(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn a. Rh.)

Ueber Geburten bei engem Becken.

Von

Dr. M. Yamasaki,

Kumamoto, Japan.

Da das enge Becken durch seine Häufigkeit, durch die Schwere und Mannigfaltigkeit seiner directen und indirecten Folgen ohne Zweifel die erste Stelle unter den Ursachen regelwidriger Geburten einnimmt und die Pathologie der Geburt geradezu beherrscht, ist es für den Arzt sehr wichtig, sich die Kenntnisse von der richtigen Behandlung der Geburten bei engem Becken mit möglichster Vollkommenheit anzueignen.

Aber trotz der umfänglichen Literatur über das enge Becken und die Leitung der Geburt bei demselben ist eine Uebereinstimmung der Geburtshelfer über die Therapie beim engen Becken noch keineswegs erzielt.

Aus dem Bestreben heraus, hier zu einer Klärung der Ansichten beizutragen, sind eine Reihe vorzüglicher Arbeiten, wie die von Pinard, v. Braun-Fernwald, Ludwig und Savor, v. Bönnighauser, Krönig, Baisch, Peham, Scipiades u. a. in den letzten Jahren erschienen, die die Beobachtungen und Erfahrungen verschiedener Kliniken an der Hand von Berichten über grössere Geburtsserien mittheilen.

An unserer Klinik hat Reifferscheid schon aus den 2480 Geburten der Bonner Frauenklinik von April 1897 bis October 1901 die Geburten bei engem Becken zusammengestellt und in einer Arbeit „Ueber Geburten bei engem Becken“ an der Hand der 150 Fälle von innerlich gemessenen Becken und der 84 Fälle von äusserlich gemessenen veröffentlicht.

Da, wie Reifferscheid in seiner Arbeit schrieb, „je grösser die Zahl derartiger Uebersichten über klinisch beobachtetes Material

ist, um so eher das erstrebte Ziel erreicht werden kann“ und wie Chrobak sagt, „es Pflicht jeder Klinik ist, von Zeit zu Zeit Umschau zu halten über ihr Wirken, ihre Resultate, die dort geübten Methoden nach ihren Erfolgen zu prüfen“, habe ich es auch auf Anregung des Herrn Geheimrath Prof. Fritsch unternommen, die zahlreichen Geburten bezüglich des engen Beckens einer eingehenden Prüfung zu unterziehen, die seit dem Berichte von Reifferscheid an der Bonner Frauenklinik zur Beobachtung kamen.

Während die Bearbeitung des Materials über die Geburt bei engem Becken mir, schon einerseits als japanischem Arzt, welcher in seiner Heimath Gebärende mit engem Becken nicht so häufig wie in Europa findet, sehr interessant ist, ist es mir anderseits von grösstem Interesse, eine derartige Bearbeitung in der Zeit zu unternehmen, wo sich für die Methode der Beckenerweiterung und des extraperitonealen Kaiserschnittes neuerlich allgemeinstes Interesse geltend gemacht hat.

Da im Allgemeinen bei der Feststellung der Grenze die Maasse der Conjugata vera des Beckens als Grundlage angenommen werden, habe ich in erster Linie nur diejenigen Becken berücksichtigt, bei denen die Conjugata diagonalis oder vera gemessen ist.

Die obere Grenzdimension der Conjugata vera wird jedoch keineswegs einheitlich gezogen. Michaelis rechnete den Beginn der Beckenenge bei einer Conjugata vera von 10 cm für das allgemein gleichmässig verengte, von 9,5 cm für das platte Becken. Spiegelberg nahm auch für das platte Becken eine Conjugata vera von 10 cm, Litzmann von 9,7 cm als Beginn der Beckenenge an. Die meisten Autoren schliessen sich im Allgemeinen einer dieser drei Auffassungen an. Ich habe von den mir vorliegenden Geburtsgeschichten diejenigen Becken zusammengestellt, bei denen die Conjugata vera 10 cm und darunter beträgt.

Gewöhnlich nimmt man auch an, dass eine Verminderung der Conjugata externa auf 18 cm und darunter eine Verkürzung der Conjugata vera wahrscheinlich mache. Daher habe ich anhangsweise ausserdem noch die Becken berücksichtigt, bei denen nur die Grösse der Conjugata externa gemessen ist.

Während der geringe Werth einer auf der Messung der Conjugata externa begründeten Beckendiagnose von Litzmann, Credé, Spiegelberg, Schröder, Dohrn, Schauta u. a. betont wurde und Sonntag die Messung der Conjugata externa für überflüssig

und werthlos hielt, wird der Conjugata externa noch von manchen Autoren ein besonderer Werth für die Beckenmessung beigelegt. Wir begegnen Autoren, welche wie Leopold, bei einer externa von 18 cm, oder wie Runge, Schneider, bei einer solchen von 18,5 cm, und wieder anderen, welche bei 19 cm Baudeloque die Anfangsgrenzen des engen Beckens rechnen wollen. Fritsch sagt: „Ist die Conjugata externa 19 cm lang, so kann man daraus allein noch kein enges Becken diagnosticiren. Bei einer Conjugata unter 18 cm dagegen liegt sicher ein enges Becken vor.“ Ich glaube deshalb, dass der Bericht über Geburten bei denjenigen Becken, bei denen die Conjugata externa 18 cm und darunter beträgt, noch einigen Werth beanspruchen könnte.

Um ein möglichst einheitliches Urtheil über den Geburtsverlauf beim engen Becken zu erzielen, habe ich alle unregelmässig verengten Becken nicht aufgenommen. Ebenso habe ich von den Geburten der regelmässig verengten Becken die mit Placenta praevia, Eklampsie, schweren Organkrankheiten der Mutter (z. B. schwere Nephritis, Phthise etc.) oder Verengung der weichen Geburtswege complicirten Entbindungen nicht berücksichtigt, da in diesen Fällen nicht der Grad der Beckenenge, sondern in erster Linie die Complication die Indicationsstellung bezüglich des therapeutischen Eingriffes bestimmen musste. Da ferner bei den geringen Graden der Verengerungen kleine Kinder und macerirte Früchte nicht unbedingt ein Missverhältniss zwischen Enge des Beckenringes und durchtretendem kindlichen Schädel bedingen müssen, so wurden bei den innerlich gemessenen Becken bis zu einer C. vera von 8,5 cm und bei den äusserlich gemessenen bis zu einer Conj. externa von 17 cm die spontanen Geburten und operativen Entbindungen (Wendung wegen Querlage) bei Kindern unter 2500 g und bei macerirten Früchten ebenfalls aus der Rechnung ausgeschaltet.

Bei der Eintheilung der Becken habe ich, wie es Reifferscheid machte, nur unterschieden zwischen platten und allgemein verengten Becken und zu den letzteren, ebenso wie Krönig, alle diejenigen gerechnet, deren äussere Quermaasse (Distantia spinarum und cristarum) um 1 cm und mehr hinter der Norm von 25 und 28 cm zurückbleiben.

Reifferscheid sagt in seiner Arbeit: „Da ich in den mir vorliegenden Geburtsgeschichten zumeist nur die Maasse der Dist. spin. und crist., der Conj. ext. und diag. fand und keine genauere Beschreibung der Verhältnisse der inneren Quermaasse des Beckens

und der Diagnose der Beckenform fand, so wäre eine nachträgliche genauere Einordnung der Becken ein Unding gewesen und hätte nothwendigerweise zu mehr oder weniger unrichtigen Angaben führen müssen. Den Nachtheil hat allerdings die etwas grobe Einteilung, dass nicht unterschieden werden konnte zwischen den gleichmässig allgemein verengten und allgemein verengten platten Becken.“ Da die Beckenbeschreibung in den mir vorliegenden Geburtsgeschichten auch fast ganz so wie bei Reifferscheid gefunden wurde, befinde ich mich hier ganz ebenso in Uebereinstimmung mit seiner Meinung. Aber ich will mich mit Baisch, Magnus, Krönig, Mackenrodt etc. bei der Kritik der therapeutischen Indicationen mit der Unterscheidung zwischen den platten und allgemein verengten Becken begnügen. Es ist belanglos, wie Reifferscheid gesagt hat, dass bei unseren Fällen die einfach platten und die plattrachitischen Becken nicht gesondert werden konnten, denn Litzmann konnte bei diesen zwei Unterarten als Gemeinsames feststellen, dass ungeachtet der genetischen Verschiedenheit die Formunterschiede nicht so bedeutend sind, um eine Trennung zu rechtfertigen.

Die Beckenmessung wurde von dem jeweiligen Assistenzarzt der geburtshilflichen Station in der Weise vorgenommen, dass die Dist. spin. und crist. und die Conj. ext. mit dem Martin'schen Beckenmesser, die Conj. diag. im Sinne der durch die Beckendiagnostik vorgeschriebenen Weise, direct mit der Hand und die Conj. vera nach Bylicky-Gauss gemessen wurden. Da aber in unseren Geburtsgeschichten für die Bezeichnung des Grades der Verengerung häufig nur die Conj. diagonalis bezeichnet war, mussten wir die Vera aus dieser nachträglich ausrechnen.

Ueber die Zahl, welche für die Berechnung der Conj. vera von der Diagonalis abgezogen werden muss, ist eine Uebereinstimmung der Autoren noch keineswegs erzielt. Die meisten geben die Grenzen der Schwankung zwischen 15 und 20 mm. Bei der Berechnung der Vera aus der Diagonalis muss der Abzug je nach der Höhe der Schossfuge, der Grösse des Winkels, den die hintere Schossfugenwand mit der Conj. vera bildet, dem Vortreten eines Schossfugenknorpels an der hinteren Schossfugenfläche und der Stellung des Promontoriums zu der durch die Linea terminalis gelegten Ebene ein verschiedener sein. Fritsch nimmt an, dass die bis auf Millimeter genaue Berechnung der Vera unmöglich ist und sagt: „Es wäre nur eine Selbsttäuschung, wollte man aus dem Maasse

der Conj. diagonalis ein ganz genaues Maass der Con. vera bestimmen, es handelt sich nur um Abschätzung und um Vergleich mit den äusseren Maassen.“

Da wir uns mit dieser approximativen Berechnung begnügen müssen, bis sich eine exaktere Veramessung Eingang und allgemeine Anwendung verschafft haben wird, bin ich Reifferscheid und Krönig gefolgt und habe die Conj. vera für alle Becken durch einen schematischen Abzug von 2 cm gewonnen, bei denen nur die Conj. diagonalis bezeichnet ist.

Während bei der Einreihung der Becken in die verschiedenen Grade der Verengerung auch die Fassungen unter den Autoren sehr verschieden sind, hat Reifferscheid die von Litzmann gegebene Eintheilung zu Grunde gelegt und zwar in der von Krönig gegebenen genaueren Fassung und er hat demnach zwischen Beckenverengerungen unterschieden:

I. Grades: Conj. vera von 9,5—8,5 cm bei platten und 10,0 bis 9,0 cm bei allgemein verengten Becken;

II. Grades: Conj. vera von 8,4—7,0 cm bei platten und 8,9 bis 7,5 cm bei allgemein verengten Becken;

III. Grades: Conj. vera von 6,9—5,5 cm bei platten und 7,4 bis 5,5 cm bei allgemein verengten Becken.

Um einen möglichsten Zusammenhang zwischen dem Berichte von Reifferscheid und dem von mir zu erzielen, bin ich auch bei der Einreihung der Becken ihm gefolgt. Aber der Vollständigkeit wegen sind bei meinem Berichte dabei auch die platten Becken mit Vera 10,0—9,6 vor den I.gradigen platten Becken gesondert referirt.

Auf Grund des oben erwähnten Rechnungsverfahrens und der angegebenen Gesichtspunkte habe ich aus den 6038 Geburten der Bonner Frauenklinik in dem Zeitraum von 8 Jahren 9 Monaten (vom Anfang November 1901 bis Ende Juli 1909) 390 Fälle der Geburten bei engem Becken, bei denen die Conj. vera 10 cm und darunter beträgt, und 370 Fälle der Entbindungen bei engen Becken, bei denen nur die Conj. externa gemessen ist und diese 18 cm und darunter beträgt, zusammengestellt.

Die Uebersicht über meine Fälle gebe ich in der Weise, dass ich getrennt berichte über die verschiedenen Grade der Beckenverengerung, und hier wieder getrennt für Erst- und Mehrgebärende, da ein bedeutender Unterschied in der Häufigkeit der Spontangeburt und in der Complication zwischen beiden besteht.

Geburtsfälle.

Platte Becken.

Conj. vera 10,0—9,6 cm.

Im Ganzen 47 Geburten und zwar 20 bei Erstgebärenden und 27 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

Von den 20 Erstgebärenden haben 18 Frauen spontan entbunden, 2 mal war ein operativer Eingriff nothwendig.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 18 Erstgebärenden beträgt 22 Jahre; dabei waren 5 Frauen weniger als 20 Jahre, 12 Frauen 20—30 Jahre, 1 Frau über 30 Jahre alt.

Das Gewicht der geborenen Kinder schwankte zwischen 2500 g und 3650 g. Das Durchschnittsgewicht betrug 3075 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 18 Stunden, die kürzeste 8 Stunden, die längste 53 Stunden.

Die Geburten verliefen alle in Ia und IIa Schädellage, sämtliche Kinder kamen lebend und blieben am Leben.

Von Complicationen ist ein vorzeitiger Blasensprung zu erwähnen.

Das Wochenbett verlief afebril in 17 Fällen, nur in 1 Fall war eine Temperatur bis 39° am 4. und 5. Tage p. part. zu verzeichnen. In diesem Falle wurde die Wöchnerin am 13. Tage entlassen, während die übrigen Wöchnerinnen alle am 10. Tage gesund entlassen wurden.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

2 mal wurde die Zange aus Indication von Seiten der Kinder angelegt, davon 1 mal bei Hochstand des Kopfes.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 45). 36 Jahre alte I para. C. vera 10 cm. IIb Vorderhauptslage, 11 Stunden nach Beginn der Geburt, bald nach dem Blasensprung Zange in Beckenmitte wegen Schlechtwerdens der kindlichen Herztöne und Abgangs von Meconium. Kind 3650 g, 50 cm lang, tief asphyktisch, konnte nicht wieder belebt werden. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

2. Hohe Zange.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 593). 28 Jahre alte I para. C. vera 10 cm. Ia Schädellage, nach 35 stündiger Wehentätigkeit Sinken der

kindlichen Herztöne und Abgang von Meconium. Kopf mit dem grössten Durchmesser noch nicht eingetreten, steht quer; Versuch hoher Zange. Kopf folgt dem starken langsamen Zug. Lebendes Kind, 3750 g, 53 cm lang. Dammriss III. Grades. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 13. Tage.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern erkrankte keine. Von den Kindern starb eines. Es konnte durch die Zange nicht mehr gerettet werden.

Das durchschnittliche Kindergewicht der operativ Geborenen betrug 3700 g.

B. Mehrgebärende.

Von den 27 Geburten verliefen 21 spontan, während 6 mal eine operative Entbindung nothwendig wurde.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der spontan geborenen Kinder betrug 3221 g, das geringste war 2500 g, das grösste 4000 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 13 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 33 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 20 mal in Ia bzw. IIa Schädel-lage, 1 mal in IIb Schädellage und 1 mal in II unvollständiger Fusslage. In zwei Fällen kam es zu vorzeitigem Blasensprunge.

Von den spontan geborenen Kindern kamen zwei in Schädel-lage asphyktisch zur Welt, konnten aber bald wiederbelebt werden. Sämmtliche Kinder wurden lebend entlassen.

Das Wochenbett verlief afebril in allen Fällen. Von den Wöchnerinnen wurden 17 zwischen dem 9. und 10. Tage, je 2 am 11. und 13. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Wendung.

Die Wendung wurde 2 mal aus Kopflage ausgeführt, davon 1 mal wegen Nabelschnurvorfalls, 1 mal wegen des engen Beckens.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 558). 22 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 10 cm. Nach 40 stündiger Wehen-thätigkeit Blasensprung, dabei Nabelschnurvorfall, Muttermund verstrichen. Wendung aus IIa Schädellage und Extraction des lebenden Kindes von 3500 g Gewicht, 51 cm Länge. Fractur der rechten Clavicula. Wochenbett: Fieber vom 4.—10. Tage bis 39° (Parametritis). Am 19. Tage geheilt entlassen.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 399). 26 Jahre alte III para. 1. Geburt spontan. 2. Geburt Zange. Beide Kinder leben. C. vera 10 cm. 2 Stunden nach dem Blasensprung, 31 Stunden nach Wehenbeginn Kopf

noch beweglich über dem Beckeneingang. Wendung aus IIb Schädellage und vorsichtige Extraction (Muttermund handtellergröss). Kind 3500 g, 50 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Entlassung am 13. Tage.

2. Perforation.

Diese Operation wurde 2 mal vorgenommen, 1 mal zur Erleichterung der Geburt bei intra partum abgestorbenem Kind, 1 mal wegen drohender Uterusruptur bei absterbendem Kind.

1. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 638). 41 Jahre alte III para. Frühere Geburten Forceps. C. vera 10 cm. Ia Schädellage, nach 34 stündigen Wehen, nachdem vor 30 Stunden die Blase gesprungen und seit einigen Stunden das Fruchtwasser meconiumhaltig ist, sinken die kindlichen Herztöne rasch und verschwinden völlig. Muttermund handtellergröss, dehnbar. Perforation des abgestorbenen Kindes, dessen Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang steht. Kind, 3600 g (ohne Gehirn), 53 cm lang. Wochenbett afebril. Entlassung am 11. Tage.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 333). 27 Jahre alte II para. Erste Geburt angeblich spontane Frühgeburt. C. vera 10 cm. Ia Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung; 15 Stunden nach Beginn der Wehen und Blasensprung hatte sich ein Contractionsring in der Höhe des Nabels ausgebildet, Wehen sehr stark, Muttermund verstrichen, Herztöne dauernd verlangsamt. Wendung unmöglich, Hebosteotomie und Kaiserschnitt abgelehnt, daher Perforation des noch lebenden Kindes. Gewicht 3200 g ohne Gehirn. Wochenbett fieberlos. Entlassung am 10. Tage.

3. Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt wurde 1 mal eingeleitet.

(Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 431). 33 jährig, V para. 1. Geburt Perforation. 2. und 3. Geburt Wendung, beide Kinder todt. 4. Geburt Perforation. C. vera 10 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Kolpeurynter, als der Muttermund schon für 2 Finger durchgängig war. Nach Ausstossung des Kolpeurynters, bei stehender Blase wurde das in IIa Querlage liegende Kind durch Wendung und Extraction entwickelt. Geburtsdauer 13 Stunden. Kind 3000 g, 49 cm lang, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Kleiner Cervixriss durch 2 Nähte vereinigt. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

4. Pubiotomie.

1 mal wurde die Hebosteotomie vorgenommen.

(Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 393). 31 Jahre alt, V para. 1. und 2. Geburt Zange, beide Kinder todt. 3. Geburt künstliche Frühgeburt in der Klinik, Kind nach 5 Monaten gestorben. 4. Geburt künstliche Frühgeburt in der Klinik, Kind todt. C. vera 10 cm. Schädellage, 12 Stunden nach Wehenbeginn, 8 Stunden nach dem Blasensprung Muttermund verstrichen, Pubiotomie links nach der Vorschrift von Bumm. Becken weicht in der Symphyse auf $\frac{1}{2}$ cm auseinander, darunter das straff gespannte Lig. arcuat. unzertrennt zu fühlen. Zange, bei der ersten Traction zerreisst das Lig. arcuat., der Kopf lässt sich leicht entwickeln, lebendes Kind, 3800 g, 53 cm lang, Kopfumfang 35,5 cm. Leichte Blutung aus der Harnröhre, die auf Compression der Harnröhre

steht. Blasenurin klar, nicht blutig. Glatter Verlauf, am 4. Tage einmal 38,1°, sonst fieberlos. Erstes Aufstehen am 18. Tage. Am 21. Tage gesund ohne Blasenstörung und mit tadelloser Gehfähigkeit entlassen.

Von den Müttern starb keine. Von den Kindern starben 3, davon 1 intra partum, 1 durch Perforation, 1 bei künstlicher Frühgeburt.

Das Durchschnittsgewicht der durch diese Operationen entwickelten Kinder (künstliche Frühgeburt nicht mitgerechnet) betrug 3520 g, das geringste 3200 g, das grösste 3800 g.

Bei den 6 operativ beendigten Geburten verlief das Wochenbett afebril in 4 Fällen. Von den betreffenden Wöchnerinnen wurden 2 am 10. Tage, je 1 am 11. und 13. entlassen. 1 mal wurde eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,1° beobachtet, 1 mal war das Wochenbett fieberhaft. Die letzteren 2 Wöchnerinnen wurden am 21. und 19. Tage entlassen.

Platte Becken.

Conj. vera 9,5—8,5 cm.

Im Ganzen 140 Geburten und zwar 54 bei Erstgebärenden und 86 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

Von 54 Erstgebärenden kamen 43 spontan nieder, 11 wurden operativ entbunden.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 43 Erstgebärenden betrug 22 Jahre, darunter waren 10 Gebärende unter 20 Jahren, keine über 30 Jahre alt.

Das Gewicht der Kinder schwankte zwischen 2500 g und 4100 g. Das Durchschnittsgewicht betrug 3110 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 22 Stunden, die kürzeste 6 Stunden, die längste 144 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 39 mal in Ia und IIa Schädellage, 2 mal in IIb Schädellage und je 1 mal in I. Gesichtslage und I. Steisslage. Je 1 mal wurde hintere und vordere Scheitelbeineinstellung beobachtet. Von den Complicationen ist 3 mal vorzeitiger Blasensprung zu erwähnen.

Von den Müttern starb keine. Von den Kindern kamen 4 asphyktisch zur Welt, konnten aber wiederbelebt werden. Tote Kinder sind 3 zu verzeichnen. Ein Kind starb an Duodenalblutung

23 Tage p. part., nachdem es nach 16 stündiger Wehenthätigkeit tief asphyktisch in Folge Zerrung der verschlungenen Nabelschnur geboren, aber zunächst wiederbelebt worden war. Es wog 3300 g. Section: Am Schädel nichts Abnormes. Im ganzen Darmcanal zersetzte Blutmasse, aber kein Blutaustritt in der Schleimhaut, die völlig intact ist, bis auf ein stecknadelkopfgrosses Ulcus im Duodenum 1 cm unterhalb des Pylorus, an dem ein über mandelgrosses frisches Blutcoagulum festhaftet. Ein zweites Kind war bereits todt, als die Frau als Schwangere zur Aufnahme kam. Ein drittes wurde nach 62 stündiger Wehenthätigkeit todt geboren. Es zeigte bis kurz vor dem Austritt des Kopfe gute Herztöne. Es wog 2500 g. Da die Todesursache im dritten Fall nicht zu ermitteln war, muss der Tod dem engen Becken zur Last gelegt werden, während die beiden anderen Fälle mit dem engen Becken als solchem nichts zu thun haben und auch nicht auf Kosten der klinischen Geburtsleitung kommen.

Das Wochenbett verlief afebril in 41 Fällen. Von den betreffenden Wöchnerinnen wurden 31 am 10., 7 am 11., je 1 am 9., 12. und 13. Tage entlassen.

