraction. Lebendes ausgetragenes Kind.	Platt. 23 $\frac{1}{2}$: 25 $\frac{1}{2}$: 32 : 16. C. D. 9 $\frac{1}{2}$. V. 7 $\frac{1}{2}$. Kreuzbein abge- bogen. Promont. sehr vorspringd., leicht erreichbar.	Schädel- lage Ia.	8 Std. 30 Min.	Sofort.	16 Std.	7 Std. 30 Min.
78. Humm. 24 J. 1293.	1	—	Platt. 24 : 28 : 32 : 20. C. D. 11. V. 9.	Schädel- lage Ia.	24 Std.	7 Std. 30 Min.	31 Std. 45 Min.	15 Std. 15 Min.
79. Richt. 28 J. 1386.	2	I. Zange. Knabe aus- getragen, todt- geboren.	Platttrachit. 24 : 24 : 31 : 16 $\frac{1}{2}$. C. D. 9—9 $\frac{1}{4}$. V. 7—7 $\frac{1}{4}$. Promont. sehr vorspringend, tief stehend.	Schädel- lage IIa.	?	?	56 Std.	29 Std.
80. Stadel 40 J. 522.	2	I. Abort im 3. Monat.	Allgem. verengt. 22 : 25 $\frac{1}{2}$: 31 : 18 $\frac{1}{2}$. C. D. wegen Ein- keilung des Kopfes nicht gemessen.	Schädel- lage Ia.	?	?	62 Std. 30 Min.	50 Std. 30 Min.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	Ausgang		
	für die Mutter.	Länge. Gew. Kopfmaasse.	für das Kind. Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Plattes Becken. Wehen kräftig. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf zuerst ziemlich fest, dann beweglich auf dem Beckeneingang. Bei vollständigem Muttermund Wendung und Extraction. Das Kind reitet auf der Nabelschnur, welche zurückgestreift wird. Schwierige Lösung der Arme, welche in die Höhe geschlagen sind. Lösung zuerst des vorderen. Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie sehr schwer, gelingt nur unter Aufbietung aller Kraft und energischem Drucke von aussen. Scheidenuterusausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	52. 3450. 11 $\frac{1}{4}$, 9 $\frac{1}{2}$, 7 $\frac{1}{2}$, 36.	Knabe tief asphykt. Doppelseitige Clavicu- larfractur. Am 2. Tag p. p. †. Sectionsdiagn.: Gehirnblutung.
Plattes Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Nach demselb. Hinterscheitelbeineinstellg. I. Gr., die sich spontan corrigirt. Wehen kräftig. Später Kolpeuryse. Seitenlage. Herztöne regelmässig. Spontane Geburt. Nabelschnur 1 mal um den Hals geschlungen. Scheidendamriss 1:1. Naht. Scheidenausspülung.	Normal. Wochenbett. Am 9. Tag entlassen.	49. 2700. 12, 9 $\frac{1}{4}$, 7 $\frac{1}{2}$, 35.	Mädchen, kaum asphyktisch. Druckspur erheb- lichen Grades hinter dem rechten Ohr u.
	auf dem linken Scheitelbeinhöcker. Starke Kopfgeschwulst auf beiden Scheitelbeinen und auf dem Hinterhauptshein. Gesund entlassen.		
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Draussen Kolpeuryse. Wehen kräftig. Bei der Aufnahme Muttermund 5 Markstückgross. Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf ziemlich bewegl. auf dem Beckeneingang. Herztöne gut. Intrauterine Kolpeuryse. Morph. Seitenlage. Hochbinden des Leibes. Nach 9 Stunden äusserer Muttermund 5 cm, innerer ganz auseinand., weit gedehnt. Herztöne leidlich. Wendungsversuch. Scharfer Contractionsring. Kreuzung der Füsse. Absterben d. Kindes. Perforation. Kranioklasie. Kleiner Collumriss rechts vorn und links hinten. Naht. Kochsalzinfusion.	Vom 4.—5. Tag T. 38,3, P. 108. Belag des Collumrisses. Am 15. Tag ent- lassen.	54. 3320. Ohne Gehirn und Blut.	Knabe. † Perforation.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen kräftig. Bei der Aufnahme Einkellung des Kopfes im Beckeneingang in Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Rigidur Muttermund, Markstückgr. Herztöne gut. Kolpeuryse des Muttermundes. Morph. Walcher'sche Hängelage. Später Muttermund 5 Markstückgross. Fieber der Mutter. T. 38,8, P. 116. Herztöne leidlich, 136. Rechts- u. linksseitige Incision des Collum. Hohe Zange. Linksseitige Dammincision. Uterusausspülung. Scheidentamponade.	Fieber bis zum 7. Tag bis zu T. 39,0, P. 120. Belag der Scheide. Theilweise Zerfall d. seitlichen Damm- einschnittes. Am 20. Tag entlassen.	52. 3110. 11 $\frac{1}{2}$, 9 $\frac{1}{2}$, 8 $\frac{1}{2}$, 34.	Knabe, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. †

Fortlauffd. Nummer. Name. Alter. Journ.-No.	Zahl d. Entbind.	Verlauf der früheren Ent- bindungen.	Becken.	Frucht- lage.	Zeitpunkt der Entstehung der Hinterscheitelbein- einstellung (nach Std.) vom:		Dauer bis zur Operation oder spontanen Geburt (nach Stunden) vom:	
					Wehen- anfang.	Blasen- sprung.	Wehen- anfang.	Blasen- sprung.
81. Engem. 36 J. 1590.	4	I., II. Spontan lebende aus- getr. Kinder. III. Zange. Leb. ausgetr. Mädchen.	Platt. $23\frac{1}{2}:24\frac{1}{2}:30:$ 18. C.D. $9\frac{3}{4}$. V. $8\frac{1}{2}$.	Schädel- lage IIa.	9 Std. 30 Min.	15 Min.	13 Std.	3 Std. 45 Min.
82. Beer. 29 J. 1806.	2	I. Sectio caesarea. Lebender ausgetragen. Knabe.	Allgem. verengt, plattrhach. $23:25\frac{1}{2}:32:18$. C.D. $8\frac{3}{4}$. V. $6\frac{1}{2}$. Lordose der Lendenwirbel- säule.	Schädel- lage Ia.	2 Std. 30 Min.	—	2 Std. 30 Min.	Unmittel- bar vor der Ope- ration gesprengt.
Nachtrag 1888. 83. Bald. 30 J. 922.	1	—	Allgem. verengt, plattrhach. $24:26\frac{1}{2}:29:16$. C.D. $9\frac{1}{4}$. V. $7\frac{1}{2}$. Promont. tief, scharf vorsprin- gend. L.i. beider- seits abzutasten.	Schädel- lage IIa.	33 Std. 35 Min.	9 Std. 35 Min.	33 Std. 35 Min.	9 Std. 35 Min.

Aetiologie.

Die Beantwortung der Frage nach dem Zustandekommen dieser Anomalie und die Momente, welche einzelne Autoren zur Begründung ihrer Ansichten anführen, sind sehr verschieden. Michaelis hatte angenommen, dass eine allgemeine Schlaffheit oder eine auf den unteren Abschnitt des Uterus beschränkte Erschlaffung der Gebärmutter, zur Entstehung der Hinterscheitelbeineinstellung prädisponire, indem sie entweder das Vornübersinken des ganzen Kindes oder eine Abweichung des auf dem Beckeneingange stehenden Kopfes gestatte. — Veit¹⁾ hingegen lässt diese Dehnung des unteren

1) l. c.

Verlauf der vorliegenden Entbindung. Operation.	A u s g a n g		
	für die Mutter.	für das Kind.	
		Länge. Gew. Kopfmaasse.	Zustand beid. Geburt, Entlassung etc.
Enges Becken. Wehen mässig kräftig. Bei der Aufnahme: Placenta praevia lateralis. Muttermund handtellergross. Blase erhalten. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne nirgends zu hören. Nach dem Blasensprung Hinterscheitelbeineinstellung II. Gr. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Vorfall des rechten Armes. Anaemie und Entkräftung der Frau infolge der Blutungen. Bei vollständigem Muttermund Perforat. d. todt. Kindes. Kranioklasie. Uterusausspülung. Ergotin. Tamponade d. hinteren Scheidengewölbes zur Reposition des prolabirten Uterus.	Am 4. Tag T. 38,2, P. 96. Gespannte Brüste. Am 13. Tag entlassen.	54. 3800. Ohne Blut und Gehirn.	Knabe, † Perforation. Bei der Aufnahme schon abgestorben.
Enges Becken III. Grades. Tagelang wehenartige unregelmässige Schmerzen. Abgestorbenes Kind. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades bei stehender Blase. Kopf zieml. fest auf dem Beckeneingang. Sprengen derselben bei handtellergrossem Mutterm. Perf. d. todt. Kindes. Kranioklasie. Extract. mit d. scharfen Haken. Uterusausspülung. Scheidenriss 3 cm. Naht. Ergotin.	Vom 1.—4. Tag Fieber bis zu T. 38,5, P. 132. Belag der Portio. Am 19. Tag entlassen.	54. 3000. Ohne Blut und Gehirn.	Mädchen. † Perforation.
Enges Becken. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen sehr kräftig. Bei der Aufnahme Muttermund 5 Markstückgross. Vorfall d. linken Hand. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne gut. 2 Stunden nachher Muttermund 6 cm. Reposition d. Armes. Seitenlage. Nach weiteren 2 Stdn. 20 Min. Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Kopf bewegl. im Beckeneingang. Muttermund nicht mehr erweitert. Rand wulstig. Meconiumabgang. Wendung u. Extraction. Das Kind reitet auf der Nabelschnur. Zerreiſsung derselben, welche straff gespannt, nicht lockerbar, 1 mal um die rechte Schulter geschlungen ist. Schwere Lösung des vorderen Armes, welcher aufgeschlagen ist. Schwere Entwicklung des Kopfes. Rechtsseitiger kleiner Collumriss. Completer Scheidendammriss. Naht. Uterusausspülung.	Vom 1. bis zum 5. Tag Temperaturerhöhungen bis zu 38,5. Prall gesp. und schmerzhaft. Brüste. Am 14. Tag gesund entlassen.	57. 3750. ?, 8, 1/2, 7 1/2, 32.	Mädchen, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. †