2 Wöchnerinnen waren krank, 1 mit 3 tägigen Fieber bis 39°, 1 mit 8 tägigen Fieber bis 39° in Folge Mastitis. Diese Wöchnerinnen wurden am 13. und 16. Tage geheilt entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

3 mal wurde die Zange angelegt, davon 1 mal wegen Fiebers der Mutter und Schlechtwerden der kindlichen Herztöne bei Hochstand des Kopfes. In den 2 Fällen, wo an den im Becken stehenden Kopf die Zange angelegt wurde, gab dazu 1 mal Fieber der Mutter, 1 mal drohende Lebensgefahr des Kindes die Indication ab.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 525). 25 Jahre alte I para. C. vera 9 cm. Nach 28 stündiger Wehendauer, 23 Stunden nach dem Blasensprung in die Klinik gebracht, Temperatur 38°. Kopf auf dem Beckenboden, Zange. Kind 3700 g, 53 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Zangendruckmarke auf dem Hinterhaupt, rechtsseitige Facialisparese. Wochenbett normal. Entlassung am 12. Tage.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 285). 19 Jahre alte I para. C. vera 9,5 cm. Nach 26 stündiger Wehenthätigkeit (1 Stunde)¹⁾ sinken die

1) Die in Klammern befindlichen Zahlen beziehen sich immer auf die Zeit zwischen Blasensprung und Austritt des Kindes.

kindlichen Herztöne unter 100, Kopf im Becken, Zange fördert ein lebendes, 3120 g schweres, 50 cm langes Kind zu Tage. Wochenbett ungestört. Am 10. Tage entlassen.

2. Hohe Zange.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 416). 33 Jahre alte I para. C. vera 8,75 cm. Die Frau kommt kreissend nach 2 tägiger Geburtsdauer (92 Stunden) und auswärts vergeblich unternommenen Zangenversuchen mit Temperatur 38° in die Klinik. Ia Schädellage, Kopf mit kleinem Segment eingetreten. Muttermund handtellergröss. Herztöne gut. Nach 3 Stunden steigt die Temperatur auf 38,5° und werden die kindlichen Herztöne schlechter. Muttermund verstrichen. Versuch der hohen Zange gelingt. Kind 3100 g, 51 cm lang, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Dammriss II. Grades. Im Wochenbett am 1.—5. Tage Fieber bis 38°, dann frei. Entlassung am 12. Tage.

3. Wendung.

Die Wendung wurde 1 mal aus Querlage ausgeführt.

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 66.) 30 Jahre alte I para. C. vera 9,0 cm. I. dorsoantere Querlage. Bei stehender Blase und verstrichenem Muttermund Wendung, dabei Nabelschnurvorfal, Extraction. Kopf eingekeilt, Perforation am nachfolgenden Kopfe. Kind, 2550 (enthirnt), 51 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Am 13. Tage entlassen.

4. Perforation.

Die Perforation wurde 5 mal vorgenommen.

2 mal wurde wegen Fiebers der Mutter unter der Geburt das absterbende Kind perforirt.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 192.) 29 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Die Frau kommt nach 3 tägigem Kreissen (33 Std.) in die Klinik, auswärts von Hebamme vielfach untersucht, Ia Schädellage, Kopf fest im Beckeneingang, Muttermund fünfmarkstückgröss. Nach 16 Stunden steigt die Temperatur auf 39,1, Puls 140. Zugleich Puls des Kindes dauernd 172. Muttermund handtellergröss. Perforation. Kind, 3200 g (enthirnt), 51 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 16.) 38 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Nach 96stündiger Wehenthätigkeit (96 Stunden seit Blasenprung) ist die Kreissende völlig erschöpft. Temperatur 38,0. Zugleich Sinken der kindlichen Herztöne. Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang, Muttermund nicht völlig verstrichen. Perforation. Kind, 2900 g, ohne Gehirn, 50 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 13. Tage.

3 mal wurde die Perforation des todtten Kindes ausgeführt.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 231). 24 Jahre alte I para. C. vera 9,0 cm. IIa Schädellage, 30 Stunden nach Wehenbeginn werden bei wenig eröffnetem Muttermund die Herztöne schlechter und verschwinden endlich ganz. Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang. Dilatation nach Bossi und dann Perforation. Kind, 3200 g, ohne Gehirn, 51 cm lang, Wochenbett ungestört. Am 13. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 208.) 27 Jahre alte I para. C. vera 9,5 cm (Bylicki). I. Schädellage, bei dem Blasensprung Nabelschnurvorfall, pulslos. Muttermund verstrichen, Kopf im Becken. Perforation. Kind, 3800 g (enthirnt), 51 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 310.) 28 Jahre alte I para. C. vera 8,5 (Bylicki). Patientin wurde nach 4 tägigem Kreissen (vorzeitiger Blasensprung seit 4 Tagen) mit 38,1° Fieber und todttem Kinde in die Klinik gebracht. Nach 4 Stunden, bei fünfmarkstückgrossen Muttermund Perforation. Kind, 3700 g (enthirnt), 50 cm lang. Wochenbett: Vom 1. bis 4. Tage Fieber bis 38,4, dann frei. Entlassung am 11. Tage.

5. Extraperitonealer Kaiserschnitt.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde 2 mal ausgeführt.

1. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 119.) 23 Jahre alt, I para. Beckenmaasse¹⁾: 25,5, 25,5, 19,5, 10,5, 8,5 cm. I. Schädellage. Kopf einige Stunden nach dem Blasensprung beweglich über dem Becken. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach der Vorschrift von Latzko mit Anwendung des Pfannenstielschen Fascienquerschnittes. Zangenextraction. Lebendes Kind, 3500 g. Wochenbett vom 4.—10. Tage leicht fleberhaft durch linksseitige Mastitis. Kleine Stichkanalleiterung, sonst glatte Heilung der Bauchwunde. Am 25. Tage entlassen. Uterus gut involvirt. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 128.) 23 Jahre alt, I para. Beckenmaasse: 28,5, 29,5, 17,75, 10,5, 8,5 cm. Pat. wird kreissend nach 3 tägigem Kreissen eingeliefert. Temperatur 38,1, Puls 105. I. Schädellage, Herztöne 124. Muttermund kleinhandtellergröss, Kopf in vorderer Scheitelbeineinstellung, fest auf den Beckeneingang gepresst. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Zangenextraction. Lebendes Kind, 3250 g. Uterusinhalt stinkend. Wochenbett: Vom 4.—7. Tage Fieber bis 38,8, Ausgedehnte Wundeiterung mit Durchbruch nach der Scheide hin. Später noch linksseitige Mastitis. Keine bedrohlichen Allgemeinerscheinungen. Allmähliche Reinigung der Wunde und Ausgang in Heilung. Am 43. Tage entlassen. Uterus gut involvirt, beweglich. Kind gut entwickelt.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern ist keine gestorben. Von den Kindern starben 7, 1 bei Wendung aus Querlage, 1 bei hoher Zange, 2 durch Perforation, 3 intra partum. Davon kommen 3 nicht auf Kosten der klinischen Therapie, da ein Kind bereits todt war, als die Frau in die Klinik gebracht wurde, und 2 Mütter, die durch Perforation und hohe Zange entbunden wurden, schon seit 2—3 Tagen kreissend und inficirt und 1 mal nach auswärts unternommenen eingreifenden Entbindungsversuchen in die Klinik eintraten.

Das Wochenbett verlief afebril in 7 Fällen. Die Wöchner-

1) Die Reihenfolge der Beckenmaasse ist stets: 1. Dist. spin., 2. Dist. crist., 3. Conj. ext., 4. Conj. diag., 5. Conj. vera.

rinnen wurden zwischen dem 10. und 13. Tage entlassen. In den übrigen 4 Fällen war der Verlauf fieberhaft, davon eine infolge Mastitis. Diese Wöchnerinnen wurden geheilt zwischen dem 11. und 43. Tage entlassen.

B. Mehrgebärende.

Von 86 Kreissenden kamen 42 spontan nieder, 44 wurden operativ entbunden.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3334 g, das geringste war 2650, das grösste 4100 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 13,6 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 36 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 39 mal in Ia und IIa Schädellage, je 1 mal in I Steisslage, II Steisslage und I Fusslage. Einmal wurde Hinterscheitelbeineinstellung beobachtet.

Von den Complicationen ist neben vorzeitigem Blasensprung (5 mal) der Nabelschnurvorfall (1 mal) zu erwähnen.

Von den Kindern kam eines asphyktisch zur Welt, wurde aber wiederbelebt. Das Kind zeigte eine enorm grosse Kopfgeschwulst auf dem rechten Scheitelbein, eine deutliche Druckmarke auf dem am Promontorium herabgeleiteten Scheitelbein und eine Facialislähmung. Ein Kind wurde todtgeboren. Die Mutter dieses Kindes kam kreissend 3 Stunden vor der Entbindung in die Klinik. Die Herztöne waren bis unmittelbar vor dem Austritt des Kopfes gut gewesen. Die Geburt hatte in diesem Falle 18 Stunden gedauert. Das Kind wog 2700 g. Da die Todesursache nicht zu ermitteln war, muss der Tod dem engen Becken zur Last gelegt werden.

Von den Müttern starb keine. Das Wochenbett verlief afebril in 40 Fällen. Von den betr. Wöchnerinnen wurden 21 am 10., 11 am 9., 3 am 11., 3 am 13., je 1 am 8. und 12. Tage entlassen. In einem Fall war eine einmalige Temperatursteigerung am 2. Tage auf 40,0 zu verzeichnen. 1 Wöchnerin war krank, sie hatte vom 4.—5. Tage leichtes Fieber bis 38,2 an Mastitis. Die letzteren 2 Frauen wurden geheilt am 10. und 12. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

Durch die Zange wurde 4 mal die Geburt beendet: 2 mal am tiefstehenden Kopf, 2 mal bei Hochstand des Kopfes.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 229.) 44 Jahre alt, VIII para. 1.—4. Geburt: Spontan, Kinder leben. 5. Geburt: Wendung, Kind lebt. 6. Geburt: Wendung aus Querlage, Kind todt. 7. Geburt: Spontan, Gesichtslage, Kind todt nach 5 Wochen. C. vera 9 cm. II. Schädel-lage, Hinterscheitelbeineinstellung. Nach 16stündiger Wehenthätigkeit (4 Std.) Kopf fest auf dem Beckeneingang, mit seinem grössten Umfang noch über demselben. Impression des Kopfes in Walcher'scher Hängelage mit gutem Erfolge. Nach 2 Stunden Schlechtwerden der Herztöne und Abgang von Meconium. Zange aus Beckenmitte. Kind, 2600 g, 47 cm lang, lebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 11. Tage.

2. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 192.) 36jährig, IV para. 1. Geburt Zange, Kind todt. 2. Geburt spontan, Kind lebt. 3. Geburt Forceps, Kind lebt. C. vera 9,0 cm. IIa Schädel-lage, nach 18stündiger Wehendauer (13 Std.) Herztöne verlangsamt, Fruchtwasser stark meconium-haltig. Zugleich Urethra gequetscht, Urin blutig verfärbt. Beckenausgangszange. Kind 3950 g, 54 cm lang, lebt. Nach fieberfreiem Wochenbett: Entlassung am 10. Tage.

2. Hohe Zange.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 631.) 27 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 8,5 cm. Ia Schädel-lage, nach 31stündiger Wehenthätigkeit (24 Std.) ist Kreissende völlig erschöpft, der Mutter-mund genügend erweitert. Versuch der hohen Zange, gelingt. Kind, 4020 g, 54 cm lang, tief asphyktisch, wurde wiederbelebt, starb aber am 2. Tage p. p. Es zeigte eine tiefe und breite Impression auf dem linken Scheitelbein. Wochenbett fieberfrei. Am 11. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 517.) 21jährig, II para. Erste Geburt spontan, Kind todt. C. vera 8,5 cm. Nach 18stündiger Wehenthätigkeit (3 Std.) sinken die kindlichen Herztöne auf 96. Kopf mit kleinem Segment in II. Vorderscheitelbeineinstellung eingetreten. Zangenversuch, Kind 3400 g, 52 cm lang, asphyktisch, wiederbelebt. Bei der Entleerung der Blase mit Katheter entleert sich blutiger Urin. Einlegen eines Dauerkatheters in die Blase. Glatter Wochenbettverlauf, abgesehen von 2maligen Temperatursteigerungen bis 39,0 am 10. und 14. Tage, die auf eine bestehende leichte Cystitis zu beziehen sind. Am 18. Tage gesund ohne Blasenstörung entlassen.

3. Extraction.

Sie wurde 2 mal bei Beckenendlagen vorgenommen wegen Lebensgefahr des Kindes.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 442.) 22 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 9,0 cm. 1 Steisslage. Geburtsdauer 13 Stunden (3 Stunden). Extraction wegen Schlechtwerdens der kindlichen Herztöne. Kind, 3300 g, 51 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 112.) 44jährige Xpara. 2 Geburten spontan, 6 Entbindungen Zange. 1 Geburt Wendung. C. vera 8,5 cm. 1 unvollkommene Fusslage mit Nabelschnurvorfall. Extraction bei stehender Blase. Kind, 3300 g, 50 cm lang, lebt, doppel-seitige Claviculafractur. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

4. Wendung.

Die Wendung wurde 12 mal ausgeführt, davon 1 mal aus Querlage, 11 mal aus Schädellage.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 405.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 9 cm. IIa Schädellage, Nabelschnurvorfall beim Blasensprung, bei verstrichenem Muttermund Wendung und Extraction. Lebendes Kind, 3400 g, 51 cm lang. Wochenbett normal. Am 12. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 593.) 36 jährig, II para. Erste Geburt Querlage, Wendung. C. vera 9,5 cm. Die Frau kommt kreissend nach 8 stündiger Wehentätigkeit in die Klinik. I. Querlage, Muttermund wenig erweitert, Blase steht. Nach 9 Stunden Blasensprung, dabei Armvorfall. Wendung bei kleinhandtellergröss eröffnetem Muttermund, Extraction. Kind 3600 g, asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach einigen Stunden. Wochenbett normal. Entlassung am 17. Tage.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 246.) 40 jährig, VI para. 1. Geburt Zange. 2. Geburt Wendung. 3. und 4. Geburt künstliche Frühgeburt. C. vera 8,5 cm, nach 13 stündiger starker Wehentätigkeit Kopf noch beweglich, Muttermund völlig erweitert, Blase steht. Wendung aus Ia Schädellage, Kind reitet auf der Nabelschnur, Reposition unmöglich, Extraction. Kind frühreif, 2800 g, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

4. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 368.) 29 Jahre alte VI para. Drei Spontangeburt, Kinder leben. 1 Geburt Extraction, Kind todt, 1 Geburt Perforation. C. vera 8,5 cm. Starke Wehen seit 23 Stunden, Kopf immer beweglich. Bei stehender Blase und ganz eröffnetem Muttermund Wendung aus I. Schädellage, Fruchtwasser schon meconiumhaltig, Extraction. Kind 3200 g, 51 cm lang, stark asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett afebril. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 242.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind nach 7 Tagen gestorben. C. vera 9,5 cm. Pat. kommt kreissend nach 1 tägiger Wehentätigkeit mit 40° Fieber in die Klinik. Nach 24 Stunden Fieber 38,7°, Puls 120, kindliche Herztöne 165, Kopf noch beweglich über dem Becken. Wendung bei stehender Blase, dabei Nabelschnurvorfall, sofortige Extraction. Kopf durch den Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Kind 2600 g, 49 cm lang, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett am 1. Tage Fieber auf 38,6°, sonst fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.

6. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 603.) 35 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. C. vera 8,75 cm. Ia Schädellage, Hinterseitelbeineinstellung. Nach 21 stündiger Wehentätigkeit (18 Stunden) Muttermund verstrichen, Kopf noch beweglich. Wendung und Extraction. Kind 3380 g, 51 cm lang, asphyktisch, wiederbelebt, doppelseitige Clavicularfractur. Wochenbett ungestört. Entlassung am 13. Tage.

7. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 789.) 37 Jahre alte V para. 1. Geburt spontan, lebendes Kind. 2. Geburt Perforation. 3.—4. Geburt angeblich Abort. C. vera 9 cm. IIa Schädellage, 18 Stunden nach Beginn der Wehen, 13 Stunden seit Blasensprung Wendung und Extraction nach prophylaktischer Anlegung der Gigli'schen Säge, Extraction gelingt ohne Durchsägung des Knochens, Kopf durch den Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Lebendes Kind 3650 g, 50 cm lang, Kopf-

umfang 36 cm. Am 5. Tage einmal 38,3°, sonst ungestörtes Wochenbett. Entlassung am 23. Tage.

8. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 510.) 24 Jahre alte IV para. Erste Geburt Zange, Kind nach 3 Monaten gestorben. 2. Geburt spontan, Kind bedeutend klein. 3. Geburt Forceps, Kind todt in der Geburt. C. vera 9 cm. IIa Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung. Nach 8 stündiger Wehenthätigkeit (1 Stunde) Muttermund kleinhandtellergross, Ränder weich und dehnbar, Kopf fest in den Beckeneingang gepresst. Prophylaktische Wendung mit nachfolgender Extraction nach prophylaktischer Anlegung der Gigli'schen Säge. Ohne Durchsägung des Knochens wurde Kind lebend extrahirt. Kind 4300 g, 54 cm lang, Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

9. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 89.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind nach 2 Monaten gestorben. C. vera 8,5 cm. IIa Schädellage. Geburtsdauer 7 Stunden (2 Stunden). Kopf beweglich über dem Becken, Muttermund verstrichen. Prophylaktische Wendung wegen des engen Beckens, Extraction. Kind 3200 g, 51 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett normal. Am 9. Tage entlassen.

10. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 273.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 9,5 cm. Ia Schädellage, nach 24 stündiger Wehenthätigkeit bei stehender Blase und völlig eröffnetem Muttermund wegen dauernden Hochstands Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3950 g, 53 cm lang, Fractur des rechten Oberarmes. Wochenbett normal. Am 16. Tage entlassen.

11. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 615.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, todtcs Kind. C. vera 8,5 cm. Zwillling, nach 20 stündiger Wehenthätigkeit (5 Stunden) Spontangeburt des ersten Kindes in IIa Schädellage, welches 2500 g wog; dabei Vorfall der Nabelschnur des zweiten Kindes, daher sofortige Wendung aus Schädellage und Extraction. Zweites Kind 2600 g, 46 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Am 11. Tage Mutter und beide Kinder gesund entlassen.

12. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 832.) 38 Jahre alte V para. 1. Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt Wendung, Kind nach $\frac{1}{2}$ Stunde todt. 3. Geburt Wendung, lebendes Kind nach 7 Monaten gestorben. 4. Geburt Wendung, Kind todt. Nach 20 stündiger Wehenthätigkeit Kopf noch nicht eingetreten, Muttermund verstrichen, Blase steht, Herztöne gut. Hebomie vorbereitet. Herumführen der Säge um den Knochen; bevor durchsägt wird, Wendung. Extraction gelingt. Kind 4100 g, 53 cm lang, leicht asphyktisch, bald wiederbelebt. Mutter Exitus am nächsten Tage unter Zeichen der Verblutung. Section: Anaemia universalis, alte Endocarditis der Mitralis, mehrere Cervixrisse (genäht) ohne Communication mit dem Peritoneum (nur an einer Nahtstelle eine fragliche kleine Communication), mit Blutung in dem Parametrium beiderseits. In der Bauchhöhle ganz spärliche Blutgerinnsel ca. 15 ccm entsprechend.

5. Perforation.

Die Perforation und Kranioklasie wurden 3 mal ausgeführt, davon 1 mal bei abgestorbenem Kinde, 2 mal bei noch lebendem.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 27.) 43 Jahre alte XVIII para. 3 Spontangeburtcn und 14 operative Entbindungen, 9 Kinder leben. C. vera 9 cm. IIa Schädellage, nach 16 stündiger Wehenthätigkeit

(7 Stunden) das untere Uterinsegment stark gedehnt, Contractionsring steht 2 Querfinger unter dem Nabel. Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang mit der Pfeilnaht im Querdurchmesser. Herztöne gut. Walcher'sche Hängelage mit negativem Erfolg. Danach ist die Nabelschnur in grosser Ausdehnung vorgefallen und das Kind abgestorben, dann sofortige Perforation. Kind 4300 g ohne Gehirn, 56 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 11. Tage.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 610.) 24 Jahre alte IV para. 1. Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt Perforation. 3. Geburt Sectio caesarea in der Klinik, Kind lebt. C. vera 9 cm. Geburtsdauer 14 Stunden (2 Stunden), Kopf immer im Beckeneingang, starke Kopfgeschwulst. Walcher'sche Hängelage und Zangenversuch ohne Erfolge. Kreissende ist erschöpft, sehr unruhig. Perforation des lebenden Kindes, da Sectio caesarea abgelehnt wird. Kind 3150 g (enthirnt), 52 cm lang. Wochenbett ungestört. Am 10. Tage entlassen.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 144.) 37 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. C. vera 9,5 cm. Stirnlage, nach 32 stündiger Wehentätigkeit (18 Stunden) Kopf immer beweglich, dann wird prophylaktisch die Gigli'sche Säge eingelegt, Versuch auf den Fuss zu wenden und zu extrahieren. Da die Wendung nicht ausführbar war wegen des bestehenden Contractionsringes, Meconium abgeht und die Herztöne schlecht werden, wird das absterbende Kind perforirt. Kind 3450 g (enthirnt), 52 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

6. Künstliche Frühgeburt.

Auf Grund des Verlaufs der früheren Geburten und wegen des engen Beckens wurde die künstliche Frühgeburt 10 mal eingeleitet.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 472.) 37 Jahre alte V para. 1. bis 3. Geburt Forceps, Kinder todt. 4. Geburt künstliche Frühgeburt in der Klinik, Kind lebt. C. vera 8,75 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der Mitte des neunten Lunarmonats durch Einlegen von Bougies in den Uterus und darauf folgende Kolpeuryse. Nach 3 Tagen Muttermund völlig erweitert, Blase steht. Wendung aus I. Querlage, sofortige Extraction. Geburtsdauer 13 Stunden. Kind 2000 g, 44 cm lang, asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 611.) 43 Jahre alte III para. Erste Geburt Querlage, Wendung und Extraction, Kind nach 2 Tagen todt. 2. Geburt prophylaktische Wendung, Kind todt. C. vera 8,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche mit Bougie. Nach 2 Tagen Spontangeburt in Ia Schädellage. Kind 2500 g schwer, lebt. Wochenbett normal. Am 9. Tage entlassen.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 134.) 32 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind nach einigen Wochen an Krämpfen gestorben. C. vera 9 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit Bougie und Kolpeurynter. Nach 30 Stunden, 1 Stunde nach Blasensprung, bei verstrichenem Muttermund Wendung aus I. Querlage, sofortige Extraction. Geburtsdauer 10 Stunden. Kind 2500 g, leicht asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach 9 Stunden. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

4. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 591.) 31 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. C. vera 8,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Bougie und Kolpeurynter. Nach 5 Tagen Kopf noch beweglich, bei stehender Blase und verstrichenem Muttermund Wendung. Abwarten, kein Fortschritt der Geburt. Nach 2 Stunden Extraction. Kind 2500 g, 43 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Cervixriss auf der rechten Seite, Naht. Im Wochenbett Cystitis. Am 9. Tage Exitus an Salolintoxication (auf 9,0 Salol in 4 Tagen). Section: Oedem der Pia, Lungenödem, ziemlich bedeutende Struma, Herzhypertrophie, Nephritis, Cystitis, Enteritis, Cervixriss ist gut verheilt.

5. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 62.) 26 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. Zweite Geburt Wendung, Kind todt. C. vera 9 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 38. Woche mit Bougies. Nach 57 Stunden, bei stehender Blase und völlig eröffnetem Muttermund Wendung aus Schädellage, sofortige Extraction. Geburtsdauer 32 Stunden. Lebendes Kind 3050 g, 50 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 11. Tage.

6. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 99.) 31 Jahre alte III para. 1. Geburt spontan, todtcs Kind. 2. Geburt künstliche Frühgeburt, Wendung und Extraction. C. vera 8,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 34. Woche mit Bougie und Kolpeurynter, Wehenschwäche. Nach 4. Tagen, bei stehender Blase und völlig erweitertem Muttermund Wendung aus Schädellage. Trotzdem die Wehen stärker wurden schreitet die Geburt sehr langsam fort, daher Extraction. Die Armlösung wurde sehr erschwert dadurch, dass die Nabelschnur 2 mal um den Hals und dann um den linken Arm geschlungen war. Kind 2450 g, 46 cm lang, schwer asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett fieberfrei. Am 9. Tage entlassen.

7. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 573.) 27 Jahre alte III para. Erste Geburt Perforation. Zweite Geburt Forceps, todtcs Kind. C. vera 8,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Bougie und Kolpeurynter. Nach 2 Tagen, bei stehender Blase und verstrichenem Muttermund Wendung aus II. Querlage, dabei Nabelschnurvorfal, sofortige Extraction. Armlösung schwierig, Kopf mit dem Veit-Smellieschen Handgriff entwickelt. Beiderseitige Fractur des Oberarmes. Kind 3650 g, 50 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

8. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 499.) 29 Jahre alte IV para. 1. und 2. Geburt spontan, lebende Kinder. 3. Geburt prophylaktische Wendung, Kind lebt, C. vera 8,75 cm. 14 Tage ante terminum Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit Kolpeurynter. 60 Stunden nach dem Einlegen des Kolpeurynters, 15 Stunden nach Beginn der Wehen Spontangeburt in Ia Schädellage. Lebendes Kind, 3450 g schwer, 50 cm lang. Im Wochenbett einmalige Temperaturerhöhung auf 38,5 am 6. Tage, sonst ungestörter Verlauf. Am 10. Tage entlassen.

9. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 414.) 30 Jahre alte IV para. 1. und 2. Geburt Zange, beide Kinder todt geboren. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Zange, Kind nach 5 Monaten gestorben. C. vera 9,0 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Bougies und Kolpeurynter. Nach 2 Tagen bei stehender Blase und verstrichenem Muttermund Wendung aus II. Querlage, sofortige Extraction. Armlösung schwierig, Kopf mit dem Veit-Smellieschen Handgriff entwickelt.

Kind 2550 g, 48 cm lang, asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach 11 Stunden. Obduction: 4 linsengrosse Hämorrhagien im Occipitallappen des Gehirns, submeningeale Blutung, quere Fractur des Occipitalknochens, kleine Capillarblutungen in den unteren Partien beider Lungen. Wochenbett normal. Entlassung am 9. Tage.

10. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 632.) 28 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation in der Klinik. C. vera 9,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Kolpeurynter. Nach der Austossung des Kolpeurynters Wendung aus I. Querlage und Extraction. Kind 3350 g schwer, asphyktisch, bald wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Am 11. Tage entlassen.

7. Pubiotomie.

8 mal wurde die Pubiotomie vorgenommen.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 166.) 28 Jahre alte II para. Erste Geburt hohe Zange, Kind lebt. C. vera 9,3 cm. I Schädellage, nach 15stündiger Wehentätigkeit (2 Stunden) Kopf auf dem Beckeneingang, noch abschiebbar. Linksseitige subcutane Pubiotomie, sofortige Wendung und Extraction des lebenden Kindes von Gewicht 3600 g, Länge 50 cm, Kopfumfang 36,5 cm. Der Knochenspalt klappt beim Durchtritt des Kopfes auf 2–3 cm. Keine Scheidenrisse, Urin klar, nicht blutig. Ein Hämatom von ca. Gänseeigrösse im linken grossen Labium. Wochenbett: Vom 2.—5. Tage Fieber bis 38,5, dann Entfieberung. Am 15. Tage aufgestanden, am 28. Tage entlassen. Gang beschwerdefrei. 3 Monate post op. keine Verschieblichkeit der Beckenknochen.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 608.) 41 Jahre alte III para. Erste Geburt Wendung und Extraction, Kind todt. C. vera 8,5 cm (Bylicki). I. Steisslage. 1 Tag nach dem Beginn der Geburt Muttermund völlig erweitert. Extraction nach prophylaktischer Anlegung der Säge. Schwierigkeit beim Passiren der Schultern, deshalb linksseitige subcutane Pubiotomie. Leichte Extraction. Knochenränder klaffen auf 4 cm. Lebendes Kind, 3050 g, 50 cm Länge, 35,5 cm Kopfumfang. Wochenbett fieberlos. Am 14. Tage Auftreten einer linksseitigen Schenkelvenenthrombose, am 47. Tage aufgestanden, am 52. Tage entlassen. Gutes Gehvermögen.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 76.) 26jährige II para. Erste Geburt Wendung und Extraction, Kind todt. C. vera 9,0 cm. Steisslage. Geburtsdauer 12 Stunden. Prophylaktische Anlegung der Säge bei völlig eröffnetem Muttermund und Extraction. Die Entwicklung des Kopfes unter Zug von unten und kräftigem Druck von oben gelang nicht. Deshalb Durchsägung des Schambeins, worauf der Kopf sich leicht durch das Becken bei einem Klaffen der Sägestelle auf ca. 3–4 cm führen liess. Kind 4200 g, 54 cm lang, Kopfumfang 39,3 cm. Die Blutung war gering. Gleich nach der Geburt entleerte der Katheter blutigen Harn aus der Blase. Einlegen eines Dauerkatheters. Wenig Urin durch den Katheter. Dauernd Abträufeln von Urin durch die untere Ausstichöffnung. Allmähliche Zunahme der durch den Katheter abfliessenden Harnmenge. Der fernere Verlauf völlig fieberfrei, das Allgemeinbefinden gut, nur der Puls dauernd etwas hoch, 90–100. Am 5. Tage plötzlich Exitus letalis. Es war zweifellos eine Lungenembolie eingetreten. Die Section wurde leider nicht gestattet.

4. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 306.) 36 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, kleines Kind. C. vera 9,0 cm. Die Frau wird nach

mehrtägigem Kreissen in die Klinik aufgenommen, nachdem bereits draussen erfolglos Zangenversuche unternommen worden waren. Muttermund vollständig erweitert, Kopf in II. Stirnlage auf den Beckeneingang gepresst. Linksseitige Hebosteotomie nach Döderlein, manuelle Umwandlung der Stirnlage in eine Hinterhauptslage, Zange. Kind tief asphyktisch, nach $\frac{3}{4}$ Stunden wiederbelebt, bleibt am Leben, 3350 g schwer, 53 cm lang, Kopfumfang 37,5 cm. Mit der Knochenwunde communicirender Scheidenriss, der sofort vernäht wird. Fieberfreies Wochenbett, am 16. Tage aufgestanden. Mit gutem Gehvermögen entlassen.

5. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 413). 29 Jahre alte IV para. 1. und 2. Geburt Zange, beide Kinder in der Geburt gestorben. 3. Geburt Frühgeburt im 6. Monate. C. vera 8,5 cm. Nach 10stündiger Wehentätigkeit (7 Stunden) Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang. Linksseitige Hebosteotomie nach Döderlein. Etwas stärkere Blutung, die auf Druck steht. Spontangeburt nach einer Stunde. Lebendes Kind, 3600 g, 52 cm lang, Kopfumfang 37 cm. Im Wochenbett am 1. Tage 38,4 Temperatur, sonst fieberfreier Verlauf, am 17. Tage aufgestanden, mit gutem Gehvermögen am 20. Tage entlassen.

6. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 347.) 41 Jahre alte II para. Erste Geburt angeblich künstliche Frühgeburt, Kind todt. C. vera 9,0 cm. Nach $1\frac{1}{2}$ tägigem Kreissen Muttermund völlig erweitert, Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst, Schlechtwerden der kindlichen Herztöne (160). Abgang von Meconium. Linksseitige subcutane Pubiotomie nach Döderlein, Zange. Leicht asphyktisches Kind, wiederbelebt, 3300 g, 51 cm lang, Kopfumfang 37 cm. Wochenbett fieberfrei. Aufstehen am 14. Tage. Entlassung am 21. Tage. Tadelloses Gehvermögen.

7. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 435.) 30 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 9,0 cm. II. Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung, vorzeitiger Blasensprung (vor 2 Tagen), nach 28stündiger Wehendauer Muttermund völlig erweitert, Kopf noch verschiebbar auf dem Beckeneingang. Kindliche Herztöne unregelmässig. Linksseitige Pubiotomie nach Döderlein. Zange wegen der bestehenden Gefahr für das Kind. Tief asphyktisches Kind, nach $\frac{1}{4}$ Stunde wiederbelebt, 3800 g schwer, 50 cm lang, Kopfumfang 37 cm. Wochenbett fieberlos, am 15. Tage aufgestanden, am 22. Tage entlassen. Gang gut.

8. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 540.) 31 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. C. vera 8,5 cm. Ia Schädellage, nach 22stündiger Wehentätigkeit (12 Stunden nach dem Blasensprunge) Kopf noch verschiebbar auf dem Beckeneingang, unteres Uterinsegment gedehnt. Hebosteotomie links nach Döderlein. Nach 3—4 kräftigen Wehen Spontangeburt eines lebenden Kindes von 3500 g Gewicht, 54 cm Länge, 37 cm Kopfumfang. Wochenbett fieberfrei. Am 18. Tage aufgestanden. Am 20. Tage entlassen. Tadelloses Gehvermögen.

8. Kaiserschnitt.

Je 1 mal wurde der conservative Kaiserschnitt und die Porro'sche Operation, 3 mal der extraperitoneale Kaiserschnitt vorgenommen.

Conservativer Kaiserschnitt:

(Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 39.) 23 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, todttes Kind. Zweite Geburt Perforation. Beckenmaasse: 27, 28, 18,5, 11, 9,0 cm. Ia Schädellage, da die Frau unbedingt ein lebendes Kind wünscht, wird einige Stunden nach Beginn der Wehen bei stehender Blase die Sectio caesarea conservativa mit querem Fundusschnitt ausgeführt. Lebendes Kind, 3000 g, 50 cm lang. Fieberloser, beschwerdenfreier Verlauf. Heilung per primam. Am 20. Tage beide gesund entlassen.

Porro'sche Operation:

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 653.) 40 Jahre alte V para. Erste Geburt spontane Frühgeburt im 7. Monat, Kind todt. 2. Geburt Perforation. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Steisslage, Extraction, Kind gleich nach der Geburt gestorben. 4. Geburt Wendung und Extraction, Kind kurz p. part. gestorben. Beckenmaasse: 27, 29, 19, 11, 9 cm. Die Frau wünscht unbedingt ein lebendes Kind zu haben und nicht mehr schwanger werden zu können. Einige Stunden nach dem Beginn der Wehen bei stehender Blase Porro'sche Operation: Querfundalschnitt. Entwicklung des in Schiefllage liegenden lebenden Kindes. Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der rechten Adnexe. Kind 3700 g, 51 cm lang. Fieberloses glattes Wochenbett. Am 23. Tage beide gesund entlassen.

Extraperitonealer Kaiserschnitt:

1. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 46.) 33 Jahre alte III para. Die beiden ersten Kinder in der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 25,5, 27, 18, 10, 9 cm (Bylicki). II. Schädellage, nach 12stündiger Wehentätigkeit Kopf beweglich über dem Becken. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt, extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Sprengen der Blase. Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3500 g, 50 cm lang. Fieberloser Verlauf. Primäre Heilung. Am 17. Tag entlassen. Uterus anteflectirt, sehr hochstehend, oberhalb des vorderen Scheidengewölbes quer verlaufende nicht schmerzhaftes Resistenz von Daumendicke. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 137.) 43 Jahre alt, III para. Ein Abort im 5. Monate. Beckenmaasse: 27, 28,5, 17,5, 10,25, 8,25 cm. I. Schädellage, Kopf mehrere Stunden nach dem Blasensprung noch beweglich über dem Becken. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt, Extraperitonealer Kaiserschnitt (Latzko). Einleiten des Hinterhaupts und Extraction mit der Zange. Lebendes Kind, 3000 g, 45 cm lang. Fieberloser Verlauf. Primäre Heilung. Am 20. Tag entlassen. Uterus gut involvrt, beweglich.

3. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 193.) 38 Jahre alt, II para. Erste Geburt durch schwere Zange beendet. Beckenmaasse: 28, 28, 17,5, 11, 9 cm. Kurz nach Beginn der Wehen extraperitonealer Kaiserschnitt (nach Latzko) mit suprasymphysärem Fascienquerschnitt. Entwicklung des Kindes durch Wendung und Extraction. Lebendes Kind 4500 g, 52 cm lang. Wochenbett vom 6.—11. Tage leicht fieberhaft, bis 38,0, sonst glatter Verlauf. Am 32. Tag entlassen. Uterus gut involvrt, beweglich. Kind gut gediehen.

Zusammenfassung: Bei operativ beendigten 44 Geburten starben 3 Mütter, 1 am 9. Tage nach künstlicher Frühgeburt an Salol-intoxication, 1 am 1. Tage nach Wendung und Extraction an Verblutung, 1 am 5. Tage nach Pubiotomie an Lungenembolie.

Von den übrigen 41 Müttern machten 34 ein normales Wochenbett durch und wurden zwischen dem 10. und 52. Tage entlassen. Vier hatten einmalige, drei mehrtägige Temperatursteigerung. Diese 7 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 32. Tage entlassen.

Von den Kindern sind 12 gestorben, 1 am 2. Tage nach hoher Zange, 4 bei und bald nach Wendung und Extraction, 4 bei und kurz nach der Einleitung der künstlichen Frühgeburt, 3 intra partum bzw. nach Perforation. Um den Einfluss der Therapie auf die Sterblichkeit der Kinder zu ermitteln, müssen die beiden Frauen, die kreissend und zum Theil schon inficirt in die Klinik eintraten, bei Seite gelassen werden.

Das Durchschnittsgewicht der operativ geborenen Kinder war 3481 g ohne die künstlich frühgeborenen.

Platte Becken.

Conj. vera 8,4—7,0 cm.

Im Ganzen 104 Geburten und zwar 35 bei Erstgebärenden und 69 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

Von den Erstgebärenden haben 20 spontan entbunden, ein operativer Eingriff fand 15 mal statt.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 20 Erstgebärenden betrug 24 Jahre, darunter waren 3 Gebärende unter 20 Jahren, 2 über 30 Jahre alt.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3096 g und schwankte zwischen 2500 g und 3450 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 27 Std., die kürzeste 6 Std., die längste 86 Std.

Sämmtliche Kinder kamen in Ia und IIa Schädellage, je einmal wurde vordere und hintere Scheitelbeineinstellung beobachtet. Von den Complicationen ist 3 mal vorzeitiger Blasensprung zu erwähnen.

Von den Kindern wurde 1 leicht asphyktisch, 1 todt geboren. Das erstere wurde bald wiederbelebt. Im zweiten Falle war die

Nabelschnur doppelt um den Hals geschlungen. Der Tod des Kindes hat mit dem engen Becken als solchem nichts zu thun.

Von den Müttern starb keine. Das Wochenbett verlief afebril in 16 Fällen. Von den betreffenden Wöchnerinnen wurden 11 am 10., je 2 am 9. und 12., 1 am 16. Tage entlassen. In 2 Fällen wurde eine einmalige Temperatursteigerung, und zwar einmal am 8. Tag auf 38,5, einmal am 6. Tag auf 39,4 beobachtet. Beide Wöchnerinnen wurden am 10. Tage entlassen. In den übrigen 2 Fällen war das Wochenbett fieberhaft, davon hatte die eine eine Temperatur bis 38,8 vom 2.—4. Tage in Folge Angina, die andere zeigte wiederholte Steigerung bis 40,0 durch Lungenphthise. Die erstere wurde am 13. Tage entlassen, die letztere am 10. Tage nach der medicinischen Klinik verlegt.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

2 mal wurde bei im Becken stehendem Kopfe die Zange angelegt.

1 mal wegen Indication von Seiten der Mutter.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 494.) 20 Jahre alte Ipara. C. vera 8 cm. II. Vorderhauptlage, vorzeitiger Blasensprung seit 42 Stunden, nach 40 stündiger Geburtsdauer Temperatur 38,2, Puls 120. Impression des im Beckeneingang abschiebbaren Kopfes in Walcher'scher Hängelage mit gutem Erfolg, dann Forceps. Lebendes Kind, klein, 2500 g, 48 cm. Wochenbett ungestört. Am 19. Tage entlassen.

1 mal wegen Indication von Seiten des Kindes.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 893.) 23 Jahre alte Ipara. C. vera 8 cm. Ia Schädellage, 2 Stunden nach dem Blasensprung, 20 Stunden nach Wehenbeginn Forceps in Beckenmitte wegen Sinkens der kindlichen Herztöne auf 90. Kind 3000 g, 50 cm lang, lebt. Wöchnerin nach ungestörtem Puerperium am 10. Tage entlassen.

2. Hohe Zange.

1 mal wurde die hohe Zange an den im Beckeneingang stehenden Kopf angelegt.

3. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 388.) 23 Jahre alte Ipara. C. vera 7,5 cm. Die Frau wird kreissend nach 1tägiger Wehentätigkeit eingeliefert mit 37,7° Temperatur, frequentem Puls und gesprungener Blase. IIa Schädellage, Muttermund verstrichen. Zangenversuch am hochstehenden, mit seinem grössten Umfang noch nicht in das Becken eingetretenen Kopf gelingt. Kind 2850 g, 50 cm lang, leicht asphyktisch, bald wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 11. Tage.

3. Extraction bei Steisslage.

1 mal wurde die Extraction bei Steisslage wegen Nabelschnurvorfall bei bereits abgestorbenem Kinde ausgeführt.

(Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 778.) 28 Jahre alte Ipara. C. vera 7,5 cm. II. Steisslage. Beim Blasensprung fällt die bereits pulslose Nabelschnur vor. Extraction bei verstrichenem Muttermund. Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff. Die Nabelschnur fest um den Hals geschlungen. Todtes Kind, frühreif, 2750 g. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

4. Perforation.

5 mal wurde die Perforation ausgeführt.

1 mal am sterbenden Kinde.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 372.) 25 Jahre alte Ipara. C. vera 8,2 cm. Ia Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 26 Stunden. Wehen seit 27 Stunden. Nabelschnur- und Handvorfal, Reposition der Nabelschnur misslingt. Kopf ziemlich fest im Beckeneingang. Puls des Kindes leise und verlangsamt. Perforation, schwierige Extraction. Enthirtes Kind, nicht gewogen. Wochenbett ungestört. Am 10. Tage entlassen.

3 mal bei todtm Kind ausgeführt bei Kreissenden, die kreissend in die Klinik eintraten.

2. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 591.) 24 Jahre alte Ipara. C. vera 8 cm. Ia Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 20 Stunden. Wehen seit 18 Stunden. Pat. kommt mit vorgefallener pulsloser Nabelschnur und Hand in die Klinik. Sofortige Perforation des abgestorbenen Kindes. Kind 2800 g (enthirt). Normales Wochenbett. Entlassung am 10. Tage.

3. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 222.) 24 Jahre alte Ipara. C. vera 7 cm. Pat. kommt kreissend nach 6stündiger Wehenthätigkeit mit vorgefallener pulsloser Nabelschnur und Hand in die Klinik. Ia Schädellage, Kopf beweglich, Blase gesprungen. Perforation. Kind 3000 g, ohne Gehirn, 42 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Am 10. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 508.) 36 Jahre alte Ipara. C. vera 7,5 cm. Pat. kommt kreissend nach 38stündiger Wehendauer (16 Stunden) mit vorgefallener pulsloser Nabelschnur in die Klinik. Kopf auf die rechte Beckenschaufel abgewichen. Perforation und Extraction. Kind 3000 g (enthirt), 50 cm lang. Nach fieberfreiem Wochenbett Entlassung am 9. Tage.

1 mal wegen Fiebers der Mutter am lebenden Kinde.

5. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 497.) 29 Jahre alte Ipara. C. vera 8 cm. Pat. wird kreissend nach 2 tägiger Wehendauer ausserhalb von Arzt und Hebamme untersucht, mit 37,7° Temperatur, frequentem Puls (120) und seit 24 Stunden gesprungener Blase eingeliefert. Kopf beweglich in Ia Schädellage über dem Beckeneingang, Muttermund für einen Finger durchgängig. Nach 24 Stunden Temperatur 38,2°, Puls 132, Kreissende erschöpft. Perforation und vorsichtige Extraction bei wenig eröffnetem Muttermund. Enthirtes Kind 2350 g, 47 cm lang. Im Wochenbett krank durch 6 tägliches Fieber vom 2. Tage ab bis auf 38,9°, übelriechende Lochien. Am 18. Tage gesund entlassen.

5. Beckenerweiternde Operationen.

2 mal wurden beckenenerweiternde Operationen vorgenommen.

1 mal Symphysiotomie.

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 84.) 23 Jahre alte Ipara. C. vera 8 cm. Ia Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung. Nach 18 stündiger

Wehendauer (9 Stunden) Kopf noch nicht eingetreten, Muttermund fast vollständig erweitert. Anwendung Walcher'scher Hängelage ohne Erfolg. Kindliche Herztöne schwanken zwischen 120—160. Symphysiotomie und darauf folgende Zangenextraction. Kind 3200 g, 49 cm lang, Kopfumfang 35 cm, ziemlich stark asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett am 6. und 7. Tag Fieber bis 38,2°, sonst fieberfrei. Am 24. Tage Aufstehen, am 42. Tage Entlassung. Gang noch etwas langsam, ohne Hinken. Eine während der Reconvaleszenz auftretende Incontinenz der Blase ist verschwunden.

1 mal Pubiotomie.

(Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 558.) 22 Jahre alte I para. C. vera 7,5 cm. Pat. kommt nach 6 tägigem Kreissen in die Klinik. Kopf noch beweglich in Ia Schädellage über dem Becken. 1 Tag nach Eintritt Temperatur 38,1°, Puls 110, Muttermund verstrichen, kindliche Herztöne 160, Vorderscheitelbeineinstellung. Subcutane Pubiotomie links. Zange. Scheidendammnincision links. Diastase der Knochenenden 4—5 cm. Kind leicht asphyktisch, wiederbelebt, 3000 g, 50 cm Länge, 37 cm Kopfumfang. Wochenbett vom 4.—7. Tage fieberhaft, sonst glatt. Am 15. Tage Aufstehen, am 21. Tage Entlassung. Gang beschwerdefrei.

6. Kaiserschnitt.

4 mal wurde der Kaiserschnitt ausgeführt.

1 mal Sectio caesarea conservativa.

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 656.) 26 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 27,5, 29, 18, 10, 8 cm. Schossfugenknorpel bedeutend vorspringend. Ia Schädellage. Vorzeitiger Blasensprung seit 5 Tagen, Wehen seit 2 Tagen. Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewichen; da Spontangeburt ausgeschlossen erscheint und die Frau ein lebendes Kind wünscht, Sectio caesarea conservativa mit quorem Fundalschnitt. Lebendes Kind 3600 g. Wochenbett am 1. Tage einmalige Temperatursteigerung auf 38,6; sonst fieberfrei. Heilung per primam. Am 23. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

1 mal Porro'sche Operation.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 265.) 29 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 25,5, 26, 15,5, 8,5, 7,25 (Bylicki). Nach 2 tägiger Wehentätigkeit Porro'sche Operation. Lebendes Kind 2650 g, 50 cm lang, Wochenbett einmalige Temperaturerhöhung am 6. Tage auf 38,8, sonst fieberfrei. Entlassung am 20. Tage. Kind gut gediehen.