Gebärmutterabschnittes, bez. der hinteren Wand als ätiologisches Moment nicht gelten, sondern hält sie vielmehr für eine Folge dieses Einstellungsfehlers und des dadurch hervorgerufenen erschwerten Geburtsverlaufes. — Nach Scanzoni¹⁾ entsteht bei starker Beckenneigung durch straffe Bauchdecken eine Abweichung der Längsachse des Uterus von der Achse des Beckeneinganges und dadurch eine Prädisposition zur Hinterscheitelbeineinstellung. — Litzmann²⁾ schliesst sich in seiner ersten Arbeit der Scanzoni'schen Auffassung an, macht jedoch auf einen Fall aufmerksam,

1) Lehrb. d. Geb. IV. Aufl. S. 498.

2) l. c.

bei welchem die prall gefüllte Blase den dritten Grad der abnormen Einstellung mitbefördert hatte. Nach Entleerung der Blase stellte sich der Kopf allmählig regelrecht ins Becken ein. — Zwei ähnliche Fälle hat Slingenberg¹⁾ beobachtet.

Mit Rücksicht auf die verschiedenen Formen der Beckenverengerungen, bespricht Litzmann in seinem dritten Vortrage²⁾ wieder die Hinterscheitelbeineinstellung. Beim allgemein verengten Becken fand er diese Anomalie häufiger als beim weiten, jedoch nur im ersten Grade und in der Eröffnungsperiode, während der Kopf noch auf dem Beckeneingang stand. Etwas häufiger wurde sie beim platten Becken beobachtet, am häufigsten aber, ungefähr in jedem fünften Falle, traf er sie bei der allgemein verengten platten Form des Beckens. Seine Beobachtungen berechtigen ihn schliesslich zu dem Ausspruche, dass das mechanische Verhältniss allein zwischen Kopf und Becken, keinen entscheidenden Einfluss ausübt, dass vielmehr die Form des Uterus, die Richtung der Uterusachse und des Wehenstosses gegen die Eingangsebene des Beckens, die nicht allein von dem genannten Verhältnisse abhängen, die Hauptfactoren sind, durch welche bei engem wie auch bei weitem Becken eine hintere Scheitelbeineinstellung zu Stande kommt. Auch betont er das häufigere Vorkommen von starkem Hängebauch, besonders bei Mehrgebärenden.

Gottschalk³⁾ hat unter 4 Fällen Scanzoni's Beobachtung 2mal bestätigt gefunden. Beide Fälle betrafen Erstgebärende mit mässig plattem Becken und sehr straffen Bauchdecken. Andererseits beschreibt er 2 Fälle, in welchen ein hochgradiger Hängebauch, bis zu den Knien reichend, zur Beobachtung kam. Auf Grund dieser 2 Fälle kommt Gottschalk zu dem Schluss, dass wenn Hängebauch an sich kein ätiologisches Moment zur Hinterscheitelbeineinstellung abgäbe, dies nur für mässige Grade desselben zutrefte, die hochgradigsten Formen seien eine häufige Ursache der fehlerhaften Einstellung, besonders wenn mit einer geringen Verengerung der Conjugata verbunden. — Nach Baer⁴⁾ könnte man

1) Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 23.

2) Volkmann's Samml. klin. Vorträge. (Gyn.) No. 24. Vier Vorträge über die Geburt bei engem Becken.

3) Berliner klin. Wochenschrift. 1894. No. 3. Zur Hinterscheitelbeineinstellung.

4) Ueber die Hinterscheitelbeineinstellung u. s. w. Druck von S. Lehberger & Co. Rödelheim 1895.

auch an die Möglichkeit eines Myoms denken, welches an der hinteren Uteruswand seinen Sitz hätte — eine jedenfalls sehr seltene Ursache. Bei Beginn der Wehenthätigkeit würde der Kopf mit dem hinteren Scheitelbein über den Tumor gleiten und durch diesen so nach vorn getrieben werden, dass dasselbe zum Vorliegen kommt. B. nimmt noch an, dass angeborene Struma und angeborenes Caput obstipum des Kindes zur fehlerhaften Einstellung bringen können.

Was nun unsere eigenen Fälle anlangt, so giebt uns über die Häufigkeit der Hinterscheitelbeineinstellung bei Erst- und Mehrgebärenden folgende Tabelle Aufschluss:

Tabelle II.

?parae.		
I.		39 Erstgebärende,
II.		16
III.		13
IV.		3
V.		2
VI.		3
VII.		—
VIII.		1
IX.		—
X.		4
XI.		—
XII.		—
XIII.		—
XIV.		1
XV.		—
XVI.		1
		Sa. 83,

d. h. die Anomalie der Einstellung wurde bei beiden Gruppen fast in gleicher Häufigkeit beobachtet.

Von diesen 83 Frauen waren:

unter 20 Jahren alt		1,
zwischen 20 und 30 Jahren alt		60,
„ 30 und 40 „	„ „	19,
über 40 „	„ „	3,
		Sa. 83.

Bis zur letzten Geburt waren nun von den 44 Mehrgebärenden im Ganzen 142 Kinder geboren, wovon bei Abzug von 3 Geburten, über welche aus den Journalen nichts Bestimmtes zu erfahren ist, und 8 Aborten, welche nicht in Betracht kommen, also unter 131 Geburten 104 lebend, 27 todt zur Welt kamen. Spontan verliefen 74 Fälle, bei den übrigen 57 war ein operativer Eingriff nöthig, und zwar:

Tabelle III.

Operation.	Fälle.	Lebende Kinder.	Todte Kinder.
Zange	19	7	12
Extraction bei Fusslage	1	1	—
Wendung und Extraction	22	13	9
Wendung, Perforation des nachf. Kopfes . .	2	—	2
Perforation des vorang. Kopfes	11	—	11
Zange am nachfolgenden Kopf bei Steisslage	1	1	—
Sectio caesarea	1	1	—
Sa.:	57	23	34

Wenn wir nun die Tabelle I näher betrachten, so muss es auffallen, dass im Allgemeinen die Verengerung des Beckens eine bedeutende Rolle spielt. Nur 2 normale Becken stehen 81 mehr oder weniger verengten gegenüber. Stellen wir die letzteren betreffs ihrer Form zusammen, so war bei den 81 Frauen das Becken

Allgemein verengt	21 mal,
Einfach platt	15 } 29 "
Platthrachitisch	14 }
Allgemein verengt, platt	7 } 30 "
Allgemein verengt, platthrachitisch . .	23 }
Rhachitisch, skoliotisch, schräg verengt . . .	1 "
Sa.:	81

Ueber den Grad der Verengerung fehlen genauere Angaben in 5 Fällen (No. 18, 47, 54, 63, 80). Bei den übrigen 76 handelte es sich um:

Beckenenge	I. Grades (Conj. bis $8\frac{1}{2}$)	5 mal,
"	II. " (" $8\frac{1}{2}$ —7)	52 "
"	III. " (" 7— $5\frac{1}{2}$ incl.)	19 "
Sa.:		76

Weiteres über den Grad der Verengerung bei den verschiedenen Formen erschen wir aus folgender Tabelle:

Fälle 76.

Tabelle IV.

Conjugata vera.	Allgemein verengte Becken.	Einfach platte und plattrhachit. Becken.	Allgemein verengt platte und allgem. verengt plattrhachitische Becken.	Rhachitisch-skoliotisch schrägverengte Becken.	Zusammen Fälle.
	No.	No.	No.	No.	
$9\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$	12, 40, 62.	71, 78.	—	—	5
$8\frac{1}{2}$ —8	35, 49, 50, 59, 65.	36, 58, 81.	—	—	8
8— $7\frac{1}{2}$	3, 15, 22, 31, 37, 61, 73, 74.	4, 5, 9, 13, 43, 48, 76.	2, 11, 20, 24.	—	19
$7\frac{1}{2}$ —7	29.	25, 26, 27, 34, 39, 46, 57, 64, 68, 77, 79.	7, 10, 21, 23, 30, 33, 38, 51, 52, 55, 67, 72, 83.	—	25
7— $6\frac{1}{2}$	14, 19, 53.	70.	6, 28, 32, 41, 45, 56, 75.	8.	12
$6\frac{1}{2}$ —6	—	—	1, 66, 82.	—	3
6— $5\frac{1}{2}$ incl.	—	69.	16, 44, 60.	—	4
Sa.:	20	25	30	1	76

Lenken wir nun unsere Aufmerksamkeit auf den Grad der Hinterscheitelbeineinstellung, nach der Litzmann'schen Einteilung, unter Berücksichtigung der verschiedenen Formen von Beckenverengung, so ergibt sich folgende Zusammenstellung:

Fälle 81.

Tabelle V.

Grad.	Allgemein verengte Becken.	Einfach platte und plattrhachit. Becken.	Allgemein verengt platte und allgem. verengt plattrhachitische Becken.	Rhachitisch-skoliotisch schrägverengte Becken.	Zusammen Fälle.
	No.	No.	No.	No.	
I.	3, 15, 65.	9, 25, 46, 47, 78.	75.	—	9
II.	12, 14, 19, 29, 31, 35, 37, 40, 49, 50, 59, 61, 62, 73, 80.	4, 5, 13, 18, 26, 27, 34, 36, 39, 48, 68, 69, 70, 71, 76, 77, 79, 81.	1, 2, 6, 7, 11, 24, 28, 30, 32, 33, 38, 41, 44, 52, 55, 56, 60, 66, 72, 82, 83.	8	55
III.	22, 53, 74.	43, 54, 57, 58, 63, 64.	10, 16, 20, 21, 23, 45, 51, 67.	—	17
Sa.:	21	29	30	1	81

Bei Betrachtung dieser Zahlen kann man sich des Gedankens nicht erwehren, dass die besondere Häufigkeit der mehr oder weniger verengten Becken (etwas über 97 pCt.) doch keine zufällige sein dürfte, dass vielmehr derselben in der Aetiologie der Hinterscheitelbeineinstellung eine noch grössere Bedeutung zuzuschreiben sei, als es bisher geschah. Weitere genauere Beobachtungen, die sich auf eine grössere Zahl von Fällen stützen müssen, werden diese meine Behauptung bekräftigen. Mir war es an dieser Stelle einstweilen nur darum zu thun, die späteren Forscher darauf hingewiesen zu haben. Wichtig scheint mir dabei, auf die Verhältnisse des Blasensprunges in den einzelnen Fällen etwas näher einzugehen.

Kommt die Hinterscheitelbeineinstellung auch bei stehender Blase vor (bei unseren Fällen geschah dies 16mal = 19,28 pCt.), so haben wir sie viel öfters nach dem vorzeitigem Blasensprung beobachtet, und zwar 40mal (48,19 pCt.). Hierzu rechne ich auch die Fälle, wo die Blase künstlich vorzeitig gesprengt wurde.

Die absolute Häufigkeit des vorzeitigen Blasensprunges in unseren Fällen lässt jedenfalls darauf schliessen, dass in der Mehrzahl derselben ein relatives Missverhältniss zwischen Frucht und Becken bestand, welches um so mehr ersichtlich wird, wenn man die Grösse des Kindeskopfes näher betrachtet. — Es fallen hier von den 83 Kindern 34 weg, bei welchen die Perforation des vorangehenden oder nachfolgenden Kopfes vorgenommen wurde. Berechnet man bei den übrigen 49 den Durchschnitt der Kopfmass, so kommt man zu folgenden Zahlen:

Grosser querer Durchmesser . . .	9,13,
Kleiner „ „ . . .	8,02,
Gerader Durchmesser . . .	11,55,
Kopfumfang	34,60.

Was nun den Zeitpunkt der Entstehung der Anomalie betrifft, so fanden wir sie nach rechtzeitigem Blasensprung durchschnittlich 2 Stunden nach demselben, während vom Beginn der Wehentätigkeit 17 Stunden verlaufen waren. Bei Berechnung jener Fälle, in denen die Blase vorzeitig sprang, kommen wir zu dem Resultat, dass die falsche Einstellung durchschnittlich 23 Stunden nach Beginn der Wehen, 16 Stunden 34 Minuten nach dem vorzeitigen Blasensprung beobachtet wurde. — Hier möchte ich auf die Fälle No. 7 und 27 aufmerksam machen, bei welchen zur Ein-

leitung der Frühgeburt nebst der Bougie der Eihautstich angewandt wurde.

Wenn ich mich auch sonst Litzmann's¹⁾ Anschauung anschliesse, dass bei der künstlichen Frühgeburt die grosse Beweglichkeit der Frucht, der relative grosse Wassergehalt des Uterus die Entstehung der Hinterscheitelbeineinstellung begünstigen kann, so würde ich doch, dem oben Gesagten zufolge, der Verengerung des Beckens und dem vorzeitigen Wasserabflusse eine grosse Rolle zuschreiben. — Demnach möchte man bei Beckenverengerung vor der Methode des Eihautstiches zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt warnen, denn dieselbe wirkt, wie auch Buschbeck²⁾ beobachtet hat, nachtheilig auf den Fortgang der Geburt.

Was nun den Hängebauch betrifft, so ist derselbe in den 83 Geburtsgeschichten nur 5mal erwähnt, und zwar bei No. 4, 8, 54, 57, 58, jedenfalls eine sehr geringe Zahl.

Wenn man vielleicht dem Hängebauch eine Mitwirkung bei der Entstehung der Hinterscheitelbeineinstellung nicht ganz absprechen kann, so kann man sich doch nicht vollinhaltlich dem anschliessen, was darüber Gottschalk und andere Autoren ausgesprochen haben.

Ebendasselbe, was Baer vom Einfluss eines retrouterinen Myoms annimmt, könnte natürlich auch für andere Tumoren, welche hinter dem Uterus ihren Sitz haben, gelten. So wurde bei Fall 40 ein linksseitiges Ovarialkystom beobachtet (bei der nachträglichen Laparotomie zeigte es sich von Mannskopfgrösse, tief links hinter dem Uterus mit der Beckenserosa verwachsen). Der Beckeneingang war durch dasselbe so verlegt, dass der Kopf nur rechts mit einem kleinen Abschnitte eintreten konnte. Nach der manuellen Reposition des Kystoms stellte sich der Kopf in typischer Hinterscheitelbeineinstellung ein. Wie viel allerdings der Tumor Schuld trägt, wie viel andere Factoren, lässt sich schwer beweisen, jedenfalls dürfte derselbe zur Anomalie mitgewirkt haben.

Ueber die Entstehungsweise der Hinterscheitelbeineinstellung bei normalem Becken kann ich leider nichts anführen, auffallend erscheint mir die Grösse der zwei entwickelten Kinder, bez. ihrer Schädel.

1) l. c. Volkm.'s Sammlung.

2) Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden. Bd. I. Beitrag zur künstl. Frühgeburt wegen Beckenenge.

Diagnose.

Auf den bereits im Eingang der Arbeit erwähnten inneren Untersuchungsbefund der Hinterscheitelbeineinstellung soll nicht nochmals zurückgekommen werden, dagegen sei auf die Arbeit von Leopold und Spörlin¹⁾ hingewiesen, welche Näheres über die Stellung der Diagnose schon durch die äussere Untersuchung mittheilen. Nach unserer Erfahrung ist das sogenannte Hegar'sche Zeichen²⁾ (die Querfurchen oberhalb der Symphyse, welche der Abknickung des kindlichen Halses entspricht), für die äussere Diagnose ausserordentlich wichtig, was von einzelnen Autoren, wie von Slingenberg³⁾, nicht anerkannt wird. Wir haben das Hegar'sche Zeichen bei ausgesprochener Hinterscheitelbeineinstellung stets beobachtet.

Es möge hier noch erwähnt werden, dass die Anomalie sich durch die Verschiebung der beiden Scheitelbeine gegen einander auch nach Ausstossung der Frucht kennzeichnet, wie Olshausen⁴⁾ gezeigt hat. Das hintere Scheitelbein ist über das vordere geschoben, ein Befund, welcher die durch innere Untersuchung gewonnene Diagnose unterstützt, sobald die Pfeilnaht noch fühlbar ist.

Mechanismus.

Wir kommen nun zur Besprechung des Mechanismus der spontanen Geburt bei Hinterscheitelbeineinstellung. — Litzmann⁵⁾, der ihn zuerst schildert, hat beobachtet, dass das vordere Scheitelbein durch die Wehenthätigkeit hinter der Symphyse herabgepresst wird, während zu gleicher Zeit das hintere über das Promontorium zurückweicht.

Veit⁶⁾, welcher die Ausgleichung der fehlerhaften Einstellung im Verlaufe der Geburt auch beobachtet hat, schliesst sich der

1) Dieses Archiv. Bd. XLV. H. 2. Die Leitung der regelmässigen Geburt nur durch äussere Untersuchung.

2) Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 1. Ueber ein neues Zeichen der Hinterscheitelbeineinstellung.

3) l. c.

4) Volkmann's Samml. klin. Vorträge. No. 8. Ueber die nachträgliche Diagnose des Geburtsverlaufes u. s. w.

5) l. c.

6) l. c. S. 235—236.

Schilderung Litzmann's nicht an; er deutet die drei von demselben unterschiedenen Grade von Hinterscheitelbeineinstellung als verschiedene auf einander folgende Stadien der Geburt.