2 mal extraperitonealer Kaiserschnitt.

1. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 600.) 20 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 25, 26, 17, 10, 8 cm. Beginn der Wehen seit 36 Stunden, Blasensprung gleichzeitig. Trotz kräftiger Wehen tritt der Kopf nicht ein. Allmählich starke Ausziehung des unteren Uterinsegments. Extraperitonealer Kaiserschnitt: Längsschnitt, Ablösen des Uterusperitoneum von einer Längsincision aus. Vereinigung von Peritoneum viscerales und parietale durch Naht. Längsschnitt in den Uterus. Gesicht des Kindes liegt vor. Einleiten des Hinterhauptes und Expression des Kindes durch Druck von oben. Lebendes Kind 2950 g. Dabei wieder Einreissen der seroserösen Naht, die sofort wieder geschlossen wird. Keine Blutung.

Naht der Uteruswände. Bauchnaht bis auf eine kleine Oeffnung für einen Jodoformgazedocht, der auf die Uteruswand gelegt wird. Im Wochenbett am 4. Tage einmal 38°, sonst fieberlos, glatter Verlauf. Wunde primär geheilt. Am 21. Tage entlassen. Uterus gut involvirt, beweglich. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 19.) 28 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 29, 29, 17, 9, 7 cm. I. Schädellage. Kopf trotz kräftiger Wehen beweglich über dem Becken. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko, geringe Blutung. Einleitung des Hinterhauptes, Zange. Lebendes Kind 2700 g, 49 cm lang. Im Wochenbett am 5. Tage einmal 38°, sonst fieberfrei. Wunde primär geheilt. Am 23. Tage entlassen. Uterus gut involvirt. Kind gut gediehen.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern ist keine gestorben. Das Wochenbett verlief afebril in 8 Fällen. Die gesunden Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 19. Tage, durchschnittlich am 11. Tage entlassen. 4 Wochenbetten waren gestört durch eine einmalige Temperaturerhöhung. Entlassung am 23., 20. und 22. Tage. 3 Wöchnerinnen waren krank, je 1 mit 6 tägigem, 2 tägigem, 3 tägigem Fieber. Diese Wöchnerinnen wurden am 18., 24. und 21. Tage entlassen.

Von den Kindern starben 6. Davon fällt nur 1 der klinischen Geburtsleitung zur Last, indem 4 Kinder vor Eintritt in die Klinik bereits todt waren und 1 Mutter, deren Kind perforirt werden musste, schon seit 2 Tagen kreissend und inficirt in die Klinik eintrat.

Da bei den Spontangeburt 1 Kind todt geboren wurde, beträgt der Gesamtverlust an Kindern 7, von denen 5 dem engen Becken, 1 der rein klinischen Therapie zur Last gelegt werden müssen.

Das Durchschnittsgewicht der operativ geborenen Kinder war 2882 g.

B. Mehrgebärende.

Von 69 Geburten verliefen 15 spontan, während 54 Kreissende operativ entbunden wurden.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der spontan geborenen Kinder betrug 3163 g, das geringste 2500 g, das grösste 3400 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 18 Stunden, die kürzeste 6 Stunden, die längste 48 Stunden.

13 Kinder wurden in Ia bzw. IIa Schädellage, je 1 mal in IIb Schädellage und I. Steisslage geboren. Einmal wurde hintere

Scheitelbeineinstellung beobachtet. In 2 Fällen kam es zu vorzeitigem Blasenprunge.

Das kindliche Leben wurde in 1 Fall durch Asphyxie vorübergehend bedroht. Das Kind zeigte eine deutliche vom Promontorium herrührende Impression des Scheitelbeins und eine rechtsseitige Facialispapese, die nach einigen Tagen wieder völlig geschwunden war.

Von den Müttern starb keine.

Das Wochenbett war afebril in 13 Fällen, einmal ist eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,5 am 8. Tage verzeichnet. In einem Fall war eine Temperatur von 38,4 vom 4.—5. Tage zu verzeichnen. 13 Wöchnerinnen wurden am 10., 2 am 9. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Hohe Zange.

1 mal wurde die Zange bei Hochstand des Kopfes angelegt.

(Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 427.) 32 Jahre alte VIII para. 1. und 2. Geburt spontan, Kinder leben. 3. Geburt Wendung und Extraction, Kind todt. 4. Geburt Perforation. 5. Geburt spontan, Kind lebt. 6. Geburt Wendung, Kind todt geboren. 7. Geburt Forceps, lebendes Kind. C. vera 7,5 cm. Ia Schädellage, nach 24 stündiger Wehentätigkeit springt die Blase, es fallen Nabelschnurschlingen vor, der Kopf stellt sich in den Beckeneingang ein. Die Wendung lässt sich nicht vollführen, daher Versuch mit hoher Zange. Nach starken Tractionen und gleichzeitigem Druck von aussen folgt der Kopf und wird herausgezogen. Tief asphyktisches Kind 3845 g, 54 cm lang, nicht wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 11. Tage.

2. Extraction bei Fusslage.

Sie wurde 2 mal vorgenommen.

1. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 135.) 30 Jahre alte III para. 1. und 2. Geburt Querlage, Wendung und Extraction; beide Kinder starben kurz nach der Geburt. C. vera 7,5 cm. II. unvollständige Fusslage. Mit dem Blasenprung fällt die Nabelschnur vor und sinken die kindlichen Herztöne. Extraction bei völlig eröffnetem Muttermund. Entwicklung des Kopfes durch den Veit-Smellie'schen Handgriff. Kind 4000 g, 51 cm lang, ziemlich stark asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach 8 Stunden. Beiderseitige Clavicularfractur und Hämatom auf dem linken Scheitelbein. Dammriss III. Grades. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 756.) 32 Jahre alte III para. 2 Todtgeburten. C. vera 7 cm (Bylicki). I. Fusslage, nach 10 stündiger Wehentätigkeit springt die Blase, es fallen Nabelschnurschlingen vor. Das Fruchtwasser schon stark meconiumhaltig. Kindliche Herztöne sinken auf 70. Sofortige Extraction, der Kopf lässt sich nicht durch das Becken ziehen trotz kräftigen Druckes von oben. Perforation des nachfolgenden Kopfes wegen des eingetretenen Todes. Enthirtes Kind 2850 g, 50 cm lang. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

3. Wendung.

Die Wendung wurde 7 mal ausgeführt.

Aus Querlage wurde 2 mal auf den Fuss gewendet.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 428.) 27 Jahre alte III para. Erste Geburt normal, Kind nach 4 Wochen an Krämpfen gestorben. 2. Geburt Wendung und Extraction, Kind lebt. C. vera 7,75 cm. Nach 38 stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert. Sprengen der Blase, Wendung aus I. Querlage und Extraction. Lebendes Kind 3250 g, 49 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 721.) 29 Jahre alte IV para. Erste Geburt Nabelschnurvorfal, Kind todt. Zweite Geburt Perforation. Dritte Geburt künstliche Frühgeburt, Kind lebt. C. vera 8,0 cm. Nach vollständiger Erweiterung des Muttermundes mit Kolpeurynter, bei stehender Blase Wendung aus I. Querlage und Extraction. Kopf mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Kind, 2800 g, 52 cm lang, tief asphyktisch, wird nicht wiederbelebt. Cervixriss, Naht. Wochenbett: Temperatur vom 2.—8. Tage bis 40,0 infolge Endometritis puerperalis, dann Entfieberung. Am 19. Tage geheilt entlassen.

Aus Kopflage wurde die prophylaktische Wendung 5 mal ausgeführt.

3. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 269.) 22 Jahre alte III para. Erste Geburt operativ, Kind todt. C. vera 7,5 cm. II. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 48 Stunden, Wehen seit 17 Stunden, Kopf noch beweglich. Muttermund verstrichen. Wendung und Extraction. Lebendes Kind 2850 g, 50 cm lang. Wochenbett: Fieber vom 2. bis 4. Tage bis 39,4 infolge Lochiometra, sonst glatter Verlauf. Entlassung am 13. Tage.

4. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 521.) 37 Jahre alte VIII para. 6 Zangengeburt, Kinder leben, 1 Geburt Wendung, Kind lebt. C. vera 7,75 cm. Pat. kommt nach 19stündigem Kreissen in die Klinik. Ia Schädellage, hintere Scheitelbeineinstellung, Blase gesprungen, Muttermund ganz verstrichen, Kopf in den Beckeneingang gepresst. Wendung und Extraction, Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriffe. Kind 3750 g, 53 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett völlig fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 787.) 36 Jahre alt, III para. Erste Geburt Zange, Kind nach $\frac{1}{2}$ Stunde gestorben. Zweite Geburt in der Klinik (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 728). Subcutane Pubiotomie links. Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3600 g. Diastase der Knochenenden 2—3 cm. Glatter Verlauf. Der Vergleich der Beckenmaasse ergab insofern eine Aenderung, als die Conj. vera 7,5 gegen 7,0 gemessen wurde. Die Knochenenden an der Sägestelle etwas gegeneinander verschieblich. II. Schädellage, nach 5—6 stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert, die Blase prall gespannt. Der Kopf leicht beweglich über dem Beckeneingang. Nach 1 Stunde Kopf noch unverändert völlig beweglich, daher Hebotomie vorbereitet, Herumführen der Gigli'schen Drahtsäge um den Knochen; bevor durchsägt wird, Wendung. Extraction gelingt. Kind 2950 g schwer, 49 cm Länge, 34,5 cm Kopfumfang, leicht asphyktisch, wiederbelebt, zeigte keinerlei Druckspuren am Schädel. Die Wöchnerin erkrankte vom 1.—2. Tage

und dann wieder am 5. Tage mit Fieber bis 38,1, dann dauernd entfiebert. Entlassung am 13. Tage.

6. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 417.) 32 Jahre alte V para. 1. Geburt spontan. Kind todt. 2. Geburt Perforation. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind todt. 4. Geburt in der Klinik (Jahrg. 1905/96, Journ.-No. 661.) Subcutane Pubiotomie links. Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3900 g. Deutlicher Callus bei der Entlassung. Keine Verschieblichkeit der Knochenenden. C. v. 7,0 cm (Bylicki). I. Schädellage. Prophylaktische Wendung bei völlig eröffnetem Muttermund und stehender Blase und Extraction. Kind asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach einigen Stunden, nicht gewogen. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

7. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 715.) 32 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, Kind bei der Geburt gestorben. Zweite Geburt künstliche Frühgeburt, Kind gleich nach der Geburt todt. C. vera 8,0 cm. Nach 2tägiger Geburtsdauer, bei stehender Blase und beweglichem Kopf Wendung aus I. Schädellage und Extraction des lebenden Kindes von 2500 g Gewicht und 40 cm Länge. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 9. Tage.

4. Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt wurde auf Grund des Verlaufes der früheren Geburten und wegen des engen Beckens 5 mal eingeleitet.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 611.) 43 Jahre alte III para. 1. und 2. Geburt Wendung und Extraction, beide Kinder todt. C. vera 8,0 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche mit Bougie. 2 Tage nach der Einführung von Bougie, 10 Stunden nach Wehenbeginn, 2 Stunden nach Blasensprung Spontangeburt eines lebenden, 2500 g schweren Kindes in Ia Schädellage. Wochenbett normal. Am 9. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 602.) 33jährige II para. Erste Geburt hohe Zange, Kind lebt. C. vera 7,0 cm. Einleiten der Frühgeburt am Ende des 9. Lunarmonats mit Bougie und Kolpeurynter. Nach 50 Stunden Spontangeburt in Ia Schädellage. Lebendes Kind, 2600 g, 47 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 11. Tage.

3. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 224.) 29 Jahre alt, II para. Erste Geburt Forceps, todtes Kind. C. vera 7,0 cm. Einleitung der Frühgeburt (Ende des 9. Lunarmonats) mit Bougie und Kolpeurynter. Nach 4 Tagen bei stehender Blase und völlig eröffnetem Muttermund Wendung aus IIb Schädellage und sofortige Extraction. Entwicklung des Kopfes durch den Veit-Smellie'schen Handgriff. Kind 2400 g, 48 cm lang, asphyktisch, wiederbelebt, stirbt aber nach einigen Stunden. Wochenbett normal. Entlassung am 11. Tage.

4. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 625.) 44 Jahre alte IV para. 1. und 2. Geburt Forceps, beide Kinder todt geboren. 3. Geburt spontan, Kind klein, lebt. C. vera 7,5 cm. Einleiten der Frühgeburt (Anfang des zehnten Lunarmonates) mit Bougie und Kolpeurynter. 6 Tage nach der Einführung von Bougie Fieber 38,3, Puls 108, Wehenschwäche, Muttermund fünfmarkstückgross, Kopf beweglich, Herztöne gut. Sprengen der Blase, Wendung aus IIb Schädellage und vorsichtige Extraction. Kind 2300 g, 49 cm lang, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Im

Wochenbett vom Tage der Geburt ab 7 Tage lang hohes Fieber bis 40,6. Am 8. Tage Exitus. Section ergab Staphylokokkenseptikopyämie.

5. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 3.) 28 Jahre alte III para. Erste Geburt spontan, Kind todt. Zweite Geburt Perforation. C. vera 8,0 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt (Anfang des zehnten Lunarmonates) mit Kolpeurynter. Nach 3 Stunden Muttermund völlig erweitert. Sprengen der Blase, Wendung aus Querlage und Extraction. Kopf mit dem Veit-Smellie'schen Handgriffe entwickelt. Leicht asphyktisches Kind, 2450 g, 46 cm lang, wiederbelebt, Fractur der linken Clavicula. Wochenbett fieberhaft durch zweimalige Steigerung auf 38,9 am 2. und 4. Tage. Am 10. Tage entlassen.

5. Perforation.

Die Perforation wurde wegen Gefahr der Mutter in 2 Fällen bei todttem und absterbendem Kinde ausgeführt.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 570.) 23 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 7,5 cm. I. Schädellage, nach 7 tägigem Kreissen (Blasensprung seit 6 Tagen) Contractionsring deutlich in der Nabelhöhe zu fühlen, kindliche Herztöne leise und verlangsamt, Kopf noch leicht beweglich, Muttermund verstrichen. Perforation des absterbenden Kindes. Enthirntes Kind 2850 g, 50 cm lang, Wochenbett ungestört. Am 9. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 118.) 27 Jahre alt, II para. Erste Geburt Nabelschnurvorfall, spontan, Kind todt. C. vera 8,0 cm. Pat. wurde nach 2 tägigem Kreissen mit Fieber 39,0, frequentem Puls 132 und todttem Kind in die Klinik gebracht. Blase seit 2 Tagen gesprungen, Muttermund verstrichen, Kopf in Ia Schädellage im Becken. Perforation. Kind 2800 g ohne Gehirn, 51 cm lang. Im Wochenbett leichtes Fieber vom 2. bis 6. Tage bis 38,5, sonst fieberfrei. Entlassung am 15. Tage.

6. Pubiotomie.

19 mal wurde die Pubiotomie vorgenommen.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 375). 36 Jahre alte II para. Erste Geburt Zange, Kind gleich nach der Geburt gestorben. C. vera 7,25 cm (Bylicki). Pat. kommt kreissend nach 40 stündiger Wehentätigkeit in die Klinik. I. Schädellage, Blase seit 40 Stunden gesprungen, Muttermund handtellergröss, Kopf beweglich, Vorderscheitelbeineinstellung, Herztöne wechselnd, 120—170, Abgang von Meconium. Subcutane Pubiotomie links. Zange. Die Knochenwunde klappt auf 4—5 cm beim Durchtritt des Kopfes. Blutung gering. Kind, 3050 g schwer, 50 cm lang, Kopfumfang 36,5 cm, asphyktisch, nach $\frac{1}{4}$ Stunde wiederbelebt. Kein Hämatom. Absolut fieberfreier Wochenbettsverlauf: Am 25. Tage Entlassung. Gang beschwerdefrei. Knochenränder nicht verschieblich.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 530.) 30 Jahre alt, II para. Erste Geburt Embryotomie. C. vera 8,0 cm (Bylicki). Fusslage. 5 Stunden nach dem Blasensprung wegen Nabelschnurvorfalles Extraction bei völlig erweitertem Muttermund. Prophylaktische Anlegung der Säge subcutan. Da Armlösung wegen der Beckenenge Schwierigkeiten macht, linksseitige Pubiotomie; Becken springt sofort auf 6 cm auseinander. Leichte Armlösung und Kopfentwicklung. Lebendes Kind, 3350 g, Länge 50 cm, Kopfumfang 36 cm. Geringe Blutung. Wochenbett leicht fieberhaft im

Anfang. Glatte Heilung. Am 23. Tage Aufstehen, am 30. Tage Entlassung. Gang tadellos. Keine Beweglichkeit der Knochenenden.

3. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 534.) 35 Jahre alte V para. 1. Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt Wendung und Extraction, Kind nach $\frac{1}{2}$ Stunde todt. 3. Geburt Wendung, lebendes Kind nach 7 Monaten gestorben. 4. Geburt Wendung, Kind todt. C. vera 7,25 cm (Bylicki). Ia Schädellage, nach 24stündiger Wehentätigkeit Muttermund erweitert. Linksseitige subcutane Pubiotomie, Wendung und Extraction. Klaffen der Knochenränder beim Durchtritt des Kopfes 5—6 cm. Lebendes Kind 4300 g, 55 cm Länge, Kopfumfang 37,0 cm. Wochenbett afebril. Geringe Thrombose eines oberflächlichen Varicengeflechts am linken Unterschenkel. Glatte Heilung. Steht am 24. Tage auf. Am 33. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 652.) 35 Jahre alte III para. Erste Geburt Perforation. Zweite Geburt künstliche Frühgeburt, Kind 13 Stunden p. p. todt. C. vera 8,25 (Bylicki). II. Schädellage. 28 Stunden nach Wehenbeginn, 8 Stunden nach dem Blasensprung Muttermund völlig erweitert, Kopf noch beweglich. Linksseitige subcutane Pubiotomie, Wendung und Extraction. Blutung gering. Diastase der Knochenenden 4—5 cm. Lebendes Kind, 4850 g, 57 cm lang, Kopfumfang 40 cm. Wochenbett: Am 9. Tage 1 mal 39,3 infolge Mastitis, sonst fieberlos. Am 23. Tag aufgestanden, am 26. Tag entlassen.

5. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 661.) 30 Jahre alte IV para. 1. Geburt Spontangeburt eines todtten Kindes nach 4 tägigem Kreissen. 2. Geburt Perforation. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind todt. C. vera 7,0 cm (Bylicki). I. Querlage, nach 29stündiger Wehentätigkeit Muttermund ganz erweitert, Blase steht. Subcutane Pubiotomie links, Wendung und Extraction. Blutung gering. Diastase der Knochenenden 4—5 cm. Lebendes Kind, 3900 g, 50 cm Länge, 36 cm Kopfumfang, Fractur der linken Clavicula. Im Wochenbett am 5. Tage 1 mal 38,0, sonst fieberfreier Verlauf. Am 19. Tage aufgestanden, am 22. Tage entlassen. Gang gut. Keine Verschieblichkeit der Knochenenden.

6. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 125.) 31 Jahre alte IV para. 1. Geburt Perforation. 2. Geburt Wendung, Kind lebt, hat eine Lähmung des linken Armes. 3. Geburt Wendung, Kind todt. C. vera 8,0 cm (Bylicki). II. Schädellage, nach 27stündiger Wehendauer (16 Stunden) Muttermund völlig erweitert, Kopf beweglich auf dem Beckeneingang, Pfeilnaht quer. Subcutane Pubiotomie rechts, Zange. Blutung gering. Diastase der Knochenenden 4—5 cm. Lebendes Kind, 3900 g, 52 cm Länge, 36,5 cm Kopfumfang. Wochenbett fieberlos. Am 14. Tage Aufstehen, am 18. Tage Entlassung. Gang beschwerdefrei, noch deutliche Verschieblichkeit der Knochenenden bei der Entlassung.

7. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 146). 38 Jahre alte IV para. 1. Geburt Zange, Kind lebt. 2. Geburt Wendung, Kind todt. 3. Geburt Zwillinge, spontan. C. vera 8,0 cm (Bylicki). Schädellage, Vorder-scheitelbeineinstellung. Nach 22stündiger Wehentätigkeit (5 Stunden) linksseitige subcutane Pubiotomie, Zangenextraction. Knochenränder klaffen gut 3 querfingerbreit, Blutung gering. Lebendes Kind 3450 g schwer, 51 cm lang, 36,0 cm Kopfumfang. Fieberfreies Wochenbett. Am 17. Tage aufgestanden, am 26. Tage entlassen. Gang beschwerdefrei, noch deutliche Diastase der Knochenenden bei der Entlassung und geringe Verschiebbarkeit bei Gehbewegungen.

8. (Jg. 1906/07, Journ.-No. 155) 32 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 7,5 cm (Bylicki). Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung. Nach 48stündiger Wehenthätigkeit (20 Stunden), Muttermund verstrichen. Linksseitige subcutane Pubiotomie, Wendung und Extraction. Blutung minimal. Knochenränder klaffen ca. 4 cm. Lebendes Kind, 3000 g schwer, 48 cm lang, Kopfumfang 36 cm. Im Wochenbett vom 4.—7. Tage leichtes Fieber bis 38,0, dann glatter Verlauf. Am 16. Tage aufgestanden. Gang beschwerdefrei. Bei der Entlassung etwas Verschieblichkeit der Beckenknochen an der Sägestelle.

9. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 157.) 37 Jahre alte VI para. 1. Geburt Zange, Kind todt. 2. Geburt spontan, Kind lebt. 3. Geburt Wendung, Kind todt. 4. Geburt Frühgeburt mens. VIII., Kind todt. 5. Geburt prophylaktische Wendung, Kind todt nach 10 Tagen. C. vera 8 cm (Bylicki). Nach 15 stündiger Wehenthätigkeit Muttermund verstrichen, Blase steht. Linkseitige subcutane Pubiotomie, Wendung aus Querlage und Extraction. Blutung gering. Lebendes Kind 2550 g, 48 cm lang, Kopfumfang 34 cm. Wochenbett anfangs fieberlos, vom 17.—34. Tage leichte Temperatursteigerung bis 38 bzw. 38,4, verursacht durch ein flaches Exsudat an der Sägestelle, das allmählich zur Resorption kommt. Am 37. Tage aufgestanden, am 49. Tage entlassen. Gang beschwerdefrei.

10. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 258.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation in der Klinik. C. vera 7,5 cm (Bylicki). Nach 24 stündiger Wehenthätigkeit (3 Stunden) Muttermund vollständig erweitert, Kopf beweglich über dem Becken. Subcutane Pubiotomie links, Blutung minimal. Diastase der Knochenenden 5 cm, Gummischlauch um das Becken. Abwarten der spontanen Geburt, die nach 1½ Stunden erfolgt. Asphyktisches Kind, nach 20 Minuten wiederbelebt, 3750 g schwer, 53 cm lang, 34,5 cm Kopfumfang. Fieberloser glatter Verlauf. Am 17. Tage aufgestanden. Gang tadellos.

11. (Jahr. 1906/07, Journ.-No. 349.) 25 Jahre alte IV para. 1. und 2. Geburt Perforation. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind nach 11 Tagen todt. C. vera 7,5 cm (Bylicki). Nach 35 stündiger Wehenthätigkeit (30 Stunden) Muttermund handtellergross. Kopf beweglich über dem Becken. Pubiotomie links nach Vorschrift von Bumm. Keine Diastase nach der Durchsägung. Abwarten der spontanen Geburt. Kopf tritt nicht ein trotz kräftiger Wehen; nach 8½ Stunden Zange am hochstehenden Kopf, dabei plötzlich Auseinanderweichen des Beckens in der Symphyse (Zerreissung des nicht durchsägten Lig. arcuat.) auf 4 cm, leichte Entwicklung eines lebenden Kindes von 3400 g Gewicht, 49 cm Länge, 35 cm Kopfumfang. Wochenbett: Fieber vom 9.—11. Tage bis 38,5 in Folge beginnender Mastitis, sonst glatter Verlauf. Am 18. Tage Aufstehen, am 22. Tage Entlassung. Gang beschwerdefrei.

12. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 422.) 37 Jahre alte X para. 5 Spontangeburt, 3 Kinder in der Geburt gestorben, 3 Zangengeburt, alle Kinder todt. 1 Geburt Wendung, Kind todt. C. vera 7,5 cm (Bylicki). IIa Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung. 20 Stunden nach Wehenbeginn, 1 Stunde nach dem Blasensprung kindliche Herztöne beschleunigt, Abgang von Meconium. Kopf noch abschiebbar, zeigt keine Neigung, sich dem Becken einzupassen. Linksseitige subcutane Pubiotomie, dabei geringe Blutung. Versuch der Wendung scheitert am Contractionsring, dabei Nabelschnurvorfal. Herztöne plötzlich schlecht. Zangenextraction. Kind 3550 g, 50 cm lang, Kopfumfang 37 cm, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Verletzung der Blase, Dauerkatheter. Wochenbett fieber-

los. Am 17. Tage aufgestanden. Am 21. Tage ohne Blasenstörung und mit tadelloser Gehfähigkeit entlassen.

13. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 565.) 36 Jahre alte V para. 1. Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt spontane Frühgeburt mens. VII., Kind todt. 3. und 4. Geburt künstliche Frühgeburt, beide Kinder nach der Geburt gestorben. C. vera 7,5 cm. Nach 32 stündiger Geburtsdauer Muttermund verstrichen, Kopf noch beweglich über dem Becken. Linksseitige Pubiotomie nach Döderlein, mässige Blutung, Diastase der Knochenenden 5 cm Sprengung der Blase, Wendung aus I. Schädel-lage und anschliessende Extraction. Lebendes Kind 3000 g, 50 cm lang, Kopfumfang 35 cm. Leichte Impression auf dem linken Scheitelbein. Im Wochenbett vom 4.—9. Tage Fieber bis 39°. Leichte Eiterung der oberen Incision. Heilung. Am 18. Tage aufgestanden, am 22. Tage entlassen. Gang tadellos. Deutlicher Callus an der Sägestelle.

14. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 576.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 8 cm (Bylicki). Nach 16 stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert, Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang, Herztöne gut. Linksseitige subcutane Pubiotomie nach Döderlein's Vorschrift. Becken springt sofort auf 5 cm auseinander. Blutung mässig. Wendung aus I. Schädel-lage und Extraction. Lebendes Kind 3000 g, 49 cm lang, Kopfumfang 35 cm. Im Wochenbett am 5. und 6. Tage 37,9 bzw. 38,3, sonst glatter Verlauf. Erstes Aufstehen am 21. Tage, Entlassung am 25. Tage. Gang beschwerdefrei. Bei der Entlassung Knochenenden bei Bewegungen etwas verschiebbar.

15. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 777.) 39 Jahre alte IV para. 1. Geburt spontane Frühgeburt im 9. Monat. Kind todt. 2. und 3. Geburt künstliche Frühgeburt, 1 Kind lebt. C. vera 7,75 cm. II. Querlage, bei völlig erweitertem Muttermund und stehender Blase linksseitige subcutane Pubiotomie nach Döderlein, Knochen klaffen einige Milli-meter. Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3000 g, 50 cm lang, Kopfumfang 34 cm. Im Wochenbett am 5. Tage 38,3, sonst fieberlos. Am 16. Tage aufgestanden, am 25. Tage entlassen. Tadelloses Gehvermögen.

16. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 319.) 30 Jahre alte III para. Erste Geburt Perforation. 2. Geburt (cf. No. 10. Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 258) linksseitige Heboosteotomie, lebendes Kind. C. vera 7,5 cm. Nach 16 stündiger Wehentätigkeit Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang. Bei stehender Blase und kleinhandteller-grossem Muttermund wiederholte Heboosteotomie links nach Döderlein. Diastase der Knochenenden 2 cm. Abwarten der Spontangeburt, die nach $\frac{3}{4}$ Stunden erfolgt. Lebendes Kind 3000 g, 50 cm lang, 33 cm Kopfumfang. Fieberloser Verlauf. Am 17. Tage Aufstehen, am 19. Tage Entlassung. Beweglichkeit der Knochenenden. Tadelloses Gehvermögen.

17. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 535.) 23 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 7 cm. Nach 1½ tägigem Kreissen (10 Stunden) linksseitige Pubiotomie nach Döderlein, dabei geringe Blutung, Knochenenden klaffen ca. 1 cm auseinander. Abwarten nach der Durchsägung, nach 1½ Stunden wegen der schlecht werdenden Herztöne Zange an dem nur wenig tiefer getretenen Kopf. Kind lebt, 3050 g schwer, 50 cm lang, Kopfumfang 37 cm. Im Wochenbett vom 6.—9. Tage Temperatursteigerungen bis 38°, sonst fieberfrei, am 15. Tage oberflächliche Thrombose am linken Bein. Am 36. Tage aufgestanden. Ohne Gehstörung entlassen.

18. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 817.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. C. vera 7 cm. 14 Stunden nach dem Blasensprung Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Linkseitige Hebosteotomie nach Döderlein. Zange. Kind lebt, 2900 g, 50 cm lang, Kopfumfang 34 cm. Im Wochenbette Mastitis, sonst glatter Verlauf, am 20. Tage aufgestanden. Mit gutem Gehvermögen entlassen.

19. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 471.) 27 Jahre alte V para. 1. und 2. Geburt durch Perforation beendet. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind nach 11 Tagen gestorben. 4. Geburt linksseitige Hebosteotomie (cf. No. 11. Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 349), lebendes Kind, glattes Wochenbett. 5. Geburt: C. vera 7,5 cm, nach 16 stündiger Wehentätigkeit (2 Stunden) Kopf noch nicht eingetreten. Stark gedehntes unteres Uterinsegment. Wiederholte Pubiotomie nach Döderlein auf derselben Seite. Zunächst Abwarten, dann nach 35 Minuten Zange. Kind lebt, 3850 g, 50 cm lang, Kopfumfang 39 cm. Fieberfreies Wochenbett. Am 13. Tage aufgestanden, am 20. Tage mit gutem Gehvermögen entlassen.

7. Kaiserschnitt.

Sectio caesarea conservativa und Porro'sche Operation wurden 11 mal ausgeführt.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 30.) 33 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation, fieberhaftes Wochenbett, Pelveoperitonitis, Thrombose der Beckenvenen. Beckenmaasse: 26, 29, 16,5, 9, 7 cm. Nach 2 stündiger Wehentätigkeit bei stehender Blase Sectio caesarea conservativa mit quерem Fundalschnitt. Entwicklung des in Ia Schädellage liegenden Kindes von 3200 g Gewicht, 49 cm Länge. Wochenbett vom 3. bis 14. Tage Fieber bis 39,8 (Parametritis), dann Entfieberung. Am 24. Tage beide gesund entlassen.

2. Dieselbe Patientin kam 2 Jahre später wieder. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 664.) Das durch Sectio caesarea geborene Kind mit 4 Monaten an Durchfall gestorben. Patientin wünscht unbedingt noch einmal den Kaiserschnitt und zwar die Porro'sche Operation (Ende des X. Lunarmonats): Querer Fundalschnitt etwas oberhalb der alten Narbe. Entwicklung des in Ia Schädellage liegenden Kindes, dann Amputation des Uterus mit Belassung der Adnexe. Kind 3500 g, lebt. Wochenbett leichtes Fieber vom 2.—6. Tage bis 38,1 in Folge Bronchitis; sonst glatter Verlauf. Am 22. Tage beide gesund entlassen.

3. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 307.) 28 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation in der Klinik. Beckenmaasse: 25, 27,5, 15,8, 9,2, 7,2 cm. Einige Stunden nach Wehenbeginn bei stehender Blase wird, auf Wunsch der Frau, Porro'sche Operation vorgenommen, querer Fundalschnitt, Entwicklung des in IIa Schädellage liegenden Kindes, dann Amputation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe. Kind 3350 g, 48 cm lang. Fieberloser glatter Verlauf. Am 20. Tage beide gesund entlassen.

4. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 548.) 25 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 27,5, 28, 17, 9,5, 7,5 cm. Pat. hat den dringenden Wunsch ein lebendes Kind zu haben und nicht wieder schwanger zu werden. Vor dem Beginn der Wehen Porro'sche Operation (Ende des X. Lunarmonats): Querer Fundalschnitt, Entwicklung des in I. Schädellage liegenden, lebenden Kindes, Blutung minimal,

Uterus gut contrahiert, Amputation des Uterus mit Zurücklassung der rechten Adnexe. Kind 2850 g, 50 cm lang. Fieberlose glatte Reconvalescenz. Am 28. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

5. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 626.) 30 Jahre alte IV para. Erste Geburt spontan, todes Kind. 2. Geburt Forceps, Kind todt. 3. Geburt Perforation. Beckenmaasse: 25, 29, 18,5, 9,5, 7,5 cm. Ia Schädellage, einige Stunden nach Beginn der Wehen, bei stehender Blase und wenig eröffnetem Muttermund Porro'sche Operation auf Wunsch der Patientin. Querer Fundalschnitt, Entwicklung des Kindes an dem Bein, schreit sofort, Amputation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe. Kind 3050 g. Wochenbett normal. Am 18 Tage entlassen. Kind gut gediehen.

6. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 440.) 31 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt Wendung, Kind todt. Beckenmaasse: 26, 28, 19, 10, 7,5 cm (Bylicki). Pat. wird nach 27 stündiger Wehentätigkeit, ausserhalb von Arzt und Hebamme untersucht, in die Klinik gebracht. I. Schädellage, vorzeitige Ablösung der Placenta, starke Blutung. Da die Frau dringend ein lebendes Kind wünscht, conservativer Kaiserschnitt mit queren Fundalschnitt. Kind 3700 g, 52 cm lang. Wochenbett vom 1.—4. Tage hohes Fieber bis 40° in Folge Sepsis. Am 4. Tage Exitus. Section ergiebt Peritonitis und frische Endocarditis. Kind gut gediehen.

7. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 37.) 33 Jahre alte IV para. 1. bis 3. Geburt Perforation. Beckenmaasse: 30, 31, 16, 9, 7 cm. II. Schädellage. Auf Wunsch der Frau vor dem Beginn der Wehen Porro'sche Operation. Lebendes Kind 3100 g, 51 cm lang. Wochenbett normal. Am 19. Tage beide gesund entlassen.

8. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 804.) 34 Jahre alte VIII para. Beckenmaasse: 32, 32,75, 19,5, 10, 8 cm. 1.—3. Geburt Forceps, 2 Kinder gleich nach der Operation gestorben, 1 Kind todt bei der Geburt. 4. Geburt Wendung aus Querlage, Kind todt. 5. Geburt spontane Frühgeburt, Kind nach 30 Minuten gestorben. 6. und 7. Geburt künstliche Frühgeburt, Wendung und Extraction, beide Kinder kurz nach der Geburt todt. Da die Frau unbedingt ein lebendes Kind wünscht, wird bei stehender Blase nach 3 stündigen Wehen die Sectio caesarea conservativa (querer Fundalschnitt) mit Tubenunterbindung ausgeführt. Lebendes Kind 4400 g, 52 cm lang. Wochenbett vom 2.—4. Tage Fieber 38,6, dann wieder vom 18. Tage ab 6 Tage lang Fieber bis 39° (Mastitis sinistra), dann Entfieberung. Am 31. Tage geheilt entlassen. Kind gut gediehen.

9. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 309.) 29 Jahre alte III para. Erste Geburt Perforation. 2. Geburt Pubiotomie. C. vera 7,5 cm. Auf Wunsch der Patientin Porro'sche Operation. Kind 3200 g, 50 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Am 30. Tage beide gesund entlassen.

10. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 895.) 31 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 27, 27,5, 16, 9, 7 cm. Auf Wunsch der Frau, vor Beginn der Wehen Porro'sche Operation mit Entfernung der linksseitigen Adnexe. Kind 3500 g, 50 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Am 21. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

11. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 69.) 33 Jahre alte IV para. Erste Geburt Perforation. 2. und 3. Geburt Wendung, beide Kinder gleich nach der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 28, 29, 20, 10,5, 8 cm. Ia Schädellage. Auf Wunsch der Patientin, nach 9 stündigen Wehen, bei stehender Blase conservativer Kaiserschnitt mit queren Fundalschnitt.

Lebendes Kind, 3650 g, 50 cm lang. Wochenbett fieberlos. Am 20. Tage gesund entlassen. Kind gut gediehen.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde 7 mal ausgeführt.

1. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 40.) 26 Jahre alte IV para. Erste Geburt Perforation. Zweite Geburt Zange, Kind todt. Dritte Geburt spontane Frühgeburt. Beckenmaasse: 25, 26,5, 16,5, 9,5, 7,5 cm. Pat. kommt kreissend nach 36stündigen Wehen (24 Stunden) zur Aufnahme. Stark ausgedehntes unteres Uterinsegment, druckempfindlich. Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewichen. Extraperitonealer Kaiserschnitt: Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Quere Spaltung des Peritoneums in der Plica vesico-uterina, leichtes Ablösen des Peritoneums von der vorderen Uteruswand. Exakte Vereinigung von Peritoneum viscerale und parietale. Medianer Längsschnitt in den unteren Uterusabschnitt. Einstellen des Hinterhauptes und Entwicklung des Kopfes durch Druck von oben. Lebendes Kind 3100 g, 50 cm lang. Dabei reißt die seroseröse Naht an einer Stelle ein und wird sofort wieder geschlossen. Naht der Uteruswand nach Expression der Placenta. Wochenbett bis zum 6. Tage fieberhaft bis 39,0, dann afebriler Verlauf. Am 36. Tage geheilt entlassen. Uterus gut involvirt. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 923.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt Wendung. Kind in der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 28,5, 29, 16,5, 9,0, 7,5 cm (Bylicki). I. Schädellage, nach ca. 12stündiger Wehentätigkeit Kopf auf die rechte Beckenschaufel abgewichen. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko's Vorschrift mit Anwendung des Pfannenstielschen Fascienquerschnitts. Zangenextraction. Lebendes Kind 3250 g, 48 cm lang. Fieberloser, glatter Verlauf. Heilung primär. Am 19. Tage entlassen. Uterus mässig gut involvirt. Kind gut entwickelt.

3. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 15.) 28 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse 26, 26, 15,5, 7,5, 7,0 cm (Bylicki). II. Schädellage, einige Stunden nach Beginn der Wehen grosser suprasymphysärer Fascienquerschnitt, dann extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko. Zangenextraction des lebenden Kindes von 3350 g Gewicht, 50 cm Länge. Wochenbett: In den ersten 14 Tagen völlig fieberfreier Verlauf. Am 15. Tage einmal 39,0 Temperatur (Mastitis sinistra). Am 26. Tage gesund entlassen. Uterus gut involvirt, beweglich. Kind gut gediehen.

4. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 101.) 31 Jahre alte II para. Erste Geburt schwere Wendung, Kind gleich nach der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 25, 27, 18, 9,5, 8,0 (Bylicki). IIb Schädellage. Die Frau kommt kreissend mit stehender Blase, handtellergrössem Muttermund und über dem Becken beweglichem Kopf in die Klinik. Da am nächsten Tage Spontangeburt ausgeschlossen erscheint, extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko nach suprasymphysärem Fascienquerschnitt. Zangenversuch an dem beweglichen Kopfe misslingt, deshalb Wendung und Extraction des lebenden 4500 g schweren Kindes. Fieberfreier Verlauf, primäre Heilung. Am 20. Tage entlassen. Kind atmet nach der Geburt dauernd oberflächlich und stirbt 10 Stunden p. part. Die im pathologischen Institut vorgenommene Section ergibt keine Todesursache.

5. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 171.) IV para. Drei Geburten durch Zange beendet, alle Kinder in der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 26, 27, 17,5, 9,75, 8,0 cm (Bylicki). Pat. wird kreissend eingeliefert, nachdem seit mehreren Stunden seit dem Blasensprung trotz kräftiger Wehen ein Geburtsfortschritt nicht zu beobachten war. I. Schädelloge. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko's Vorschrift mit suprasymphysärem Fascienquerschnitt. Zange. Lebendes Kind 3211 g, 50 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Primäre Heilung. Am 17. Tage entlassen. Uterus gut involviret, beweglich. Kind gut entwickelt.

6. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 240.) 31 Jahre alte III para. Erste und zweite Geburt Forceps, beide Kinder in der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 27, 29, 18, 8,5, 7,25 cm (Bylicki). 3 Stunden nach Beginn der Wehen suprasymphysärer Fascienquerschnitt. Extraperitonealer Kaiserschnitt (Latzko). Zangenextraction. Lebendes Kind 3800 g, 55 cm lang. Wochenbett ungestört. Primäre Heilung. Uterus gut involviret. Kind gedeiht gut. Am 20. Tage entlassen.

7. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 287.) 25 Jahre alte III para. Erste Geburt Nabelschnurvorfal, Kind todt. Zweite Geburt Wendung, Kind todt. Beckenmaasse: 27, 29,5, 18, 10, 8 cm. Wird kreissend nach 12stündigen Wehen eingeliefert. Blase steht, Kopf ganz beweglich über dem Becken. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt, dann extraperitonealer Kaiserschnitt nach Vorschrift von Latzko. Wendung und Extraction. Lebendes Kind, 3350 g. Wochenbett: Glatter Verlauf. Primäre Heilung. Kind gedeiht gut.

Zusammenfassung: Bei den operativ beendigten 54 Geburten starben 2 Mütter, 1 am 8. Tage nach künstlicher Frühgeburt an Staphylokokkenseptikopyämie, 1 am 4. Tage nach conservativem Kaiserschnitt an Sepsis. Davon fällt eine der klinischen Therapie zur Last, indem der letztere Fall nach 27stündigem Kreissen, auswärts untersucht, in die Klinik eintrat.

Von den übrigen 52 Wöchnerinnen machten 32 ein normales Wochenbett durch und wurden zwischen dem 9. und 33. Tage entlassen. 4 Wochenbetten waren gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung. Davon handelte es sich in 2 Fällen um mastitische Reizung. 16 Wöchnerinnen waren krank mit 2—17tägigem Fieber, darunter 3 Fälle infolge Mastitis oder Bronchitis. Die letzteren 20 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 49. Tage entlassen.

Von den Kindern starben 11, je 2 bei oder kurz nach der Extraction bei Fusslage und künstlicher Frühgeburt, je 1 bei hoher Zange, Wendung aus Querlage, prophylaktischer Wendung, Pubiotomie, extraperitonealem Kaiserschnitt, durch Perforation und schon vor Eintritt in die Klinik. Um den Einfluss der Therapie auf die Sterblichkeit der Kinder zu ermitteln, müssen das vor Eintritt in die Klinik gestorbene Kind und die Mutter, die schon lange kreissend

in die Klinik eintrat und durch extraperitonealen Kaiserschnitt entbunden wurde, beiseite gelassen werden.

Das Durchschnittsgewicht der operativ Geborenen war 3362 g (künstliche Frühgeburt nicht mitgerechnet).

Platte Becken.

Conj. vera 6,9—5,5 cm.

12 Geburten und zwar 6 bei Erstgebärenden, 6 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

In keinem Falle kam es zu einer spontanen Geburt.

Operative Entbindungen.

1. Perforation.

Die Perforation des todten Kindes wurde einmal vorgenommen.

(Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 465.) 36 Jahre alte I para. C. vera 5,5 cm. Pat. kommt 96 Stunden nach Beginn der Wehen, 72 Stunden nach dem Blasensprung, ausserhalb von Arzt und Hebamme untersucht, mit Temperatur 38,1, frequentem Puls und stinkendem Ausfluss in die Klinik. Kindliche Herztöne nicht hörbar, Kopf auf die linke Beckenschaukel abgewichen, Muttermund thalerstückgross, aber dehnbar. Perforation. Kind frühreif, 2600 g ohne Gehirn, 48 cm lang. Wochenbett: Vom 9. Tage p. p. ab 10 Tage lang Fieber bis 39,2, dann Entfieberung. Am 23. Tage geheilt entlassen.

2. Pubiotomie.

Sie wurde einmal ausgeführt.

(Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 376). 31 Jahre alte I para. C. vera 6,65 (Bylicki). Pat. kommt kreissend nach 50stündiger Wehenthätigkeit (30 Stunden) in die Klinik. I. Schädellage, Muttermund kleinhandtellergröss, Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Pfeilnaht dem Promontorium genähert, quer. Nach 10 Stunden kein Fortschritt der Geburt trotz regelmässiger, kräftiger Wehen, Muttermund fast völlig erweitert, Herztöne gut. Frau sehr erschöpft, Temperatur 37,8. Subcutane Pubiotomie links, dabei Blutung minimal. Zange. Die Knochenwunde klappt bei der Traction auf 5—6 cm auseinander. Linksseitige Episiotomie. Scheidenriss mit der Knochenwunde communicirend. Sofortiger Schluss der Scheidenwunde. Kein Hämatom. Kind 3050 g, 50 cm lang, Kopfumfang 37,5 cm, lebt. Wochenbett 1 mal 38,0 am 1. Tage, sonst fieberfrei. Am 23. Tage aufgestanden. Gang sicher. Keine Beweglichkeit der Knochenränder.

3. Kaiserschnitt.

4 mal wurde die Sectio caesarea ausgeführt.

1 mal conservativer Kaiserschnitt.

(Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 209.) 22 jährige I para. Beckenmaasse: 28, 28, 17,5, 7,5, 5,5 cm. II a Querlage, nach 24stündiger

Wehentätigkeit bei stehender Blase Sectio caesarea conservativa mit quere Fundalschnitt. Kind, leicht asphyktisch, wiederbelebt, 3600 g, 52 cm lang. Wochenbett: Glatte Verlauf 6. Tage, von da ab 6 Tage lang Fieber bis 38,6, dann Entfieberung. Am 24. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

2 mal Porro'sche Operation.

1. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 461). 27 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 27, 26, 17, 8,5, 6,5 cm. Auf Wunsch der Pat. vor Beginn der Wehen Porro'sche Operation (Ende des zehnten Lunarmonates), Blutung gering, Uterus gut contrahiert. Kind lebt, 3600 g, 52 cm lang. Wochenbett ganz fieberfrei. Am 36. Tage gesund entlassen. Kind stirbt am 18. Tage nach der Geburt an Durchfall, Pneumonie und Otitis media.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 484.) 19 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 26, 27, 15, 7,5, 5,5 cm. Am Ende des zehnten Lunarmonates, vor Beginn der Wehen Porro'sche Operation mit Entfernung der linksseitigen Adnexe. Lebendes Kind, 2550 g, 46 cm lang. Fieberloser, glatter, beschwerdefreier Verlauf. Entlassung am 20. Tage. Kind gut gediehen.