„Nach ihm liegt das Wesentliche des Mechanismus in einer Drehung des Kopfes mit einem etwa seinem Höhendurchmesser entsprechendem Halbmesser, um einen ungefähr am Promontorium liegenden Punkt. Zuerst wölbt sich das hintere Scheitelbein stark in den Beckeneingang hinein, darauf entfernt sich die Pfeilnaht von der Symphyse und tritt zu gleicher Zeit tiefer. Das hintere Scheitelbein legt sich in die Kreuzbeinaushöhlung; je länger die Geburt dauert, desto weiter entfernt sich die Pfeilnaht von der Symphyse, aber gleichzeitig tritt sie in's Becken und das Scheitelbein weiter nach hinten; ist der Eintritt erfolgt, so stehen nun beide Scheitelbeine in gleicher Höhe, die Geburt verläuft nun wie eine jede andere weiter.“

Dass, wie Goenner¹⁾ meint, die Hinterscheitelbeineinstellung nur bei einem auf dem Beckeneingang fixirten Kopf bestehen kann, giebt Veit nicht zu, er behauptet, dass eine Rectification ohne Fixation des Kopfes im Beckeneingange unmöglich sei, und bemerkt noch, dass von der Anomalie nur die Rede sein kann, so lange der Kopf noch nicht eingetreten ist.

Gehen wir nun zu unseren Beobachtungen über, so haben wir bei den spontan verlaufenen Fällen in einigen Litzmann's, in anderen Veit's Schilderung des Mechanismus der Geburt bestätigt gefunden, und zwar gilt erstere für 4 Fälle (No. 12, 25, 48, 50); hier hatte sich die Anomalie schon in der Eröffnungsperiode gebildet und der Kopf stand dabei noch beweglich auf oder im Beckeneingange. Kurz nach dem Blasensprung trat derselbe der Schilderung Litzmann's gemäss in's Becken ein. In den anderen Fällen dagegen (No. 9, 15, 22, 26, 36, 76, 78), wo die Anomalie nach dem Blasensprung zu Stande kam und der Kopf sich in der falschen Einstellung fixirt hatte, konnten wir die spontane Ausgleichung nach Veit verfolgen. Dies erklärt uns auch seine Behauptung, dass Rectification ohne Fixation des Kopfes nicht möglich sei.

Bei Fall No. 13 war es nicht möglich, den Mechanismus der Geburt zu beobachten, da schon 10 Minuten nach dem Blasensprung, während der Kopf früher stets in Hinterscheitelbeineinstellung

1) l. c. S. 403.

beweglich gewesen war, derselbe geboren wurde, so dass für eine innere Untersuchung nicht die Zeit vorhanden war. Es ist jedoch wohl anzunehmen, dass in so kurzer Zeit ein derartiger Mechanismus, wie ihn Veit beschrieben hat, nicht stattfinden konnte.

Litzmann's Mechanismus wird von Veit derart gedeutet, dass sich im Laufe der Geburt aus der Hinterscheitelbeineinstellung zuerst eine Vorderscheitelbeineinstellung bilden würde. Litzmann hat dies, wie ich glaube, gar nicht gemeint. Wenn bei dieser Art des Mechanismus das hintere Scheitelbein über das Promontorium zurückweicht, so geschieht dies, wie wir beobachtet haben, nur bis zu dem Stadium, bei welchem beide Scheitelbeine in gleicher Höhe im Becken stehen, die Pfeilnaht nähert sich dabei nicht so sehr dem Promontorium, dass von einer Vorderscheitelbeineinstellung die Rede sein könnte. Man müsste demnach dieses Stadium als Uebergangsstellung bezeichnen, weil es sich dabei nur um eine spontane Ausgleichung der fehlerhaften Einstellung, um einen natürlichen, nothwendigen Vorgang und nicht um eine weitere pathologische Anomalie handelt.

Therapie.

Veit¹⁾ schliesst sich der von Litzmann im Allgemeinen empfohlenen expectativen Behandlung nicht an. Er schenkt nach seinen Erfahrungen dem spontanen Geburtsverlauf bei Hinterscheitelbeineinstellung nicht viel Vertrauen und stellt dabei die Prognose für Mutter und Kind viel ungünstiger als Litzmann, welcher wohl im Allgemeinen leichtere Fälle zur Beobachtung bekam. Dieser hat in wenigen Fällen, wo ein operativer Eingriff nöthig war, die Zange angelegt, sehr selten kam es zur Perforation.

Mit dem Versuch der von Michaelis und Litzmann auch zur Vorbereitung zur Zange empfohlenen Rectification durch äussere Handgriffe hat Veit nie einen Erfolg erreicht. Er unterscheidet dabei, wenn ich ihn recht verstehe, zweierlei: zumeist handelt es sich um einen Versuch, die Stellung des über dem Beckeneingang beweglich stehenden Kopfes zu verbessern, mitunter suchte er aber auch den Mechanismus des bereits im spontanen Eintreten begriffenen Kopfes zu beschleunigen. Wenn auch Veit den Versuch der Rectification nicht völlig verwirft, so räth er doch von einer Verbesserung der Einstellung im Allgemeinen ab, da der

1) l. c.

Erfolg derselben höchst unsicher sei und dabei die günstigste Zeit zur eventuell vorzunehmenden Wendung verstreicht.

Ebenso widerräth Veit, eine Verbesserung der Einstellung durch die Zange zu versuchen, die er nur angelegt wissen will, wenn der Kopf eingetreten, die pathologische Einstellung demnach bereits verschwunden ist. Am meisten empfiehlt er die Wendung, jedoch mit der Einschränkung, dass sie bei starker Dehnung des unteren Uterinsegments wegen Gefahr der Uterusruptur zu unterlassen sei. Da eine Ausdehnung des unteren Gebärmutterabschnittes sich aber meistens schon vor völliger Erweiterung des Muttermundes ausbildet, so muss nach Veit die Wendung am besten bei unvollständig erweitertem Muttermunde vorgenommen werden. Bei vollständiger Erweiterung will V. nur wenden, wenn der Bandl'sche Ring mit 4 oberhalb des äusseren Muttermundes gelegten Fingern noch bequem erreicht werden kann. — Bei grösserer Dehnung wartet er unbedingt noch auf eine spontane Entwicklung des Kindes, und tritt Gefahr für die Mutter ein, dann nimmt er zur Perforation seine Zuflucht. — Slingenberg¹⁾ fand Litzmann's Angabe, dass es sehr oft den Wehen gelinge, die abnorme Einstellung zu corrigiren, nur bezüglich des normalen Beckens bestätigt. Den bereits erwähnten Michaelis-Litzmann'schen Handgriff fand er ohne Einfluss, empfehlenswerther wäre nach ihm der Versuch, den Kopf bimanuell um seine Längsachse zu wälzen (Methode nicht genau angegeben). Doch will auch Slingenberg mit solchen Handgriffen nicht zu viel Zeit verlieren und empfiehlt möglichst bald einen Wendungsversuch in Narkose auszuführen. — Gottschalk²⁾ erkennt die expectative Behandlung nur bei den geringeren Graden von Hinterscheitelbeineinstellung an, bei weitem Becken, kleinem Kopf, guter Wehenthätigkeit, wenn das vordere Scheitelbein schon Neigung zeigt, in das Becken einzutreten. Zur Noth dürfte man die bimanuelle Rectification versuchen. Doch bei höheren Graden räth G. die prophylaktische Wendung an und legt zur Schonung der Blase vorher den Kolpeurynter ein. Ist die Blase schon seit längerer Zeit gesprungen, so ist ein vorsichtiger Wendungsversuch noch angezeigt, ehe man zur Perforation schreitet.

Baer³⁾ empfiehlt auf Grund der Beobachtungen an der Hegar-

1) l. c.

2) l. c.

3) l. c.

schen Klinik stets zuerst abzuwarten. Zur Beschleunigung des Kopfeintrittes rth er theoretisch folgendes Verfahren an: „Mit einem oder zwei in den After eingefhrten Fingern be man einen Druck auf das nach hinten gelegene Scheitelbein in der Richtung nach vorn oben, whrend man zu gleicher Zeit von aussen den Kopf nach hinten unten in das Becken zu drngen sucht.“

In der Hegar'schen Klinik ist in den letzten Jahren bei Hinterscheitelbeineinstellung fters die Tarnier'sche Zange angelegt worden, die jedoch, wie Baer ausdrcklich bemerkt, solche Verletzungen dem Kinde beibringt, dass die Operation betreffs der Erhaltung desselben fast der Perforation gleichzustellen ist. Der gebte Kliniker, meint Baer, kann es wohl wagen, die hohe Zange auszufhren, fr den practischen Arzt bietet die Wendung in der Regel wohl weniger Schwierigkeiten und deshalb mehr Aussicht auf Erfolg. Allerdings kommt es bei gedehntem unteren Uterinsegment viel auf die Geschicklichkeit des Geburtshelfers an. Wenn die Zeit zur Wendung verstrichen ist, die Mutter ein lebendes Kind wnscht und keine Contraindication zum Kaiserschnitt vorhanden ist, so zieht Baer¹⁾ denselben der Perforation des lebenden Kindes vor.

Goenner²⁾ schenkt der expectativen Behandlung absolut kein Vertrauen. Ist man nicht im Stande, die bimanuelle Correctur oder die Wendung auszufhren, so will er zeitig mit Rcksicht auf die Mutter auch das lebende Kind perforiren. Steht der Kopf schon so fest im Beckeneingang, dass die Wendung nur mit Schwierigkeit verbunden wre, derselbe aber noch so viel Beweglichkeit darbietet, dass eine knstliche Drehung um seinen fronto-occipitalen Durchmesser mglich ist, so legt Goenner auf Grund eines Falles das Hauptgewicht in der Therapie auf die Anlegung der Zange, und nachdem in derselben die fehlerhafte Einstellung corrigirt wurde, auf die Extraction. Gelingt die Correctur nicht, so soll man die Perforation sofort anschliessen.

Wir kommen nun zu unseren 83 Fllen zurck. Ihre Behandlung geht aus der folgenden Zusammenstellung hervor. Es wurde beendet durch:

1) B. berichtet in seiner Arbeit ber 5 Flle von Hinterscheitelbeineinstellung, von welchen 2 mittelst Sectio glcklich fr Mutter und Kind erledigt wurden.

2) l. c.

Expectatives Verfahren	12 mal
Wendung und Extraction	26
Wendung, Extraction und Zange am nachfolg. Kopf	1
Wendung, Extraction und Perforation des nachfolgenden Kopfes	6
Zange	5 „
Perforation des lebenden Kindes	6 „
Perforation des absterbenden bez. todtten Kindes	22 „
Sectio caesarea conservativa	3 „
Sectio nach Porro	1 „
Symphysiotomie und Zange	1 „
<hr/>	
Sa. 83.	

Unsere 12 bei expectativem Verfahren spontan beendigten Fälle beweisen, dass die Wehen doch dann und wann im Stande sind, auch eine ausgesprochene Hinterscheitelbeineinstellung, selbst bei verengtem Becken, zu corrigiren.

Diese 12 Fälle boten sämmtlich eine Verengerung des Beckens dar, in der die Conjugata vera sich zwischen $9\frac{1}{2}$ und $7\frac{1}{4}$ cm bewegte. Nur 3mal handelte es sich um den I. Grad der Abweichung, 8mal bestand der II., 1mal sogar der III. (No. 22). Damit soll nicht gesagt sein, dass man der spontanen Ausgleichung der ausgesprochenen Hinterscheitelbeineinstellung ein sehr grosses Vertrauen schenken soll; man soll jedoch das abwartende Verfahren, bei ruhiger Beurtheilung der verschiedenen Verhältnisse, nicht von vornherein als unbrauchbar verwerfen. Dass zur spontanen Correctur gute, kräftige Wehen erforderlich sind, ist selbstverständlich; ebenso ist ein grosser Werth auf die Configurationsfähigkeit des kindlichen Schädels und auf eine womöglich noch stehende Blase zu legen.

Von den 12 zur Welt gekommenen Kindern wurden 10 lebend geboren und von diesen $9 = 75$ pCt. lebend, vollkommen gesund entlassen.

Bei dem am 3. Tage p. p. gestorbenen Kinde (Sectionsdiagnose, s. Tab. I., No. 48) ist wohl der Tod den Gehirnveränderungen zuzuschreiben, welche jedenfalls intra partum erworben waren. Wenn wir auch diesen Todesfall zu bedauern haben, so ist es doch unwahrscheinlich, dass bei der besonderen Grösse des Kindes ein anderes Verfahren zu einem besseren Resultat geführt hätte. Zwei Kinder sind während der Geburt abgestorben (No. 25 und 76). Bei dem einen (No. 25) wurde der Tod schon bei der Aufnahme der Kreissenden festgestellt und durch die Compression der Nabelschnur, welche zwischen Kopf und Beckenwand vorgelegen hatte, erklärt. Da der Muttermund erst Markstückgross war, für die Mutter keine Gefahr vorlag und die Blase noch stand, so war die expectative Behandlung völlig gerechtfertigt. Bei dem anderen Fall (No. 76) ergab bei der Aufnahme sowohl die äussere als

die innere Untersuchung eine Schädellage Ia mit ganz über dem Beckeneingange beweglichem Kopf; Muttermund 5-Markstückgross, scharf-randig. Herztöne des Kindes tadellos. Zur Vorbereitung der Weichtheile und zur Schonung der stehenden Blase wurde der Kolpeurynter eingelegt. Nachdem derselbe nach 3 Stunden 35 Minuten unter kräftigen Wehen herausgepresst worden und die Blase zu gleicher Zeit gesprungen war, fand man den Muttermund kleinhandtellergröss, in der Scheide einen grossen Theil der noch gut pulsirenden Nabelschnur, Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Es wurde vergeblich versucht, unter Hochlagerung des Beckens, die Nabelschnur zu reponiren, da der Kopf jetzt fest auf dem Beckeneingang aufgepresst stand und die Wehen stürmisch auf einander folgten, war es unmöglich, die Schlingen am Kopf vorbei in die Höhe zu führen. Da der Muttermund ziemlich stark gespannt war, war der Versuch, den Kopf heraufzuschieben und die Wendung auszuführen contraindicirt, um so mehr, da es sich um eine Ipara handelte. Von der Zange war bei dem hohen Stande des kindlichen Kopfes und der geringen Erweiterung des Muttermundes ebenfalls abzusuchen; es wurde deshalb beschlossen, die völlige Erweiterung des Muttermundes abzuwarten und bei eventuell eintretender Gefahr für die Mutter die Perforation vorzunehmen. Das Kind starb leider in Folge der Compression der Nabelschnur ab; doch hat man sich über das eingeleitete Verfahren in diesem Falle keine Vorwürfe zu machen. — Für das Wohl der Mutter muss im Nothfalle lieber das Leben des Kindes geopfert werden. Bei dem Druck, welchem die Nabelschnur seitens des aufgepressten Kopfes ausgesetzt war, konnten Kaiserschnitt und Symphyseotomie nicht in Betracht kommen, letztere nach den von Herrn Geheimrath Leopold anderwärts dargelegten Anschauungen um so weniger, da die Frau eine Erstgebärende war. — Was nun das Befinden der Mütter betrifft, so wurden alle 12 vollkommen gesund entlassen. 9 hatten ein vollständig fieberfreies Wochenbett (= 75 pCt.). Eine (No. 9) fieberte vom 6 bis zum 7. Tag ohne nachweisbare infectiöse Erkrankung. Bei No. 15 lässt sich das eintägige Fieber eher durch Obstipation, als durch die an beiden Warzen vorhandenen Rhagaden erklären, denn sofort nach dem Stuhlgang liess die Temperatur und Pulssteigerung nach.

Bei No. 76 ist das zweitägige Fieber am 9. und 10. Tage des Wochenbettes, einem Belag der Portio, demnach einem localen Process zuzuschreiben. Die mikroskopische Untersuchung auf spezifische Bacterien ergab einen negativen Befund. Die Entlassung dieser Wöchnerin konnte am 18. Tag erfolgen, sämtliche anderen verliessen vom 9.—11. Tag die Klinik.

Ziehen wir nun die Fälle von Wendung und Extraction in Betracht, so war die Indication zu derselben theilweise Gefahr für Mutter oder Kind oder für beide, theilweise Nichteintreten des Kopfes trotz langer Geburtsdauer.

Bis zu welchem Grade der Verengerung, bei den verschiedenen Formen des engen Beckens, die Wendung noch möglich ist, hat

Rosenthal in seiner Arbeit¹⁾ über dieses Thema ausführlich dargestellt. Betreffs der Entscheidung über die Ausführbarkeit dieser Operation bei den engen Becken haben wir uns an seine Ausführungen gehalten. Die Operation erfolgte stets in Narkose, und zwar nur durch äussere und innere Handgriffe.

Bei welchen Vorbedingungen wurde nun in diesen Fällen gewendet? wie lagen zur Zeit des Eingriffes die Verhältnisse bezüglich Fruchtblase und Muttermund?

Es wurde operiert:

Bei kurz vorher gesprengter Blase	4 mal
$\frac{1}{2}$ — 1 Stunde nach gesprengter oder gesprungener Blase	3 "
1— 3 Stunden " " " " " "	6 "
3—12 " " gesprengener Blase	9 "
12—24 " " " " " " " "	9 "
24—35 $\frac{1}{2}$ " " " " " " " "	2 "

Sa. 33.

Der Muttermund²⁾ war:

Für die Hand eben durchgängig in	4	Fällen
" " gut "	5	"
"Fast vollständig erweitert" in	4	"
Vollständig erweitert in	20	"
	<hr/>	
	Sa.	33.

Ehe man zur Wendung schritt, wurde in Fall 5 und 10 erfolglos die bimanuelle Correctur der Hinterscheitelbeineinstellung versucht; in Fall 17 ebenfalls ohne Erfolg eine Verbesserung der Einstellung mit der Zange erstrebt.

Fragt man jetzt nach dem Ausgang für die Mutter, so sind zunächst 5 Collumrisse zu erwähnen, die trotz vollständiger Erweiterung des Muttermundes zu Stande kamen (einer ist wohl durch den instrumentellen Eingriff, Zange am nachfolgenden Kopf, verschuldet), und 4 Collumrisse bei noch nicht ganz erweitertem Muttermund (im Ganzen 9 = 27,2 pCt.).

19mal kam bei der Extraction ein Scheiden- bez. Dammriss vor, und zwar vorwiegend bei Erstgebärenden (= 57,6 pCt.). Bei beiden Arten der Verletzungen sind auch die kleinsten mitgerechnet.

Sämtliche 33 Wöchnerinnen wurden vollständig gesund

1) Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden, Bd. I. Die Wendung und Extraction bei engem Becken.

2) Muttermund für die Hand eben durchgängig = über 3 Markstück, 5 Markstück, kleinhandtellergross. Muttermund für die Hand gut durchgängig = handtellergross.

entlassen. — 26 hatten ein vollkommen fieberloses Wochenbett (78,8 pCt.). Diese konnten vom 9. bis 11. Tag mit Ausnahme von dreien (No. 49, 62, 68) die Anstalt verlassen. Die erste (No. 49) litt an Incontinentia urinae nach tiefem Scheidendammriss und wurde am 31. Tag entlassen. Die zweite (No. 62) litt an epileptischen Anfällen, sie verliess die Klinik am 16. Tag. Die dritte (No. 69) war ausserordentlich anaemisch und wurde bis zum 13. Tag zurückbehalten.