1 mal extraperitonealer Kaiserschnitt.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 114.) 25 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 28, 28,5, 16,5, 8,5, 6,75 (Bylicki). 21½ Tage nach Wehenbeginn und Blasensprung wurde die Frau in die Klinik gebracht. Schlechter Allgemeinzustand, Puls 120. Trockene Zunge, grosse Unruhe. Unteres Uterinsegment stark ausgezogen. Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst. II. Schädellage. Muttermund handtellergröss, grosse Kopfgeschwulst. Operation: Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Längsspaltung des Peritoneum über dem stark ausgezogenen unteren Uterinsegment und Ablösung desselben. Vereinigung von Peritoneum viscerale und parietale. Längsschnitt in den Uterus. Entwicklung des lebenden, 3500 g schweren Kindes. Dabei Einreissen der seroserösen Naht, die dann wieder vereinigt wird. Nach Expression der Placenta Naht der Uteruswunde. In den nächsten Tagen hohes Fieber bis 40,7. Ausgesprochene Sepsis, der Pat. am 6. Tage erliegt. Kind entwickelt sich gut. Section ergibt, dass in der Peritonealnaht an einer Stelle eine Communication mit Eiterung nach der Bauchhöhle zu besteht. Ferner alte und frische Endocarditis verrucosa der Mitralis und Aorta. Septischer Infarkt der Milz, Milztumor, septische Endometritis.

Zusammenfassung: Von den Müttern starb eine nach extraperitonealem Kaiserschnitt. Da die Frau aber nach 21½tägigem Kreissen mit deutlichen Zeichen schwerer Infection zur Aufnahme kam, so dass vielleicht keine entbindende Operation sie mehr hätte retten können, so kann der Todesfall nicht der klinischen Geburtsleitung zur Last gelegt werden.

Von den übrigen 5 Müttern machten 2 ein normales Wochenbett durch und wurden am 20. und 36. Tage entlassen. 1 Wochenbett war gestört durch eine einmalige Steigerung. 2 Wöchnerinnen waren krank, 1 mit 10tägigem, 1 mit 6tägigem Fieber. Diese Wöchnerinnen wurden am 23. Tage entlassen.

Von den Kindern starben 2. Ihr Tod kommt auch nicht auf Rechnung der klinischen Geburtsleitung, indem 1 mal der Tod des Kindes schon vor dem Eintritt in die Klinik eingetreten war und das andere Kind am 18. Tage nach dem Kaiserschnitt an inneren Krankheiten starb.

Das Durchschnittsgewicht der durch die Operation entwickelten Kinder betrug 3150 g.

B. Mehrgebärende.

Keine Kreissende kam spontan nieder.

Operative Entbindungen.

Kaiserschnitt.

Er wurde 6 mal ausgeführt und zwar 5 mal Porro'sche Operation, 1 mal extraperitonealer Kaiserschnitt.

Porro'sche Operation:

1. (Jahrg. 1901/03, Journ.-No. 354.) 25 Jahre alte II para. Erste Geburt Zange, Kind gleich nach der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 26,5, 28, 17,5, 8,75, 6,75 cm. I. Schädellage. Ende des X. Lunarmonats, vor Beginn der Wehen, auf Wunsch der Frau Porro'sche Operation mit quерem Fundalschnitt und Entfernung der linksseitigen Adnexe. Kind lebt, 4000 g, 52 cm lang. Fieberloser, glatter Verlauf. Am 21. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 336.) 25 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. Beckenmaasse: 27,5, 28, 17, 7,5 5,5 cm. Auf Wunsch der Patientin vor Beginn der Wehen Porro'sche Operation (Ende des 10. Monats): Querer Fundalschnitt, Entwicklung des in IIb Schädellage liegenden Kindes, dann supravaginale Amputation unter Zurücklassung der rechten Adnexe. Kind lebt, 3000 g, 49 cm lang. Wochenbett bis zum 12. Tage fieberhaft bis 38,6, dann Entfieberung. Am 25. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 80.) 27 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 26, 27, 17, 8,5, 6,5 cm. Patientin kommt kreissend nach 10 stündiger Wehendauer in die Klinik. Auf Wunsch der Frau Sectio caesarea nach Porro mit Zurücklassung der rechten Adnexe. Kind 3200 g, 50 cm lang, lebt. Wochenbett fieberfrei. Primäre Heilung. Am 22. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. ?) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 25, 27,5, 15,5, 8,25, 6,25 cm. Vor Beginn der Wehen Porro'sche Operation mit Belassung der linken Adnexe. Kind lebt. Wochenbett afebril. Reactionslose Heilung. Entlassung am 18. Tage. Kind gedeiht gut.

5. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 716.) 38 Jahre alte VI para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. 2. Geburt spontane Frühgeburt, Kind todt. 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind todt. 4. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind todt. 5. Geburt Beckenmaasse: 28, 29,5, 17,5, 9,5, C. vera 7,5 cm geschätzt, Hebosteotomie in der Klinik (cf. No. 14 der Pubiotomiefälle bei Mehrgebärenden mit plattem Becken II. Grades), Kind

lebt. 6. Geburt: Die diesmal vorgenommene Messung mit dem Bylickischen Beckenmesser ergab eine Vera von nur 6,5 cm. Auf Wunsch der Patientin Sectio caesarea nach Porro mit Entfernung beider Adnexe. Lebendes Kind 3300 g, 50 cm lang. Wochenbett ganz afebril. Primäre Heilung.

Extraperitonealer Kaiserschnitt:

(Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 270.) 39 Jahre alte VI para. 5 Geburten durch Wendung beendet, alle Kinder in der Geburt gestorben. Beckenmaasse: 25, 27, 17,5, 8,5, 6,5 cm. 6 Stunden nach dem Blasenprung extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko's Vorschrift. Zange. Lebendes Kind, 3200 g, 50 cm lang. Wochenbett am 3. Tage einmal 38°, sonst fieberfreier Verlauf. Primäre Heilung. Kind gedeiht gut.

Zusammenfassung: Das Schicksal der Mütter und Kinder war ein gutes, sämtliche wurden gesund entlassen.

Das Wochenbett verlief afebril in 4 Fällen. In je einem Falle war eine einmalige und 12 tägige Temperatursteigerung zu verzeichnen. Alle Wöchnerinnen wurden zwischen dem 18. und 25. Tage entlassen.

Das Durchschnittsgewicht sämtlicher Kinder betrug 3340 g.

Ich gehe dann über zur Besprechung der Fälle, bei denen nur die Conj. externa gemessen wurde.

Platte Becken.

Conj. externa 18—16 cm.

Im Ganzen 227 Geburten und zwar 150 bei Erstgebärenden und 77 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

Von den 150 Erstgebärenden haben 133 Frauen spontan entbunden, 17 mal war ein operativer Eingriff nothwendig.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 133 Erstgebärenden betrug 22,5 Jahre, die jüngste war 16 Jahre, die älteste 40 Jahre alt. Davon waren 32 Frauen weniger als 20 Jahre, 97 Frauen 20 bis 30 Jahre, 4 Frauen über 30 Jahre alt.

Das Gewicht der spontan geborenen Kinder war durchschnittlich 3044 g und schwankte zwischen 2250 g und 4250 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 22,2 Stunden, die kürzeste 7 Stunden, die längste 93 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 126 mal in Schädellage und zwar 80 mal in Ia, 2 mal in Ib, 41 mal in IIa, 3 mal in IIb Schädellage, je 2 mal in Vorderhauptslage und Gesichtslage und 3 mal in Becken-

endlage. Je 2 mal wurden vordere und hintere Scheitelbeineinstellung beobachtet. Von den Complicationen war vorzeitiger Blasensprung 15 mal zu erwähnen.

Von den Kindern kamen 2 asphyktisch zur Welt, konnten aber wiederbelebt werden.

Ausserdem sind 3 todte Kinder zu verzeichnen.

In einem Falle war das Kind bereits todt vor der Geburt. Im 2. Falle starb das Kind in der Geburt in Folge vorzeitiger Ablösung der Placenta. Im 3. Falle kam die 40 jährige Erstgebärende, nach 2 tägigem Kreissen und auswärts vergeblich unternommenen eingreifenden Entbindungsversuchen, mit auf dem Beckeneingang beweglichem Kopf, wenig eröffnetem Muttermund, missfarbigem Fruchtwasser und Fieber in die Klinik. Zange und Wendung waren noch nicht möglich. Nach 5 Stunden wurde ein todttes Kind spontan geboren.

Im 3. Falle ist der Tod des Kindes dem engen Becken zur Last zu legen, während die beiden anderen Fälle mit dem engen Becken als solchem nichts zu thun haben. Alle 3 Todesfälle kommen nicht auf Rechnung der klinischen Geburtsleitung.

Von den Müttern starb keine. Das Wochenbett verlief afebril in 126 Fällen. Die betreffenden Wöchnerinnen wurden zwischen dem 8. und 13. Tage entlassen.

4 Wochenbetten waren gestört durch je 2 tägige Temperaturerhöhung bis 38,2, 38,6, 39, 39,1 vom 5.—6., 4.—5., 7.—8., 10.—11. Tage. Entlassung am 11., 12., 19. und 17. Tage.

Krank waren 3 Wöchnerinnen, 1 vom 3.—6. Tage mit Fieber bis 38,5 in Folge Angina, 1 vom 8.—11. Tage und dann wieder vom 16.—22. Tage mit Fieber bis 40 in Folge Mastitis, 1 vom 7. Tage mit Fieber bis 38,9 an Pleuritis. 1. und 2. Wöchnerin wurde am 10. und 28. Tage geheilt entlassen, während die dritte Wöchnerin am 9. Tage nach der medicinischen Klinik verlegt wurde.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

10 mal wurde bei im Becken stehendem Kopfe die Zange angelegt.

Von Seiten der Mutter lag in 3 Fällen die Indication zur Zangenapplication vor.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 89.) 16 Jahre alte I para. C. ext. 17,5 cm. Nach 30 stündiger Wehentätigkeit bleibt der Kopf in Becken-

mitte stehen. Kreissende ist völlig erschöpft, daher Forceps. Lebendes Kind 3200 g, 50 cm lang. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 767.) 35 Jahre alte I para. C. externa 18 cm. Ia Schädellage, nach 48 Stunden Wehen (3 Stunden) Temperatur 39,7, Puls 120, zugleich Abgang von Meconium. Zange in Beckenmitte. Kind lebt, 3050 g, 52 cm lang, zeigt eine löffelförmige Impression des rechten Scheitelbeins und Facialislähmung. Wochenbett vom 2.—3. Tage Fieber bis 39,5, dann Entfieberung. Entlassung am 10. Tage. Kind stirbt am 2. Tage post partum.

3. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 279.) 33 Jahre alte I para. C. ext. 18 cm. Zwillinge, 1 in Ia Schädellage, 1 in Fusslage. Nach 72 stündiger Wehendauer (8 Stunden) Temperatur 38, Zangenextraction des ersten Kindes aus Beckenmitte. Kind 3000 g, 52 cm lang, lebt. Zweites bis Nabel spontan geborenes, 3300 g schweres Kind mit Manualhilfe lebend entwickelt. Wochenbett normal. Entlassung am 14. Tage. Erstes Kind stirbt am 2. Tage post partum.

Lebensgefahr des Kindes gab 7 mal die Indication ab.

4. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 495.) 34 Jahre alte I para. C. ext. 18 cm. Kommt nach 2 tägigem Kreissen (12 Stunden), auswärts von Hebamme untersucht, in die Klinik. Ia Schädellage, Vorderscheitelbeineinstellung, Muttermund wenig erweitert. Nach weiteren 30 Stunden sinken die kindlichen Herztöne, Muttermund verstrichen, Kopf im Becken. Zange. Kind tief asphyktisch, nicht wiederbelebt, nicht gewogen. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 546.) 32 Jahre alte I para. C. ext. 17,5 cm. IIa Schädellage. Geburtsdauer 20 Stunden (5 Stunden). Schlechtwerden der kindlichen Herztöne. Zange aus Beckenmitte. Lebendes Kind, 3200 g, 51 cm lang. Wochenbett vom 4.—5. Tag Fieber bis 38,9, sonst fieberfrei. Am 13. Tage entlassen.

6. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 428.) 28 Jahre alte I para. C. ext. 17,5 cm. Nach 15 stündiger Wehenthätigkeit (3 Stunden) sinken die Herztöne auf 116. Fruchtwasser meconiumhaltig. Kopf in Beckenmitte. Zange. Leicht asphyktisches Kind, 2900 g, 49 cm lang, wiederbelebt. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 9. Tage.

7. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 122.) 35 Jahre alte I para. C. ext. 17,5 cm. IIb Schädellage, 5 Stunden nach dem Blasensprung, 35 Stunden nach Wehenbeginn Zange im Beckenausgang wegen Schlechtwerdens der kindlichen Herztöne. Lebendes Kind 2700 g, 50 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Am 13. Tage entlassen.

8. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 16.) 22 Jahre alte I para. C. ext. 18 cm. Nach 22 stündiger Wehenthätigkeit Verlangsamung der Herztöne und Abgang von Meconium. Beckenausgangszange. Tief asphyktisches Kind, 3700 g, 52 cm lang, nicht wiederbelebt, Wochenbett ungestört. Am 9. Tage entlassen.

9. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 916.) 23 Jahre alte I para. C. ext. 18 cm. Ia Schädellage, nach 3 tägigem Kreissen schwanken Herztöne zwischen 90 und 160. Meconiumhaltiges Fruchtwasser. Forceps aus Beckenmitte. Lebendes Kind, 3400 g, 51 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 13. Tage.

10. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 127.) 22 Jahre alte I para. C. ext. 18 cm. IIa Schädellage, 22 Stunden nach Wehenbeginn, 7 Stunden

nach dem Blasensprung Herztöne leise und verlangsamt. Zange aus Beckenmitte. Lebendes Kind 3100 g, 50 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

2. Perforation.

Die Perforation wurde 6 mal ausgeführt, darunter 3 mal beim intra partum abgestorbenen Kinde, 2 mal beim absterbenden, 1 mal beim lebenden.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 185.) 22 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. Kommt kreissend nach 37 stündiger Wehentätigkeit (13 Std.) und auswärts vergeblich unternommenen Zangenversuchen in die Klinik. IIa Schädellage, Kopf noch beweglich über dem Becken, Muttermund nicht völlig erweitert. Nach einigen Stunden Temperatur 37,8, Puls 130. Allgemeinzustand schlecht. Zugleich Herztöne des Kindes leise und verlangsamt. Perforation des absterbenden Kindes. Kind 2400 g, ohne Gehirn, 58 cm lang, Wochenbett ungestört. Entlassung am 9. Tage.

2. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 411). 36 jährige Ipara. C. ext. 18 cm. Kommt kreissend nach 30 stündiger Wehendauer, nachdem auswärts wiederholt Zangenversuche gemacht waren, in die Klinik. II. Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung, Herztöne nicht hörbar. Perforation. Enthirntes Kind 2150 g, 48 cm lang. Wochenbett: Vom 4. bis 5. Tage Fieber bis 39,6, sonst fieberfrei. Entlassung am 13. Tage.

3. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 2.) 33 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. II. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung von 39 Stunden, nach 41 stündiger Wehentätigkeit werden bei wenig eröffnetem Muttermund die Herztöne schlechter und verschwinden endlich ganz. Perforation. Kind 3200 g (enthirnt), 50 cm lang. Nach fieberfreiem Wochenbett Entlassung am 10. Tage.

4. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 602.) 21 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. Kommt kreissend nach 24 stündiger Geburtsdauer (12 Stunden) mit vorgefallener pulsloser Nabelschnur in die Klinik. II. Schädellage, Kopf im Becken, Muttermund fast verstrichen. Nach 5 Stunden Perforation des toten Kindes. Enthirntes Kind 2600 g, 50 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 638.) 21 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. Vorzeitiger Blasensprung (seit 41 Stunden). IIa Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung. Nach 42 stündiger Wehentätigkeit unteres Uterinsegment stark ausgezogen, druckempfindlich. Zugleich kindliche Herztöne verlangsamt, Kopf noch beweglich über dem Becken, Muttermund fünfmarkstückgross. Perforation des absterbenden Kindes. Kind 2500 g, ohne Gehirn, 48 cm lang, Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

6. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 97.) 24 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. II. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 51 Stunden. Nach 52 stündiger Wehendauer wegen starker Dehnung des unteren Uterinsegments und Temperatursteigerung auf 38° Perforation des lebenden Kindes. Kind 3500 g (enthirnt), 53 cm lang. Wochenbett fieberfrei, Am 11. Tage entlassen.

3. Embryotomie.

(Jahrg. 1904/05, Journal.-No. 387.) 37 Jahre alte Ipara. C. ext. 18 cm. Kommt kreissend nach 24 stündiger Geburtsdauer (8 Stunden)

von auswärts mit eingekeilter Querlage, todttem Kind und drohender Uterusruptur. Embryotomie. Kind nicht gewogen. Wochenbett afebril. Am 10. Tage entlassen.

Zusammenfassung: Das Schicksal der Mütter war ein gutes. Das Wochenbett war afebril in 14 Fällen. Diese gesunden Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 14. Tage entlassen. Drei Wöchnerinnen hatten 2 tägiges Fieber und davon wurden 2 am 13. Tage, 1 am 10. Tage entlassen.

Von den Kindern starben 11 und zwar 8 in der Klinik (4 Zange, 4 Perforation), 3 wurden bereits todt eingeliefert.

Von den 8 in der Klinik eingetretenen Todesfällen fallen 6 der rein klinischen Geburtsleitung zur Last, indem eine Mutter, deren Kind perforirt werden musste und eine Frau, die mit der Zange entbunden wurde, schon seit Tagen kreissend und zum Theil nach auswärts vergeblich unternommenen Zangenversuchen in die Klinik eintraten.

Da bei den Spontangeburt 3 Kinder todt geboren wurden, beträgt der Gesamtverlust an Kindern 14, von denen nur 6 der klinischen Therapie zur Last gelegt werden.

Das Durchschnittsgewicht der operativ Geborenen war 2294 g.

B. Mehrgebärende.

Von den 77 Mehrgebärenden haben 61 spontan geboren, während 16 mal eine operative Entbindung nothwendig wurde.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3306 g., das geringste war 2500 g, das grösste 4250 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 14,8 Std, die kürzeste 5 Std., die längste 47 Std.

Die Kinder wurden 60 mal in Ia und IIa Schädellage, 1 mal in Steisslage geboren.

Einmal wurde Vorderscheitelbeineinstellung beobachtet. In 4 Fällen kam es zu vorzeitigem Blasensprunge.

Von den Kindern starben 2. Ein Kind starb kurz nach der Geburt, welches eine Missbildung (Hemicephalus) zeigte. Im zweiten Falle wurde das Kind in Schädellage schwer asphyktisch geboren und nicht wiederbelebt. Das Kind zeigte bis kurz vor dem Austritt des Kopfes gute Herztöne. Die Geburt hatte 28 Stunden gedauert. Das Kind wog 2900 g und zeigte eine deutliche Druckspur auf dem rechten Scheitelbein.

Nur der letzte Todesfall ist auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung zu setzen.

Von den Müttern starb keine.

Das Wochenbett verlief afebril in 55 Fällen, die betreffenden Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 13. Tage entlassen.

Gestört waren 4 Wochenbetten durch je einmalige Temperatursteigerung auf 38,6, 39,3, 40,0, 38,0 am 3., 7., 6., 7. Tage. Diese Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 13. Tage entlassen.

Krank waren 2 Wöchnerinnen, 1 mit 8tägiger (2.—10. Tage) Steigerung bis 39,5, 1 mit 3tägigem (3.—6. Tage) Fieber bis 39,5. Beide Wöchnerinnen wurden am 23. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 3 mal beendet.

1 mal wegen Indication von Seiten der Mutter.

1. (Jahrg. 1908/09, No. 235.) 37 Jahre alte V para. 1.—4. Geburt spontan, 3 Kinder todt bei und kurz nach der Geburt. Conj. ext. 18 cm. 72 Stunden nach Wehenbeginn, 4 Stunden nach Blasensprung Temperatur 38,0, Kopf im Becken. Forceps. Kind lebt, 3850 g, 52 cm lang. Wochenbett: Vom 7.—10. Tage Fieber bis 40° in Folge Bronchopneumonie. Am 10. Tage nach der inneren Klinik verlegt.

2 mal wegen Indication von Seiten des Kindes, davon 1 mal bei im Beckenausgange stehenden Kopf, 1 mal bei Hochstand des Kopfes.

2. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 74.) 22 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, lebendes Kind. Zweite Geburt Wendung, Kind todt. C. ext. 17,5 cm. Ia Schädellage, nach 29 stündiger Wehenthätigkeit wegen schlechter Herztöne Beckenausgangszange. Lebendes Kind, 2800 g, 51 cm lang. Wochenbett: Am 9. Tage einmal Fieber auf 39 in Folge mastitischer Reizung Entlassung am 12. Tage.

2. Hohe Zange.

3. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 642.) 35 Jahre alte IX para. 6 Sontangeburt, alle Kinder leben. 2 Geburten, Querlage, Wendung, beide Kinder todt. C. ext. 18 cm. Nach 13 stündiger Wehenthätigkeit (7 Std.) wegen Schlechtwerdens der kindlichen Herztöne wird das in I. Gesichtslage liegende Kind mit hoher Zange lebend entwickelt. Kind 3050 g, 50 cm lang. Wöchnerin nach ungestörtem Puerperium am 10. Tage entlassen.

3. Extraction bei Fusslage.

Sie wurde wegen Lebensgefahr des Kindes 2 mal ausgeführt.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 8.) 33 Jahre alte IV para. Erste Geburt Forceps, zweite Geburt spontan, dritte Geburt Nabelschnurvorfal, todtgeboren. C. ext. 18 cm. I. unvollkommene Fusslage, nach drei-

stündigen Wehen springt die Blase, dabei fällt die Nabelschnur vor, Sinken der Herztöne. Extraction, Kopf wird mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Lebendes Kind 3750 g, 54 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tag entlassen. Kind starb am 5. Tage p. p. Obduction: Fractur des linken Orbitaldaches und grosses intradurales Hämatom über Kleinhirn und Medulla oblongata.

2. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 399.) 25jährige II para. Erste Geburt Forceps, todttes Kind. C. ext. 17,5 cm. I. unvollkommene Fusslage, nach 21stündiger Wehentätigkeit springt bei völlig verstrichenem Muttermund die Blase, zugleich kindliche Herztöne verlangsamt. Extraction des lebenden Kindes von 3500 g Gewicht und 55 cm Länge. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.

4. Perforation.

In zwei Fällen wurde das Kind perforirt.

1. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 702.) 31 Jahre alte V para. 1. bis 2. Geburt spontan. Kinder leben. 3.—4. Geburt Wendung, beide Kinder todt geboren. C. ext. 17,5 cm. II. Schädellage. Kommt nach 29 stündigem Kreissen (17 Stunden), auswärts vergeblich unternommenen Zangenversuchen mit todttem Kind und drohender Uterusruptur in die Klinik. Kopf nicht beweglich in Vorderscheitelbeineinstellung auf dem Beckeneingang, Muttermund völlig erweitert. Perforation. Enthirntes Kind 3800 g, 53 cm lang. Wochenbett afebril. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 130.) 26 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. ext. 18 cm. 20 Stunden nach Wehenbeginn, 2 Stunden nach dem Blasensprung bei noch nicht genügend erweitertem Muttermund sinken Herztöne auf 100. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Impression des Kopfes in Walcher'scher Hängelage misslingt, daher Perforation des absterbenden Kindes. Enthirntes Kind 2800 g, 50 cm lang. Nach fieberfreiem Wochenbett Entlassung am 10. Tag.

5. Künstliche Frühgeburt.

Diese Operation wurde 2 mal eingeleitet.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 87.) 30jährige II para. Erste Geburt spontan, langdauernd, Kind lebt. C. ext. 17,75 cm. Auf Wunsch der Pat. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche durch Einlegen von Bougies und darauf folgendem Kolpeurynter. Nach 40 Stunden bei stehender Blase und fünfmarkstückgrossen Muttermund Wendung aus I. Schädellage und vorsichtige Extraction. Leicht asphyktisches Kind, 2800 g, 51 cm lang, bald wiederbelebt. Wochenbett normal. Am 10. Tage beide gesund entlassen.

2. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 542.) 32 Jahre alte V para. Erste Geburt Perforation, zweite Geburt künstliche Frühgeburt, Perforation. Dritte und vierte Geburt Sectio caesarea in der Klinik, 1 Kind lebt, 1 Kind starb in der V. Woche p. p. C. ext. 18 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 33. Woche mit Kolpeurynter. Nach 56 Stunden bei stehender Blase und völlig verstrichenem Muttermund Wendung aus I. Querlage und sofortige Extraction. Kopf wird mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Tief asphyktisches Kind, 2000 g, 45 cm lang, nicht wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 12. Tage.

6. Wendung.

Die Wendung auf die Füße wurde 4 mal ausgeführt.

Wegen Nabelschnurvorfalles wurde 2 mal gewendet:

1. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 629.) 25 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. ext. 17 cm. Nach 16stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert, die Blase steht, die Nabelschnur liegt pulsierend vor, kindliche Herztöne sehr schwankend durch Druck des Kopfes auf die Nabelschnur bedingt, Kopf noch beweglich auf dem Beckeneingang. Sprengen der Blase, Wendung und Extraction. Entwicklung des Kopfes durch den Veit-Smellie'schen Handgriff. Leicht asphyktisches Kind, 3500 g, 51 cm lang, bald wiederbelebt, starke Impression auf dem rechten Scheitelbein. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 205.) 27 Jahre alte IV para. Erste Geburt Wendung, Kind lebt, zweite Geburt spontan, Kind tot, dritte Geburt Wendung, todttes Kind. C. ext. 18,0 cm. I. Schädellage, bei dem Blasensprung Vorfall der Nabelschnur, Sinken der Herztöne auf 108, Abgang von Mekonium. Bei fünfmarkstückgross erweitertem Muttermund Wendung und vorsichtige Extraction. Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff. Kind, 3700 g, 52 cm lang, tief asphyktisch, nicht wiederbelebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

Wegen engen Beckens wurde 2 mal prophylaktisch gewendet.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 616.) 30 Jahre alte IV para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. ext. 17,5 cm. 24 Stunden nach dem Blasensprung, 16 Stunden nach Beginn der Wehen bei handtellergross erweitertem Muttermund wegen dauernden Hochstands Wendung und Extraction. Lebendes Kind 3500 g, 50 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 844.) 32jährige III para. Erste Geburt Forceps, Kind lebt. Zweite Geburt in Narkose, lebendes Kind. C. ext. 17,5 cm. Nach 20stündiger Wehentätigkeit der Muttermund völlig erweitert, die Blase steht, der Kopf beweglich über dem Becken. In Anbetracht dieses günstigen Umstandes wird die Wendung vorgenommen. Extraction bedeutend schwierig, Kopf mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Kind, 3750 g, 52 cm lang, asphyktisch, wird wiederbelebt, stirbt aber am nächsten Tage an Melaena. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

7. Kaiserschnitt.

Der Kaiserschnitt wurde 3 mal ausgeführt.

2 mal Porro'sche Operation:

1. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 563.) 28jährige II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 28,5, 29,5, 17,0 cm. Auf Wunsch der Pat. nach 10 stündiger Wehentätigkeit bei stehender Blase und zweimarkstückgross erweitertem Muttermund Sectio caesarea nach Porro: Querer Fundalschnitt, Entwicklung des in I. Schädellage liegenden Kindes, dann supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der rechten Adnexe. Lebendes Kind 2450 g. Fieberloser, glatter Verlauf. Entlassung am 23. Tage. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 272.) 38 Jahre alte V para. Erste Geburt Sectio caesarea, Kind lebt. Zweite Geburt spontan, kleines Kind, lebt. Dritte Geburt spontane Frühgeburt, Kind todt. Vierte Geburt Perforation. Beckenmaasse: 25, 27, 17 cm. Auf Wunsch der Pat. nach 7 stündiger Wehendauer bei stehender Blase Porro'sche Operation: Querer Fundalschnitt, Entwicklung des in I. Steisslage liegenden Kindes. supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der rechten Adnexe. Kind 2550 g, 48 cm lang, lebt, Wochenbett normal. Am 20. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

1 mal extraperitonealer Kaiserschnitt:

(Jahrg. 1909/10, Journ.-No. 274.) 30 Jahre alte IV para. Erste Geburt Zange, Kind lebt, dann zweimal künstliche Frühgeburt. Beckenmaasse: 28, 28, 18 cm. Kommt kreissend nach 24 stündiger Wehentätigkeit (15 Stunden) in die Klinik. I. Schädellage, Kopf auf den Beckeneingang gepresst. 2 Stunden nach der Aufnahme extraperitonealer Kaiserschnitt nach Latzko's Vorschrift. Zange. Lebendes Kind, 3050 g. Wochenbett leicht fieberhaft bis 38,3. Am 10. Tage Durchbruch eines vereiterten Hämatoms. Wunde reinigt sich rasch. Allgemeinbefinden stets gut. Kind gedeiht gut. Entlassung am 23. Tage.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern ist keine gestorben.

13 Wöchnerinnen machten ein normales Wochenbett durch und wurden zwischen dem 10. und 23. Tage entlassen.

Ein Wochenbett war durch einmalige Temperatursteigerung infolge mastitischer Reizung gestört. Entlassung am 12. Tage.

Eine Wöchnerin war krank an Bronchopneumonie und wurde am 10. Tage nach der inneren Klinik verlegt.

Eine Wöchnerin hatte mehrtägiges Fieber infolge eines vereiterten Hämatoms. Entlassung am 23. Tage.

Von den Kindern starben 6. Davon starben 5 an der Klinik (1 nach Extraction, 2 bei und kurz nach prophylaktischer Wendung, 1 bei künstlicher Frühgeburt, 1 durch Perforation), 1 wurde bereits todt eingeliefert.

Von den 5 an der Klinik eingetretenen Todesfällen fallen 4 dem engen Becken und der klinischen Geburtsleitung zur Last, indem ein Kind am nächsten Tage nach prophylaktischer Wendung an Melaena starb.

Da bei den Spontangeburten 2 Kinder starben, beträgt der Gesamtverlust an Kindern 8, von denen 6 dem engen Becken und der klinischen Therapie zur Last gelegt werden.

Das Durchschnittsgewicht der operativ geborenen Kinder war 3289 g ohne die künstlich frühgeborenen.

Allgemein verengte Becken.

Conj. vera 10,0—9,0 cm.

26 Geburten und zwar 18 bei Erstgebärenden und 8 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

Von 18 Erstgebärenden kamen 17 spontan nieder.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 17 Erstgebärenden betrug 22 Jahre, darunter waren 6 Gebärende unter 20 Jahren, keine über 30 Jahre alt.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3065 g, das geringste 2500 g, das grösste 3500 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 21,5 Stunden, die kürzeste 6 Stunden, die längste 62 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 14 mal in Ia und IIa Schädel-lage, 1 mal in IIb Schädel-lage, 2 mal in Steisslage.

Je einmal wurde Vorderscheitelbeineinstellung und vorzeitiger Blasensprung beobachtet.

Sämtliche Kinder wurden lebend geboren und gesund entlassen.

Das Wochenbett verlief afebril in 16 Fällen. Nur einmal wurde eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,2 am 4. Tage wegen Lochiometra beobachtet.

12 Wöchnerinnen wurden am 10., 2 am 9., je eine am 11., 12. und 14. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

Eine Geburt wurde durch die Perforation bei absterbendem Kinde wegen Fiebers der Mutter beendet.

(Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 429.) 20 jährige I para. C. vera 9 cm. IIb Schädel-lage, 40 Stunden nach Beginn der Wehen, 22 Stunden nach dem Blasensprung Temperatur 37,9, Puls 108, Kreissende erschöpft. Zugleich Sinken der kindlichen Herztöne und Abgang von Meconium. Kopf beweglich auf dem Beckeneingang querstehend. Muttermund fast verstrichen. Perforation des absterbenden Kindes. Kind, 3000 g, ohne Gehirn, 49 cm lang. Wochenbett: Vom 3.—4. Tage Fieber bis 38,7, sonst fieberfrei. Am 13. Tage entlassen.

B. Mehrgebärende.

Von 8 Geburten bei Mehrgebärenden verliefen 7 spontan.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3284 g, das geringste 2500 g, das grösste 4500 g.

Die Durchschnittsdauer der Geburt war 9 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 14 Stunden.

Sämmtliche Kinder kamen in Ia und IIa Schädellage zur Geburt.

Von Complicationen wurde 1 mal vorzeitiger Blasensprung beobachtet.

Alle Kinder wurden lebend geboren und gesund entlassen.

Das Schicksal der Mütter war auch ein gutes, sämmtliche blieben ganz gesund.

Von den Wöchnerinnen wurden 5 am 10. Tage, je 1 am 9. und 12 Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

Eine Geburt wurde durch die Zange wegen Gefahr von Seiten des Kindes beendet.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 662.) 30 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, Kind todt nach einigen Tagen. Zweite Geburt Zange, Kind gleich nach der Geburt gestorben. C. vera 9 cm. IIa Schädellage, nach 5 stündiger kräftiger Wehenthätigkeit (1 Std.) wegen sinkender Herztöne und Abgang von Meconium Zange aus Beckenmitte. Leicht asphyktisches Kind, 3450 g, 52 cm lang, bald wiederbelebt, zeigte eine leichte, linksseitige Facialispaparese. Wochenbett ganz normal. Entlassung am 10. Tage.

Allgemein verengte Becken.

Conj. vera 8,9—7,5 cm.

48 Geburten und zwar 18 bei Erstgebärenden, 30 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

10 Geburten verliefen spontan, während 8 mal die Geburt operativ beendet wurde.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 10 Erstgebärenden betrug 22 Jahre; dabei waren 2 Frauen weniger als 20 Jahre, 1 Frau über 30 Jahre alt.

Das Gewicht der geborenen Kinder war durchschnittlich 3002 g, das geringste 1920 g, das grösste 3600 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer betrug 25,6 Stunden, die kürzeste 12 Stunden die längste 78 Stunden.

Die Spontangeburt verliefen alle in Ia und IIa Schädellage. Einmal ist hintere Scheitelbeineinstellung vermerkt.

Von Complicationen ist 2 mal vorzeitiger Blasensprung zu erwähnen.

Alle Kinder wurden lebend geboren und gesund entlassen.

Das Wochenbett verlief afebril in 9 Fällen. Die gesunden Wöchnerinnen wurden alle am 10. Tage entlassen.

Eine Wöchnerin war krank vom 2.—3. Tage mit Fieber bis 40,6 in Folge Thrombophlebitis, wurde aber geheilt am 16. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

4 mal wurde die Zange angelegt.

2 mal am tiefstehenden Kopf:

1. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 414.) 22 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Ia Schädellage, 9 Stunden nach dem Blasensprung wegen Erschöpfung der Kreissenden und Schlechtwerden der kindlichen Herztöne Beckenausgangszange. Lebendes Kind 3000 g, 52 cm lang. Wochenbett ungestört. Entlassung am 12. Tage.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 270.) 21 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. I. Schädellage, Hinterscheitelbeineinstellung. Nach 9 stündiger Wehentätigkeit (6 Stunden) wegen Ansteigens der kindlichen Herztöne Zange am auf dem Beckenboden stehenden Kopf. Tief asphyktisches Kind, 3800 g, 50 cm lang, nicht wiederbelebt. Im Wochenbett vom 2.—16. Tage Fieber bis 39,0, dann Entfieberung. Am 43. Tage geheilt entlassen.

2 mal am hochstehenden Kopf:

3. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 522.) 24 Jahre alte I para. C. vera 8 cm. Kommt 53 Stunden nach dem Wehenbeginn, 48 Stunden nach dem Blasensprung mit Temperatur (38,2), frequentem Puls (130) und übelriechendem Ausfluss in die Klinik. II. Schädellage, vordere Scheitelbeineinstellung, Kopf mit dem grössten Durchmesser noch nicht eingetreten, Muttermund völlig erweitert, Herztöne des Kindes 160. Versuch der hohen Zange gelingt. Cervixscheidenriss und totaler Dammriss, Naht. Kind 4200 g, 55 cm lang, asphyktisch, wiederbelebt. Im Wochenbett vom 3.—25. Tage hohes Fieber bis 40°, dann Entfieberung. Am 41. Tage geheilt entlassen.

4. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 617.) 21 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Ia Schädellage, 96 Stunden nach Beginn der Wehen und Blasensprung Temperatur 38,5, Puls 116, Ansteigen der kindlichen Herztöne über 160. Kopf mit dem grössten Durchmesser noch nicht eingetreten. Hohe Zange befördert ein lebendes Kind von 3000 g Gewicht und 51 cm Länge zu Tage. Fieberfreies Wochenbett. Entlassung am 10. Tage.

2. Wendung.

1 mal wurde die prophylaktische Wendung wegen engen Beckens ausgeführt.

(Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 150.) 29 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Nach 48 stündigem Kreissen bei stehender Blase und völlig erweitertem Muttermund Wendung aus IIa Schädellage und Extraction

des lebenden Kindes von 3300 g Gewicht und 49 cm Länge. Wochenbett normal. Entlassung am 11. Tage.

3. Perforation.

1 mal wurde diese Operation zur Erleichterung der Geburt bei intra partum abgestorbener Frucht ausgeführt.

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 415.) 24 Jahre alte I para. C. vera 8,5 cm. Ia Schädellage, 30 Stunden nach Beginn der Wehen bei nicht völlig erweitertem Muttermund sinken die kindlichen Herztöne rasch und verschwinden völlig. Perforation des abgestorbenen Kindes, dessen Kopf beweglich auf dem Beckeneingang steht. Kind 3320 g ohne Gehirn, 54 cm lang. Im Wochenbett vom 3.—4. Tage Fieber bis 38,7, sonst fieberfrei. Entlassung am 13. Tage.

4. Klassischer Kaiserschnitt.

2 mal wurde die Section caesarea conservativa ausgeführt.

1. (Jahrg. 1901/02, Journ.-No. 549.) 23 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 25, 25, 17, 9,5, 7,5 cm. Ia Schädellage. Einige Stunden nach Beginn der Wehen bei stehender Blase konservativer Kaiserschnitt. Lebendes Kind 3050 g, 50 cm lang. Wochenbett vom Tage der Geburt ab 3 Tage lang leichtes Fieber bis 38,5, sonst fieberfrei. Glatte Heilung, Entlassung am 20. Tage. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 540.) 24 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 25, 26, 16,5, 10,5, 8,5 cm. IIa Schädellage, einige Stunden nach Wehenbeginn bei stehender Blase und wenig eröffnetem Muttermund Sectio caesarea conservativa mit querem Fundalschnitt. Kind 3950 g, 49 cm lang, lebt. Wochenbett vom Tage der Geburt an sechs Tage lang Fieber bis 38,6, dann Entfieberung. Am 28. Tage entlassen. Kind gedeiht gut.

Zusammenfassung: Bei den operativ beendigten 8 Geburten starben 2 Kinder, 1 bei Zange, 1 durch Perforation. Beide Todesfälle sind auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung zu setzen.

Da bei den Spontangeburtten sämtliche Kinder lebend geboren und entlassen wurden, beträgt bei dem allgemein verengten Becken Erstgebärender, Vera 8,9—7,5, der Gesamtverlust an Kindern 2.

Das Durchschnittsgewicht der operativ Geborenen war 3453 g.

Von den operativ entbundenen Müttern ist keine gestorben.

Das Wochenbett war afebril in 3 Fällen. Diese Wöchnerinnen wurden am 10., 11. und 12. Tage entlassen.

5 Wöchnerinnen waren krank mit mehrtäglichem Fieber und wurden zwischen dem 13. und 43. Tage (durchschnittlich am 28. Tage) entlassen.

B. Mehrgebärende.

14 Geburten verliefen spontan, während 16 Frauen operativ entbunden wurden.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3051 g, das geringste 1800 g, das grösste 4400 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 16 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 37 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 13 mal in Ia und IIa Schädellage, davon 1 mal in Walcher'scher Hängelage, 1 mal in Steisslage mit Manualhilfe.

Einmal wurde Vorderscheitelbeineinstellung beobachtet.

Von Complicationen ist 3 mal vorzeitiger Blasensprung zu verzeichnen.

Von den Kindern wurden 2 in Schädellage asphyktisch geboren. Beide zeigten bis kurz vor dem Austritt des Kopfes gute Herztöne. In einem Falle war die Nabelschnur um den Hals geschlungen. Das Kind konnte aber wiederbelebt werden. Im anderen Falle waren Wiederbelebungsversuche erfolglos. Die Geburt hatte in diesem Falle 62 Stunden gedauert, das Kind wog 3500 g und zeigte eine deutliche, vom Promontorium herrührende Impression auf dem linken Scheitelbein. Das todte Kind ist auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung zu setzen.

Von den Müttern ist keine gestorben.

Das Wochenbett verlief afebril in 10 Fällen. Die gesunden Wöchnerinnen wurden alle am 10. Tage entlassen.

Ein Wochenbett war gestört durch eine einmalige Temperaturerhöhung auf 38,2 am 7. Tage. Entlassung am 10. Tage.

Zwei Wöchnerinnen hatten vom 1.—2. Tage und vom 4. bis 5. Tage Fieber bis 40,0 und 38,0. Entlassung am 12. und 10. Tage.

Eine Wöchnerin erkrankte vom 4.—5. Tage und dann wieder vom 8.—9. Tage mit Fieber bis 39,0 und Herpes labialis. Sie wurde am 9. Tage zur weiteren Behandlung nach der medicinischen Klinik verlegt.

b) Operative Entbindungen.

1. Wendung.

Die Wendung aus Schädellage wurde 6 mal ausgeführt, darunter 2 mal wegen Nabelschnurvorfalls.

1. (Jahrg. 1902/03, Journ.-No. 399.) 29 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, Kind gleich nach der Geburt gestorben. 2. Geburt spontan, lange dauernd, Kind lebt. C. vera 8,5 cm. 24 Stunden nach Beginn der Wehen, 20 Stunden nach dem Blasensprung sinken die kindlichen Herztöne allmählich und geht Meconium ab. Muttermund völlig verstrichen, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Wendung und Extraction, Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff, Cervix- und Dammriss, Naht. Tief asphyktisches Kind, 3800 g, 55 cm lang, zeigte eine circa fünfmarkstückgrosse tiefe Impression auf dem linken Scheitelbein, nicht wiederbelebt. Im Wochenbett vom 4.—6. Tage Fieber bis 40,0, sonst fieberfrei. Entlassung am 28. Tage.

2. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 125.) 29 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind nach 6 Wochen gestorben. C. vera 8,5 cm. Nach 15 stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert, Kopf noch beweglich. Sprengen der Blase, Wendung und Extraction. Kopf wird durch den Veit-Smellie'schen Handgriff entwickelt. Leicht asphyktisches Kind, 3420 g, 52 cm lang, wiederbelebt, rechtsseitige Clavicularfractur. Wochenbett ungestört. Entlassung am 18. Tage.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 522.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, todttes Kind. C. vera 8,5 cm. I. Schädellage. Nach 22 stündiger Wehentätigkeit (1 Stunde) Abgang von Meconium, Herztöne nicht so schlecht, Kopf beweglich auf dem Beckeneingang, Muttermund handtellergröss erweitert. Wendung und Extraction. Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff. Totaler Dammriss. Lebendes Kind 4200 g, 54 cm lang. Im Wochenbett vom 3.—4. Tage leichtes Fieber bis 38,2, dann Entfieberung. Am 11. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 611.) 37 Jahre alte III para. 1. und 2. Geburt spontan. C. vera 8,5 cm. Ia Schädellage, nach 12 stündiger Wehentätigkeit Kopf beweglich über dem Becken. Da Spontangeburt wegen des grossen Kopfes ausgeschlossen erscheint, wird bei stehender Blase und beinahe völlig erweitertem Muttermund Wendung vorgenommen. Dann sofortige Extraction des lebenden Kindes von 4000 g Gewicht und 50 cm Länge. Normales Wochenbett. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 139.) 26 Jahre alte IV para. Erste Geburt Perforation. 2. Geburt spontane Frühgeburt, Kind lebt. 3. Geburt Perforation. C. vera 8 cm. I. Schädellage, nach 5 stündiger Wehentätigkeit springt die Blase, dabei fällt die Nabelschnur vor. Wendung und Extraction. Tief asphyktisches Kind, 3600 g, 54 cm lang, nicht wiederbelebt. Fieberfreies Wochenbett. Entlassung am 10. Tage.

6. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 350.) 36 Jahre alte III para. Erste Geburt Forceps, Kind lebt. 2. Geburt spontan, lebendes Kind. C. vera 8 cm. 37 Stunden nach Wehenbeginn fällt beim Blasensprung die Nabelschnur vor. Wendung und Extraction. Kind 3700 g, 52 cm lang, lebt. Wochenbett ungestört. Am 10. Tage entlassen.

2. Perforation.

Die Perforation wurde 3 mal bei absterbendem und todttem Kind ausgeführt.

1. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 339.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, todttes Kind. C. vera 8 cm. II. Schädellage, nach 50 stündiger Wehentätigkeit springt die Blase, dabei fällt die Nabel-

schnur vor. Kopf beweglich über dem Beckeneingang, ein Arm ist vor dem Kopf zu fühlen. Muttermund noch nicht völlig erweitert. Kindliche Herztöne leise und verlangsamt. Perforation des absterbenden Kindes. Kind 3000 g ohne Gehirn. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage

2. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 499.) 33 Jahre alte VIII para. 1. Geburt Forceps nach 4 tägigem Kreissen, Kind lebt. 2. Geburt künstliche Frühgeburt, lebendes Kind. 3. Geburt Extraction bei Fusslage, Kind todt in der Geburt. 4. Geburt Wendung, Kind todt. 5.—7. Geburt künstliche Frühgeburten, 2 Kinder leben, 1 Kind gleich nach der Geburt gestorben. C. vera 8,5 cm. I. Schädellage, nach 7 stündiger Wehentätigkeit bei nicht völlig erweitertem Muttermund Blasensprung, dabei Nabelschnurvorfal, Fruchtwasser stark meconiumhaltig. Herztöne kaum zu hören, Kopf steht über dem Beckeneingang. Perforation. Enthirntes Kind 2700 g, 48 cm lang. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

3. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 86.) 23 Jahre alte III para. Erste Geburt Zange, Kind lebt. 2. Geburt spontan in Walcher'scher Hängelage, Kind lebend geboren. C. vera 8 cm. I. Schädellage, nach 18 stündigem Kreissen sinken die kindlichen Herztöne. Kopf schwer beweglich im Beckeneingang. Impression in Walcher'scher Hängelage misslingt, während dessen verschwinden die Herztöne völlig, dann Perforation. Kind 3200 g (enthirnt), 50 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

3. Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt wurde 2 mal eingeleitet.

1. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 148.) 22 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation in der Klinik. C. vera 8 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche mit Bougie. Nach 24 Stunden Muttermund völlig erweitert, Blase steht. Wendung aus I. Querlage und Extraction des lebenden Kindes von 2700 g Gewicht und 47 cm Länge. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 525.) 36 Jahre alte VI para. Erste Geburt spontan, Kind todt. 2.—5. Geburt künstliche Frühgeburten, davon 2 mal Wendung und Extraction, 3 Kinder leben. C. vera 7,5 cm. Einleitung der künstlichen Frühgeburt (Ende des IX. Lunarmonats) mit Kolpeurynter. Nach weiteren 9 Stunden bei völlig eröffnetem Muttermund und stehender Blase Wendung des in II. Querlage befindlichen Kindes. Dann spontan bis Kopf geboren, der mit dem Veit-Smellieschen Handgriff entwickelt wurde. Lebendes Kind 2850 g, 48 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage beide gesund entlassen.