Von den 7 Fiebernden zeigten Temperatur- bez. Pulserhöhung:

No. 3 vom 6.—8. Tag wegen drohender Mastitis	Entl. am 13. Tag.
No. 4 vom 1.—14. Tag wegen Pneumonie	„ „ 24. „
No. 5 am 9. Tag ohne nachweisbare Ursache	„ „ 11. „
No. 58 am 3. Tag wegen Bronchitis	„ „ 9. „
No. 64 am 1. Tag wahrscheinlich in Folge des ersten Eingriffes	„ „ 9. „
No. 74 vom 3.—10. Tag wegen Cystitis. Untersuchung auf Gonokokken ohne Befund	„ „ 17. „
No. 83 vom 1.—5. Tag. Drohende Mastitis?	„ „ 13. „

Was die Resultate der durch die Wendung und Extraction gewonnenen 33 Kinder anlangt, so konnten 19 = 57,6 pCt. lebend entlassen werden. Dazu gesellen sich noch 3 lebend geborene Kinder, die jedoch kürzere oder längere Zeit nach der Geburt starben.

Bei dem 24 Stunden nach der Geburt gestorbenen Kind No. 23, wurde eine durch Impression am rechten Scheitelbein hervorgerufene Schädelfractur als Todesursache festgestellt.

Bei den Kindern No. 52 und 77, welche $\frac{1}{2}$ Stunde bez. 2 Tage nach der Geburt zu Grunde gingen, war der Tod Gehirnblutungen zuzuschreiben, die zweifellos beim Durchziehen des Kopfes entstanden waren.

11 Kinder wurden todt bez. tief asphyktisch geboren und nicht wiederbelebt.

Bei No. 49 waren die kindlichen Herztöne schon beim Beginn der Operation schlecht; doch hätte vielleicht das Leben des Kindes noch gerettet werden können, wenn die Wendung nicht durch den starken Contraktionsring, welcher nur mit Vorsicht allmählig überwunden wurde, eine Verzögerung erlitten hätte.

Bei No. 58 fehlt die Sectionsdiagnose über die Ursache der tiefen Asphyxie.

Bei No. 61 und 74 ist der ungünstige Ausgang durch Verzögerung der Extraktion verschuldet, welche beim ersten Fall durch die schwierige Lösung der Arme und die ungünstige Drehung des Kinnes nach vorne, im zweiten durch die starre, enge Scheide (trotz vorangegangener Kolpeuryse) bedingt wurde. Mit grosser Mühe wurde beim Kind No. 83 der vordere aufgeschlagene Arm gelöst, ausserdem erlitt der Fall dadurch eine schwere Complication, dass die stark gespannte einmal um die Schulter umschlungene Nabelschnur sich nicht lockern liess und durchriss. Um Zeit zu gewinnen wurde dieselbe durchschnitten und nicht unterbunden. — 6mal musste nach Absterben des Kindes zur

Perforation des nachfolgenden Kopfes geschritten werden. (Fälle No. 3, 4, 28, 59, 62, 70).

Bei Fall No. 3 und 4 konnte der Kopf nach der schwierigen Lösung der Arme das enge Becken nicht überwinden.

Bei Fall No. 28, 62, 60 wurde das Kind nach leichter Wendung bis zur Entwicklung des Kopfes ohne Schwierigkeit extrahirt, auch hier misslang jeder Versuch, denselben durch das Becken zu ziehen, trotz kräftigen Druckes von aussen.

Das Absterben des Kindes wurde demnach in diesen 5 Fällen vom Missverhältniss zwischen Kopf und Beckenraum verursacht.

Bei No. 59 hingegen wurde die Entwicklung des unverkleinerten Kopfes durch die Contraktion des Muttermundes verzögert, inzwischen ging das Kind zu Grunde.

Wir kommen nun zu den Fällen, bei welchen die Geburt mittelst der Zange beendet wurde (No. 6, 27, 33, 43, 80).

Bei No. 6 hatte sich der früher ganz über dem Beckeneingang bewegliche Kopf nach dem Blasensprung fehlerhaft eingestellt und in dem Beckeneingang fest eingekleilt. Der Muttermund war vollständig erweitert, das Kind lebensfrisch; das Befinden der Mutter (Ansteigen der Temperatur und des Pulses) erforderte die Entbindung. Da es sich um eine Mehrgebärende handelte, erschien für dieselbe der Eingriff nicht zu gefährlich, die Zange war nach Lage der Sache die einzige Operation, mit welcher man auf ein lebendes Kind rechnen konnte.

Aehnlich gestaltet sich Fall No. 33, bei welchem die Verlangsamung der kindlichen Herztöne die Indication zur Zange gab. Auf Fall No. 27 wird später (s. Rectification) näher eingegangen.

Zweimal sahen wir uns veranlasst, die Zange bei Erstgebärenden¹⁾ anzulegen. Bei No. 43 — Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst, Muttermund vollständig, Fieber der Mutter, Meconiumabgang — erzielten wir zwar ein lebendes Kind, doch starb dieses nachträglich am 9. Tag, und der Sectionsbefund zeigt uns, dass der instrumentelle Eingriff zweifellos den Tod der Frucht verschuldet hat. Die Mutter erlitt nebst einem Scheidendamriss einen doppelseitigen Collumriss. — Ziemlich dieselbe Anzeige zur operativen Entbindung bot uns Fall No. 80; doch war hier der rigide Muttermund nur 5-Markstückgross und zur nöthigen Erweiterung wurde eine doppelseitige Incision gemacht. Die Zangenextraktion gelang mit grosser Schwierigkeit und zur Entwicklung des Kopfes machte sich eine seitliche Dammcincision nöthig. Das Kind kam tief asphyktisch zur Welt und wurde leider nicht wiederbelebt.

Fassen wir nun den Ausgang für Mutter und Kind bei diesen 5 Fällen zusammen, so kommen wir zu dem Resultat, dass 3 lebende Kinder entlassen worden sind = 60 pCt. Sämmtliche Frauen verliessen gesund die Anstalt, davon 3 am 10. und 2 am 20. Tag

1) No. 43 und 80, letztere war zwar Ipara, da jedoch die erste Geburt ein Abort im 3. Monat war, ist der Zustand der Weichtheile dem einer Ipara gleichzustellen.

(No. 43 und 80). Jedoch im Zusammenhang mit der Entbindung haben $4 = 80$ pCt. gefiebert.

Bei näherer Betrachtung der 6 Fälle von Perforation des lebenden Kindes (No. 1, 7, 38, 44, 53, 69) ergibt sich Folgendes:

Bei No. 1 (IIpara) wurde bei der Aufnahme ein allgemein verengt platt rhachitisches Becken festgestellt. Vera $6\frac{1}{2}$ —7 cm, Muttermund 5 cm weit, Blase erhalten. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Mit Rücksicht darauf, dass das Kind bez. der Kopf klein erschien, und dass die frühere Geburt spontan verlaufen war, wurde zunächst abgewartet. Bei fast vollständigem Muttermund wurde die Blase gesprengt. Der Kopf stellte sich sofort in wenig hochgradige Hinterscheitelbeineinstellung. Später wurde dieselbe ausgeprägt, es trat bei der Frau, welche von der langen Geburtsdauer erschöpft war, Fieber auf. Jetzt war schleunigst die schonendste Entbindung der Kreissenden angezeigt. Das lebende Kind wurde dem Wohl der Mutter geopfert.

Bei No. 7 (IIIpara) handelte es sich um eine mittelst Bougie und Blasenstich eingeleitete Frühgeburt. Die Erweiterung des Muttermundes ging sehr langsam vor sich. Schliesslich bei fast völliger Erweiterung stellte sich der früher über dem Beckeneingang bewegliche Kopf in Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades. Der untere Uterinsegment hatte bereits eine derartige Dehnung erlitten, dass die Gefahr einer Ruptur bei weiterem Zuwarten vorlag. Perforation des lebenden Kindes.

Bei No. 38 (IIIpara) wurde wegen der Verengung des Beckens und wegen starker Oedeme (Nephritis) Anfangs des 10. Monats die Geburt künstlich angeregt. Sogleich bei dem Eintritt der Wehen sprang die Blase; die innere Untersuchung ergab den Muttermund für zwei Finger durchgängig, Hinterscheitelbeineinstellung II. Grades, Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Zur Vorbereitung und Erweiterung der Weichtheile wurde der Kolpeurynter eingelegt, doch schon bei 2-Markstückgrossen Muttermund traten Krampfwehen und Gefahr der Uterusruptur ein. Vom Kaiserschnitt wurde wegen der bestehenden Nephritis, des vorzeitigen Blasensprunges und der mehrmaligen inneren Untersuchung abgesehen, und die Perforation des lebenden Kindes vorgenommen.

Bei No. 44 handelte es sich um eine von der Poliklinik überwiesene Erstgebärende mit allgemein verengtem plattrhachitischem Becken. Conj. vera 6 cm. Der vorzeitige Blasensprung (3 Tage vorher), die mehrmalige innere Untersuchung ausserhalb der Klinik, waren auch in diesem Falle Contraindication zum Kaiserschnitt. Die von der langen Geburtsdauer erschöpfte Frau musste sobald als möglich entbunden werden, und der trotz Kolpeuryse nur 2-Markstückgrosse Muttermund wurde vor der Perforation durch Incisionen erweitert.

Bei No. 53 (Ipara) wurde bei der Aufnahme ein allgemein verengtes Becken festgestellt. Vera $6\frac{3}{4}$ cm, kleines Kind, Muttermund 3-Markstückgross, stehende Blase, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Kolpeuryse. Bei Handtellergrossen Muttermund wurde die Blase gesprengt. Darauf stellte sich der Kopf ziemlich fest in Hinterscheitelbeineinstellung auf dem Beckeneingang ein. Nach nochmaliger Kolpeuryse wurde dann bei ziemlich vollständigem Muttermund mit Rücksicht darauf, dass sich das Kind bez. der kindliche Kopf als sehr

klein herausgestellt hatte, zunächst die Wendung versucht. Die Umdrehung gelang nicht; nach erfolgter bimanueller Correctur misslang auch ein Zangenversuch. Nun blieb nur die Perforation des lebenden Kindes übrig.

Bei No. 69 (Ipara) kamen in Folge der Beckenenge (Conj. vera 6 cm) nur Sectio und Perforation in Betracht; von der ersteren wurde wegen des vorzeitigen Blasensprunges und mehrmaliger innerer Untersuchung abgesehen. Die Operation wurde nach vorausgegangener Kolpeuryse bei 5-Markstückgrossen Muttermund vorgenommen; dabei entstand ein kleiner linksseitiger Collumriss.

Das Wochenbett dieser 6 Frauen war vollständig normal bei 4 (No. 7, 38, 52, 69). No. 1 fieberte vom 5. bis zum 6. Tag wegen leichter Mastitis, welche ohne Eingriff wieder zurückging. Entlassung gesund am 11. Tage. No. 44 fieberte am 1. und 2. Tag wegen Enteritis. Später entwickelte sich, jedenfalls im Zusammenhang mit den Incisionen, eine leichte parametrane Reizung. Entlassen geheilt am 15. Tag.

Es bleiben noch weitere 22 Fälle von Kraniotomie, 9 bei todtem¹⁾, 13 bei absterbendem²⁾ Kinde.

Vom Wehenanfang bis zur Operation waren in diesen Fällen verstrichen:

Bis zu 6 Stunden		1 mal,
6—12	"	3 "
12—24	"	7 "
24—36	"	4 "
36—48	"	3 "
48—72	"	1 "
72—96	"	2 "
96—100	"	1 "
<hr/>		
Sa. 22.		

Der Zeitraum vom Blasensprung bis zur Operation betrug:

Bis zu 6 Stunden		6 mal,
6—12	"	4 "
12—24	"	2 "
24—36	"	5 "
36—48	"	3 "
48—72	"	— "
72—96	"	1 "
<hr/>		
Sa. 21.		

1 mal wurde der Zeitpunkt des Blasensprunges nicht beobachtet.
Im Ganzen 22.

1) No. 2, 14, 41, 63, 71, 73, 79, 81, 82.

2) No. 20, 21, 29, 34, 39, 40, 45, 47, 51, 57, 66, 67, 72.

Die Operation wurde vorgenommen:

bei vollständigem oder fast vollständigem Muttermund .	11 mal,
bei 8 cm grossem Muttermund	3 „
bei 5—6 cm grossem Muttermund	6 „

Sa. 20.

1mal wurde die Perforation bei 3 Markstückgrossem Muttermund vorgenommen; später folgte die Kranioklasie bei einer Muttermundsgrosse von 6 cm (No. 2).

1mal konnte die Grösse des hochstehenden Muttermundes wegen Vorfall des linken Fusses nicht festgestellt werden (No. 73). Im Ganzen 22.

Bei todten Kindern wurde die Perforation und Kranioklasie stets als das für die Mutter schonendste Entbindungsverfahren angewandt.

Die Kinder No. 73, 81 und 82 waren schon bei der Aufnahme der Kreissenden abgestorben.

In Fall 41 und 79 dagegen lebten die Kinder beim Eintritt, waren aber bei einem vorsichtigen Wendungsversuch, der beidemal wegen starker Contraction des unteren Uterusabschnittes aufgegeben werden musste, abgestorben.

Bei No. 14 ist der Tod des Kindes durch die Compression der bei 3 Markstückgrossem Muttermund vorgefallenen pulslosen Nabelschnur verursacht.

Bei Fall 71 misslang der Repositionsversuch der bei 2 Markstückgrossem Muttermund vorgefallenen Nabelschnur und das Kind starb ab.

13mal wurde das absterbende Kind perforirt. Dass es richtig war, im Interesse der schwer gefährdeten Mutter bei diesen Fällen das absterbende Kind dem todten gleichzusetzen, beweist der Erfolg. Sämmtliche 13 Mütter konnten die Anstalt gesund verlassen.

Einige Fälle seien kurz erwähnt.

In Fall No. 72 war bei noch ganz lebensfrischem Kinde, in der Hoffnung auf eine spontane Geburt, zuerst der Versuch der bimanuellen Correctur ohne Erfolg vorgenommen worden. Auch ein Wendungsversuch gelang nicht, dagegen traten bei demselben die Zeichen des Absterbens der Frucht auf.

Frau No. 29 suchte die Klinik auf, nachdem draussen mehrmalige Zangenversuche gemacht worden waren. Ihr Zustand bei der Aufnahme (Dehnung des unteren Uterinsegments, Tympania uteri) zwang zur sofortigen Perforation des absterbenden Kindes.

Aehnlich lagen die Verhältnisse in Fall 39 — Tetania uteri —

und in dem schon erwähnten Fall 40 — *Kystoma ovarii* —, bei dem *Tympania uteri* schliesslich die Indication zur Kraniotomie gab.

Frau No. 67 (*Angustia pelvis absoluta*) war zum Kaiserschnitt bestimmt. Da während der Vorbereitung zur Operation die kindlichen Herztöne sich verschlechterten, wurde von der *Sectio caesarea* abgesehen.

An Verletzungen kamen bei den 22 Operationen 2 *Collumrisse*, 12 oberflächliche und tiefe *Scheidendammsrisse* vor.

Sämmtliche Wöchnerinnen wurden, wie erwähnt, gesund entlassen. Davon hatten ein vollkommen fieberfreies Wochenbett 12 (54,6 pCt.), welche mit Ausnahme von 3 die Anstalt vom 9. bis 11. Tag verliessen. — No. 40 (*Kystoma ovarii*) wurde auf die gynaekologische Station behufs Operation verlegt; No. 71 und 73 wurden wegen des anaemischen Zustandes bez. foetider Lochien bis zum 13 bez. 18. Tage zurückbehalten. Eine eintägige Temperatur- bez. Pulssteigerung haben wir 6 mal zu verzeichnen (No. 14, 20, 21, 45, 63, 81), zweitägiges Fieber 2 mal (No. 39 und 72). No. 82 fieberte vom 1. bis 4. Tag — *Ulcus portionis vaginalis* —. Mikroskopische Untersuchung des Secrets ohne wesentlichen Befund. Die Entlassung dieser 9 Wöchnerinnen erfolgte bis zum 19. Tag.

Länger andauerndes Fieber zeigte sich nur bei No. 2 und wird theilweise durch die parametrane Reizung, theilweise durch Gastroenteritis erklärt. Entlassung am 22. Tag.

Nun mögen unsere 3 Fälle von erhaltendem Kaiserschnitt kurz besprochen werden (No. 30, 32, 60).

Bei No. 30 — *VIpara*, allgemein verengt plattrhachitisches Becken, *Conj. vera* $7\frac{1}{2}$ cm — liegt die relative Indication auf der Hand. Sofort nach dem Blasensprung, bei fast vollständigem Muttermund, stellte sich der Kopf auf den Beckeneingang in Hinterscheitelbeineinstellung. Da der starre Contractionsring eine Uterusruptur befürchten liess und die Wendung zur Erhaltung des lebensfrischen Kindes nicht gestattete, wurde zur *Sectio* geschritten.

Frau No. 32 — *Ipara*, allgemein verengt plattrhachitisches Becken, *Conj. vera* $7-7\frac{1}{4}$ cm — wird nach langer Wehenthätigkeit in die Klinik überführt. Da bei weiterem Zuwarten die Gefahr der Uterusruptur vorlag, wurde bei der absoluten Enge des starren, kaum fingerbreiten Muttermundes, trotz des vorzeitigen Blasensprunges, zur Rettung des Kindes der Kaiserschnitt vorgenommen.

Frau No. 60 bot *Angustia pelvis absoluta* dar, zu gleicher Zeit die günstigsten Bedingungen zur Operation: Hinterscheitelbeineinstellung bei stehender Blase, Muttermund vollständig erweitert, lebensfrisches Kind.

Sowohl für Mutter als auch für Kind waren die Erfolge in diesen 3 Fällen vollständig gut. Frau No. 60 fieberte zwar vom 2. bis 5. Tag (foetide Lochien), konnte jedoch auch am 23. Tag

mit dem Kinde vollkommen gesund entlassen werden. Bei Fall 16 — Sectio caesarea nach Porro — handelte es sich um ein allgemein verengt, plattrhachitisch-skoliotisches Becken III. Grades. Conj. vera $5\frac{1}{2}$ —6 cm — Kind abgestorben. Der Zustand der schwer nephritischen, durch lange Geburtsdauer erschöpften Frau gab die Indication zu diesem operativen Eingriffe. Das Wochenbett verlief regelmässig bis auf eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,5 bei einem Pulse von 106. Entlassung am 43. Tage.

Zuletzt erwähne ich einen Fall von Symphyseotomie (No. 56) bei einer Erstgebärenden mit allgemein verengtem, plattrhachitischem Becken. Conj. vera 7 cm. — Geburtsdauer 71 Stunden 40 Min. — Kolpeuryse — Collumcisionen — Zange — Collum- und Scheidenzerreissung — Kind tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Mutter am 52. Tag gesund entlassen. Der Fall ist von Buschbeck ausführlich beschrieben worden, auf dessen Arbeit¹⁾ ich verweise, um Wiederholungen zu vermeiden.

Ueberblick.

Ein Ueberblick über unsere Fälle ergibt, dass von 83 Kindern überhaupt, 39 lebend geboren, 34 = 40,96 pCt. lebend entlassen wurden²⁾.

Sämmtliche Wöchnerinnen verliessen die Anstalt vollkommen gesund. Von denselben hatten ein fieberhaftes Wochenbett 29 = 34,94 pCt. Vollkommen normal verlief dasselbe bei 54 Frauen = 65,06 pCt. Hierzu sei bemerkt, dass zu den Fieberfällen auch die ein- und zweitägigen Temperatur- und Puls-erhöhungen mitgerechnet sind und ebenso selbstverständlich die Fieberfälle, welche der Klinik bez. der Entbindung nicht zur Last fallen.

Eine Erkrankung an Puerperalfieber ist überhaupt nicht vorgekommen.

Ist das Ergebniss betreffs der Kinder auch weniger befriedigend, so ist andererseits sämmtlichen Müttern Leben und Gesundheit erhalten worden.

Aus dem bisher Erläuterten ergeben sich für die Therapie der Hinterscheitelbeineinstellung folgende Gesichtspunkte: Zunächst

1) Münch. med. Wochenschr. 1894. No. 25. Zur Symphyseotomie und ihrer Indicationsstellung.

2) Von den 44 todtgeborenen Kindern wurden 34 perforirt. 5 Kinder (No. 16, 25, 73, 81, 82) waren schon bei der Aufnahme abgestorben.

verschaffe man sich volle Klarheit über Form und Grad der Beckenverengerung. Das Verhältniss zwischen kindlichem Kopf und Beckenraum bietet uns den wichtigsten Anhaltspunkt zur Wahl dieses oder jenen Verfahrens. Freilich gelingt es nicht immer, die Grösse des Kindes, bez. des kindlichen Kopfes mit der erwünschten Genauigkeit festzustellen, doch wird eine sehr sorgfältige, womöglich von verschiedenen Personen wiederholte Untersuchung in der Mehrzahl der Fälle vor schweren Schätzungsfehlern schützen.

Bei Mehrgebärenden ist der Verlauf der vorausgegangenen Geburten bei der Wahl der Behandlung nicht unberücksichtigt zu lassen. Bei stehender Blase und noch nicht völliger Erweiterung des Muttermundes ist zunächst abzuwarten und zur Schonung der Blase sowie zur Vorbereitung der Weichtheile der Kolpeurynter einzulegen. Bei vollständiger Erweiterung des Muttermundes wird man die Blase sprengen. Wenn die Geburt bis dahin nicht zu lange gedauert hat und für das Kind keine Gefahr vorliegt, kann man noch so lange abwarten, ob sich der Kopf jetzt günstig einstellt, als es der Gesundheitszustand von Mutter und Kind gestattet. Tritt der Kopf nicht ein, so bietet die Wendung mit sofortiger Extraction für beide die besten Aussichten.

Wenn aber, wie es leider so oft der Fall, die Blase vorzeitig gesprungen ist, so ist die expectative Behandlung nur so lange noch erlaubt, als für Mutter und Kind absolut keine Gefahr vorliegt. Der Kreissenden wird die entsprechende Seitenlagerung gegeben, hier wird der Kolpeurynter den weiteren Wasserabfluss behindern und ebenfalls die Weichtheile zu einer späteren eventuellen Operation vorbereiten.

Ist jedoch in solchen Fällen das kindliche Leben gefährdet, so ist die Wendung bei nicht vollständigem Muttermund nur bei Mehrgebärenden, wenn sich derselbe als dehnbar herausgestellt hat, rathsam. Die gewaltsame Erweiterung des Muttermundes ist im Allgemeinen zu verwerfen, da sie mit zu grosser Gefahr für die Mutter verbunden ist. — Erfordert der Zustand der Mutter bei den oben genannten Verhältnissen der Weichtheile eine sofortige Entbindung, so gewährt die Wendung, auch nur wenn die obigen Bedingungen erfüllt sind, Aussicht auf Erfolg. Im anderen Falle wird der Arzt zur Perforation schreiten, welche für die Erhaltung der Mutter die beste Prognose darbietet.

Die prophylaktische Wendung in Veit's Sinne bei engem

Muttermund ist nicht rathsam, da die sofortige Extraction ohne schwere Verletzungen der Mutter nicht folgen kann und bei weiterem Abwarten das kindliche Leben so wie so höchst gefährdet ist. Andererseits bietet ein Contractionsring keine Contraindication bei lebensfrischem Kinde zu einem vorsichtigen Wendungsversuch. Man soll jedoch ja nicht forciren. Sobald sich der Contractionsring als schwer überwindbar herausstellt, schreite man sofort zur Perforation.

Für die bimanuelle Rectification sprechen unsere Erfahrungen nicht besonders günstig. Wenn es uns auch in einem Falle¹⁾ gelang, dieselbe zu erreichen und die Geburt mit der Zange zu beendigen, so war der Correctionsversuch in anderen Fällen ganz erfolglos.

Was die hohe Zange zur Correctur der Einstellung betrifft, so ist dieselbe im Allgemeinen zu verwerfen. Nur bei Mehrgebärenden, wenn der Muttermund vollständig ist und der kindliche Kopf so fest im Beckeneingang eingekeilt sich befindet, dass man die Wahl zwischen Zange und Perforation des lebensfrischen Kindes hat, ist ein Versuch mit der ersteren gerechtfertigt. Dabei ist die Walcher'sche Hängelage höchst empfehlenswerth.

Gelingt die Correctur mit der Zange nicht, folgt der Kopf

1) No. 27. Künstliche Frühgeburt. 10 Std. 40 Min. nach Beginn der Wehentätigkeit wurde bei der äusseren und inneren Untersuchung die Hinterscheitelbeineinstellung des über dem Beckeneingang beweglichen Kopfes festgestellt. — Da der 6 cm weite Muttermund für die Wendung mit nachfolgender Extraction noch nicht genügend erweitert schien, wurde beschlossen, zunächst den Kolpeurynter einzulegen. Vorher aber versuchte man die fehlerhafte Einstellung durch äussere und innere Handgriffe auszugleichen. — Nachdem der Uterus von aussen in gleichmässiger Mittelstellung fixirt war, ging der Operateur mit dem Zeigefinger der rechten Hand in's hintere Scheidengewölbe ein. Nun hebelte er den Kopf und, durch gleichzeitigen Druck von aussen auf den vorderen Theil desselben unterstützt, brachte er ihn in richtiger Einstellung in den Beckeneingang so, dass die Pfeilnaht annähernd im queren Durchmesser verlief. — 1 Std. 50 Min. nach der erwähnten Manipulation ergab die innere Untersuchung den Muttermund vollständig erweitert, den Kopf bereits ziemlich fest im Beckeneingang regelrecht eingestellt. — Es wurde nun zur Zange geschritten, weil einerseits das Kind in Folge der langen Geburtsdauer absterben konnte oder sehr wenige Chancen gehabt hätte, extrauterin fortzuleben, andererseits auch die abnehmenden Kräfte der Mutter zu einer baldigen Beendigung der Geburt drängten. — Die Zangenextraction gelang ohne besondere Schwierigkeiten; wir erzielten ein lebendes Kind; ein doppelseitiger Collumriss wurde durch je 3 und 2 Nähte geschlossen.

dem Zuge nicht leicht, so schreite man auch hier lieber zur Perforation.

Betreffs der Anzeigen, Grenzen und Bedingungen zum Kaiserschnitt und zur Symphyseotomie, welche auch bei Hinterscheitelbeineinstellung angewandt wurden, möge auf die Arbeiten Cörner's¹⁾, Wehle's²⁾ und Buschbeck's³⁾ hingewiesen sein.

Die Prognose der Hinterscheitelbeineinstellung ergibt sich aus diesen Darlegungen von selbst. Sie ist für die Kinder als eine ungünstige, für die Mütter dagegen ziemlich günstig zu betrachten, sobald in der Behandlung auf das Wohl derselben in erster Linie, eventuell mit Opferung des Kindes, Rücksicht genommen wird.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Professor Dr. Leopold, für die Anregung zu dieser Arbeit, und Herrn Oberarzt Dr. Buschbeck für die gütige Unterstützung bei derselben auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

1) Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden. Bd. I. Kaiserschnitt wegen Beckenenge.

2) l. c. Die Symphyseotomie und ihre wissenschaftliche Begründung.

3) Münch. med. Wochenschr. 1894. No. 25. Zur Symphyseotomie und ihrer Indicationsstellung.