4. Pubiotomie.

4 mal wurde die Pubiotomie vorgenommen.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 728.) 35 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind nach $\frac{1}{2}$ Stunde gestorben. C. vera 7,75 cm. Nach 12 stündigen Wehen (5 Stunden) Muttermund völlig erweitert. Kopf abschiebbar auf dem Beckeneingang. Hinteres Scheitelbein stark gesenkt. Pfeilnaht an der Symphyse quer verlaufend. Herztöne gut. Da eine Configuration des harten und grossen kindlichen Schädels nicht zu erwarten ist, Pubiotomie links. Vergebliche Versuche der hohen Zange. Wendung und Extraction. Blutung gering. Diastase der Knochen-

enden 2—3 cm. Blasenquetschung durch Druck der Zange oder des kindlichen Kopfes, Einlegen eines Dauerkatheters. Lebendes Kind 2600 g schwer, 52 cm lang, Kopfumfang 36 cm. Facialispapese rechts. Faust-grosses Hämatom der linken grossen Labie. Glatter Wochenbettsverlauf, abgesehen von 2 leichten Temperatursteigerungen, am 4. Tage 37,9, am 5. Tage 38,3 in Folge Bronchitis. Am 14. Tage aufgestanden, am 20. Tage gesund mit tadelloser Gehfähigkeit und ohne Blasenstörung entlassen.

2. (Jahrg. 1505/06, Journ.-No. 475.) 27 Jahre alte II para. Erste Geburt, spontan nach 3tägigem Kreissen, Kind todt. C. vera 7,75 (Bylicki). I. Schädellage. Nach 40stündiger Wehenthätigkeit (5 Stunden) Muttermund völlig erweitert. Kopf noch beweglich über dem Becken. Sinken der Herztöne auf 120. Subcutane Pubiotomie links. Geringe Blutung. Lebendes Kind mit der Zange entwickelt. Kind 3150 g, 50 cm lang, Kopfumfang 36 cm. Diastase der Knochen 4 cm. Wochenbett: Am 3. Tage einmal 38,9, sonst glatter Verlauf. Steht am 14. Tage auf. Entlassung am 46. Tage. Gang ganz normal.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 69.) 38jährige VII para. Erste Geburt spontan, Kind todt. Dann 5 künstliche Geburten mit lebenden Kindern. C. vera 8,0 (Bylicki). I. Schädellage, 27 Stunden nach Wehenbeginn, 10 Stunden nach dem Blasensprung, Muttermund völlig erweitert. Subcutane Pubiotomie links. Blutung aus einem Varix der linken grossen Labie, steht auf Umstechung. Diastase der Knochenränder 2 Finger breit. Nach 2—3 kräftigen Wehen Spontangeburt eines lebenden Kindes von 3350 g Gewicht, 51 cm Länge, 34 cm Kopfumfang. Im Wochenbett vom 5.—9. Tage leichte Temperatursteigerung; Kathetercystitis, sonst ungestörter Heilungsverlauf. Am 19. Tage aufgestanden. Gutes Gehvermögen.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 703.) 27 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. C. vera 8,0 cm (Bylicki). Nach 15 stündigem Kreissen Muttermund völlig erweitert. Kopf noch beweglich. Subcutane Pubiotomie links. Geringe Blutung. Diastase der Knochenränder ca. 2 cm. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde Spontangeburt in Ia Schädellage. Lebendes Kind, 2850 g, 51 cm lang, Kopfumfang 33 cm, zeigte eine Druckspur des Promontorium auf dem linken Scheitelbein, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett ganz fieberfrei. Am 15. Tage Aufstehen, am 21. Tage Entlassung. Gutes Gehvermögen.

5. Kaiserschnitt.

1 mal wurde Porro'sche Operation ausgeführt.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 505.) 31 Jahre alte II para. Erste Geburt Forceps, Kind todt. Beckenmaasse: 23, 25, 16. C. vera 8,5 cm (Bylicki). Auf Wunsch der Pat. nach 4stündiger Wehenthätigkeit bei stehender Blase Sectio caesarea nach Porro mit Entfernung der linken Adnexe. Lebendes Kind 3100 g, 49 cm lang. Glatte Heilung. Am 23. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern ist keine gestorben.

11 Wöchnerinnen machten ein normales Wochenbett durch und wurden zwischen dem 10. und 23. Tage entlassen.

1 Wochenbett war gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung. Die Wöchnerin wurde am 46. Tage entlassen.

4 Wöchnerinnen hatten 2—3tägiges Fieber, in 2 Fällen davon handelte es sich um Bronchitis und Kathetercystitis. Entlassung zwischen dem 11. und 28. Tage.

Von den Kindern starben 5: 2 bei prophylaktischer Wendung, 3 durch Perforation.

Alle 5 Todesfälle sind auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung zu setzen.

Da auch bei den Spontangeburt ein Kind infolge der Therapie gestorben ist, so beträgt der gesammte durch sie verschuldete Kinderverlust bei den Mehrgebärenden mit allgemein verengtem Becken und Vera 8,9—7,5 cm 6 Kinder.

Das Durchschnittsgewicht der operativ geborenen Kinder (künstliche Frühgeburt nicht mitgerechnet) betrug 3405 g.

Allgemein verengte Becken.

Conj. vera 7,4—5,5 cm.

13 Fälle: 8 Erstgebärende, 5 Mehrgebärende.

A. Erstgebärende.

1 Spontangeburt, 7 operative Entbindungen.

a) Spontane Geburt.

Nur eine Frau hat bei einer Conjugata vera von 6,5 cm spontan entbunden, das Kind war aber sehr klein.

(Jg. 1901/02, Journ.-No. 440.) 16 jährige I para. C. vera 6,5 cm. Geburtsdauer 15 Stunden (12 Stunden). Spontangeburt in Ia Schädel-lage. Kind, 1700 g, 45 cm lang, lebt, stirbt aber nach 36 Stunden. Wochenbett: Temperatursteigerung vom 4.—5. Tage bis 38,0. Entlassung am 12. Tage.

Da in diesem Fall die Lebensschwäche die Todesursache des Kindes war, so fällt das todte Kind nicht der klinischen Geburtsleitung zur Last.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

Wegen Sinkens der kindlichen Herztöne wurde einmal die Zange angelegt.

(Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 266.) 39 jährige I para. C. vera 6,5 cm. Ia Schädel-lage, 13 Stunden nach dem Blasensprung, da der Kopf im Becken steht und bereits sichtbar ist, sinken die kindlichen Herztöne.

Zange im schrägen Durchmesser. Kleines Kind, 2500 g, 47 cm lang, leicht asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett fieberfrei, am 10. Tage entlassen.

2. Perforation.

In zwei Fällen wurde das lebende Kind perforirt und mit Kranioklast extrahirt.

1. (Jg. 1903/04, Journ.-No. 252). 27 Jahre alte I para. C. vera 7,0 cm. Wird kreissend 27 Stunden nach Wehenbeginn und Blasensprung eingeliefert. II. Schädellage. Muttermund wenig erweitert, Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang. Nach weiteren 47 Stunden unteres Uterinsegment stark ausgezogen, Kreissende erschöpft, Puls 124, Muttermund beinahe verstrichen, Kopf fest auf den Beckeneingang gepresst. Perforation des lebenden Kindes. Enthirtes Kind, 3000 g, 49 cm lang. Nach fieberfreiem Wochenbett Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 543.) 21jährige I para. C. vera 7,0 cm. I. Schädellage mit Hinterscheitelbeineinstellung, Geburtsdauer 41 Stunden, vorzeitiger Blasensprung vor 32 Stunden. Kopf beweglich auf dem Becken. Eine Stunde vor der Entbindung Impression in Walcher'scher Hängelage ohne Erfolg. Wegen starker Dehnung des unteren Uterinsegmentes bei nicht völlig erweitertem Muttermund Perforation des lebenden Kindes. Kind 1830 g (enthirt), 51 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

3. Kaiserschnitt.

Die Sectio caesarea wurde 4 mal ausgeführt und zwar 2 mal conservativer Kaiserschnitt, 2 mal Porro'sche Operation.

1. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 282.) 28 Jahre alte I para. Beckenmaasse 23, 24,5, 16,5, 9,25, 7,25 cm. Nach 10stündiger Wehenthätigkeit bei stehender Blase und wenig eröffnetem Muttermund Sectio caesarea conservativa mit querem Fundalschnitt. Entwicklung des in Ia Schädellage liegenden lebenden Kindes von 2800 g Gewicht, 48 cm Länge. Im Wochenbett Fieber vom 4.—11. Tage bis 39,0 infolge Phthisis pulmonum. Entlassung am 30. Tage. Kind gut gediehen.

2. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 566.) 25 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 24, 22,5, 14, 6, 4 cm. Einige Stunden nach Wehenbeginn Sectio caesarea nach Porro. Lebendes Kind 2900 g, 46 cm lang. Pat. stirbt 6 Stunden nach der Operation an Collapsus in Folge Herzfehlers. Kind gut gediehen.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 44.) 15jährige I para. Beckenmaasse: 24, 26, 16, 9, 7 cm. Ia Schädellage, einige Stunden nach Beginn der Wehen Sectio caesarea conservativa mit querem Fundalschnitt. Tubensterilisation. Lebendes Kind 3500 g, 48 cm lang, Wochenbett: Vom 1.—3. Tage leichtes Fieber bis 38,5, sonst fieberfrei. Am 20. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ. No. 245.) 20 Jahre alte I para. Beckenmaasse 24, 25, 14,5, 8,5, 6,5 cm. 40 Stunden nach Wehenbeginn und Blasensprung Porro'sche Operation. Kind 2800 g, 50 cm lang, lebt. Wochenbett: Vom 1.—3. Tage leichtes Fieber bis 38,5, sonst fieberfrei. Am 20. Tage entlassen. Kind gut entwickelt.

Zusammenfassung: Von den operativ entbundenen Müttern ist eine kurz nach dem Kaiserschnitt an Collapsus in Folge eines Herzfehlers gestorben. Ihr Tod ist auf Kosten der klinischen Geburtsleitung zu setzen.

Fassen wir die Resultate für die Kinder zusammen, so ergibt sich, dass von den Kindern bei Spontangeburt 1, bei operativen Entbindungen 2 gestorben sind, zusammen 3, von den 2 dem engen Becken, 1 davon der rein klinischen Therapie zur Last zu legen sind.

Das Wochenbett verlief afebril in 3 Fällen. Die gesunden Wöchnerinnen wurden alle am 10. Tage entlassen.

3 Wöchnerinnen waren krank mit 4tägigem, 12tägigem, 8tägigem Fieber. Entlassung 20., 27., 38. Tage. Im letzten Falle handelte es sich um Lungenphthisis.

Das Durchschnittsgewicht der 7 operativ geborenen Kinder betrug 2617 g.

B. Mehrgebärende.

1 Spontangeburt, 4 operative Entbindungen.

a) Spontane Geburt.

Nur eine Frau hat spontan entbunden, ohne einen Schaden für Mutter und Kind.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 768.) 22jährige II para. Erste Geburt spontan, Kind lebt. C. vera 7,0 cm. II a Schädellage. Geburtsdauer 24 Stunden (2 Stunden nach dem Blasensprung). Kind, 3000 g, 46 cm lang, lebt, Schädel stark configuriert. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

b) Operative Entbindungen.

1. Wendung.

Eine Frau wurde durch Wendung aus Kopflage und Extraction entbunden.

(Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 151.) 23 Jahre alte II para. Erste Geburt Frühgeburt mit ärztlicher Hilfe. Kind todt. Nach 8stündiger starker Wehenthätigkeit (7 Stunden) Muttermund völlig erweitert. Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Wendung und Extraction. Entwicklung des Kopfes mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff. Linksseitige Humerusfractur. Kind schwer asphyktisch, wiederbelebt, 2600 g, 48 cm lang. Fieberfreies Wochenbett. Am 15. Tage beide gesund entlassen.

2. Kaiserschnitt.

3 mal wurde die Porro'sche Operation vorgenommen.

1. Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 448.) 24 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation des todtten Kindes. Beckenmaasse: 24, 26, 17, 9,25,

7,25 cm. Patientin wünscht ein lebendes Kind zu haben und nicht wieder schwanger zu werden. Vor Beginn der Wehen Sectio caesarea nach Porro: Querer Fundalschnitt, Entwicklung des in Ia Schädellage liegenden Kindes, dann supravaginale Amputation mit Abtragung der linken Adnexe. Lebendes Kind 3250 g, 45 cm lang. Glatter, fieberfreier Verlauf. Am 35. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 86.) 33 Jahre alte III para. Beckenmaasse: 24,5, 25, 18, 8,5, 6,5 cm. Erste Geburt Wendung, todttes Kind. Zweite Geburt künstliche Frühgeburt, Perforation. Dritte Geburt IIa Schädellage, nach 10stündiger Wehenthätigkeit bei stehender Blase und fünfmarkstückgross eröffnetem Muttermund Porro'sche Operation mit Entfernung der linken Adnexe. Lebendes Kind 2600 g, 48 cm lang. Wochenbett gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,1 am 6. Tage, sonst normal. Heilung per primam. Am 20. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

3. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 610.) 39 Jahre alte II para. Erste Geburt künstliche Frühgeburt, Kind todt. Beckenmaasse: 23, 26, 17, 9, 7 cm. Auf Wunsch der Pat. vor Beginn der Geburt Sectio caesarea nach Porro (Ende des zehnten Lunarmonats). Kind 2850 g, 47 cm lang, lebt. Normaler Verlauf des Wochenbettes. Entlassung am 20. Tage.

Zusammenfassung: Das Resultat der 4 operativ beendigten Geburten war wie bei Spontangeburt für Mütter und Kinder günstig.

Bei nur einer Wöchnerin trat eine einmalige Temperatursteigerung auf, alle Wöchnerinnen wurden gesund zwischen dem 15. und 35. Tage entlassen.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 2825 g.

Ich schliesse auch hier wieder die Becken mit nur äusserer Messung an.

Allgemein verengte Becken.

Conj. externa 18—14 cm.

143 Geburten und zwar 107 bei Erstgebärenden und 36 bei Mehrgebärenden.

A. Erstgebärende.

95 Frauen haben spontan, 12 operativ entbunden.

a) Spontane Geburten.

Das durchschnittliche Alter der 95 Erstgebärenden betrug 21 Jahre, darunter waren 33 Gebärende unter 20 Jahren, 3 über 30 Jahre alt.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3026 g, das niedrigste 2500 g, das höchste 4000 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 18 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 67 Stunden.

Die Spontangeburt erfolgte 92 mal in Ia und IIa Schädellage,

3 mal in Steisslage. 2 mal wurde vordere Scheitelbeineinstellung beobachtet. In drei Fällen kam es zu vorzeitigem Blasensprunge.

Von den Müttern ist keine gestorben.

Das kindliche Leben war in einem Fall vorübergehend durch Asphyxie bedroht. Ein 2850 g schweres Kind starb während der Geburt. Es wurde von einer 31 jährigen Erstgebärenden mit Conj. externa 16 cm in 50 Stunden (20 Stunden nach dem Blasensprung) tief asphyktisch geboren, konnte auch nicht wiederbelebt werden. Das todte Kind ist auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung zu setzen. Da es sich um ein langes Verweilen im Beckenausgange, allerdings bei bis Schluss guten Herztönen, handelte, so wäre hier die tödtliche Asphyxie durch einen rechtzeitigen Forceps wohl zu vermeiden gewesen.

Das Wochenbett verlief afebril in 90 Fällen. Von den betreffenden Wöchnerinnen wurden 68 am 10., 14 am 9. und 8 am 11. Tage entlassen.

2 mal wurde eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,2 und 39,0 am 3. und 7. Tage beobachtet. Die drei übrigen Wöchnerinnen waren krank durch je zweitägige Steigerung bis 39, 38,8 und 38,9. Im ersten Falle handelte es sich um mastitische Reizung. Diese 5 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 12. und 24. Tage entlassen.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

Mit der Zange wurde die Geburt 8 mal beendet, davon 7 mal am tiefstehenden Kopf, 1 mal am hochstehenden.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 524.) 20 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. Nach 28 stündiger Weenthätigkeit (2 Stunden) wurde die Zange wegen Sinkens der Herztöne und Abgangs von Meconium im Beckenausgang angelegt und ein 2600 g schweres, 48 cm langes Kind lebend entwickelt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 669.) 30 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. Nach 34 stündiger Geburtsdauer (2 Stunden) bleiben die kindlichen Herztöne dauernd sehr frequent (190). Beckenausgangszange. Leicht asphyktisches Kind, 3000 g, 52 cm lang, bald wiederbelebt. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.

3. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 179.) 29 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. Nach 30 stündigem Kreissen und 5 Stunden, nachdem das Fruchtwasser abgeflossen, wird wegen secundärer Wehenschwäche und schlechter Herztöne der seit 1 Stunde im Beckenausgang verharrende Kopf mit Zange extrahirt. Kind 3100 g, 52 cm lang, lebt. Wochenbett normal. Am 9. Tage entlassen.

4. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 567.) 17 Jahre alte Ipara. C. ext. 18 cm. Geburtsdauer 14 Stunden (3 Std.). Herztöne schlecht. Forceps

im Beckenausgang. Kind 3100 g, 52 cm lang, lebt. Wochenbett: Am 5. Tage einmal Temperatursteigerung auf 39,0, sonst normal. Entlassung am 10. Tage.

5. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 644.) 26 Jahre alte Ipara. C. ext. 18 cm. Ia Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 50 Stunden. Nach 12stündiger Wehenthätigkeit, da der Kopf auf dem Beckenboden steht, sinken die kindlichen Herztöne. Zange befördert ein asphyktisches Kind zu Tage, nicht wiederbelebt, Gewicht 2700 g, Länge 48 cm. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

6. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 229.) 20 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. Vorzeitiger Blasensprung seit 22 Stunden. Geburtsdauer 21 Std. Wegen secundärer Wehenschwäche und schlechter Herztöne Zange im Beckenausgang. Lebendes Kind 2800 g, 49 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 11. Tage.

7. (Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 82.) 23 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. II. Vorderhauptlage. Nach 10stündiger Wehendauer (2 Std.) wegen Sinkens der Herztöne und Abgangs von Meconium Zange im Beckenausgang. Asphyktisches Kind 2000 g, 41 cm lang, wiederbelebt. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. Hohe Zange.

8. (Jahrg. 1903/04, Journ.-No. 339.) 14 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. Nach 10stündiger starker Wehenthätigkeit (6 Stunden) ist Kreissende erschöpft, zugleich geht Meconium ab. Kleiner, configurirter Kopf fest im Beckeneingang querstehend. Hohe Zange mit gutem Erfolge. Lebendes Kind 2600 g, 48 cm lang. Wochenbett ungestört. Am 11. Tage entlassen.

3. Perforation.

3 mal wurde die Perforation ausgeführt.

1 mal wegen Nabelschnurvorfalles bei todttem Kind.

1. (Jahrg. 1904/05, Journ.-No. 552.) 28 Jahre alte Ipara. C. ext. 18 cm. Ia Schädellage. Nach 30stündiger Wehenthätigkeit springt die Blase, dabei fällt die pulslose Nabelschnur vor. Kopf mit sehr klaffenden Nähten fest im Beckeneingang. Perforation. Kind 2950 g (enthirnt). Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

1 mal wegen Fiebers der Mutter bei absterbendem Kind.

2. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 452.) 23 Jahre alte Ipara. C. ext. 17 cm. Nach 23 stündiger Geburtsdauer (22 Stunden) Temperaturerhöhung auf 38,6. Muttermund kleinhand gross erweitert, Kopf beweglich über dem Beckeneingang, starke Kopfgeschwulst. Kindliche Herztöne dauernd frequent (185). Secundäre Wehenschwäche. Perforation des absterbenden Kindes. Enthirntes Kind 3050 g, 48 cm lang. Wochenbett fieberfrei. Am 13. Tage entlassen.

1 mal bei todttem Kind am nachfolgenden Kopf.

3. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 288.) 27 Jahre alte Ipara. C. ext. 17,5 cm. I. Steisslage. Nach 2 tägigem Kreissen wird Kind spontan bis Hals geboren. Entwicklung des grossen Kopfes bedeutend schwierig. Während der Extraction schwinden die kindlichen Herztöne ganz. Daher Perforation des nachfolgenden Kopfes. Kind 3600 g (enthirnt), 50 cm lang. Wochenbett normal. Am 10. Tage entlassen.

4. Kaiserschnitt.

1 mal wurde die Sectio caesarea nach Porro vorgenommen.

(Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 662.) 26 Jahre alte I para. Beckenmaasse: 20,5, 20, 14 cm. Nach 2 stündiger Wehentätigkeit Porro'sche Operation mit Entfernung der linken Adnexe. Lebendes Kind 2360 g, 46 cm lang. Glatte Heilung. Am 20. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

Zusammenfassung: Von den Erstgebärenden mit allgemein verengtem Becken Externa 18—14 cm starb keine. Von den Kindern starben bei Spontangeburt 1, bei Operationen 4 (1 Zange, 3 Perforation), sämtliche in Folge des engen Beckens und der klinischen Therapie.

Bei den operativ beendigten 12 Geburten verlief das Wochenbett afebril in 11 Fällen. Nur ein Wochenbett war gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung. Alle Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 20. Tage (durchschnittlich am 11. Tage) entlassen.

Das durchschnittliche Kindergewicht der operativ Geborenen betrug 2821 g.

B. Mehrgebärende.

Von 36 Mehrgebärenden kamen 31 spontan nieder, 5 wurden operativ entbunden.

a) Spontane Geburten.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3106 g und schwankte zwischen 2500 g und 4100 g.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 13 Stunden, die kürzeste 6 Stunden, die längste 28 Stunden.

Alle Kinder wurden in Ia und IIa Schädellage geboren. Einmal wurde hintere Scheitelbeineinstellung beobachtet.

Von Complicationen sind vorzeitiger Blasensprung (2 mal) und Nabelschnurvorfal (1 mal) zu verzeichnen.

Die spontan Geborenen wurden sämtlich lebend geboren und lebend entlassen.

Das Wochenbett verlief afebril in 28 Fällen. Einmal wurde eine einmalige Temperatursteigerung auf 38 am 9. Tage in Folge Thrombophlebitis beobachtet. 2 Wöchnerinnen waren krank, 1 an Darmkatarrh mit 2tägigem Fieber bis 38, 1 an Mastitis mit 3 tägigen Fieber bis 38,4.

19 Wöchnerinnen wurden am 10. Tage, 6 am 9. Tage, 3 am 11. Tage, je eine am 8., 13. und 19. Tage.

b) Operative Entbindungen.

1. Zange.

Die Zange wurde 2 mal aus Indication von Seiten des Kindes ausgeführt.

1. (Jahrg. 1905/06, Journ.-No. 698.) 27 Jahre alte VI para. 1. bis 3. Geburt Forceps. 4. und 5. Geburt Wendung, 3 Kinder leben, 2 im Alter von 7—10 Monaten gestorben. C. ext. 18 cm. Nach 6 stündiger Wehentätigkeit (1 Stunde) wegen Sinkens der kindlichen Herztöne Beckenausgangszange. Lebendes Kind 4000 g, 54 cm lang. Wochenbett normal. Entlassung am 10. Tage.

2. (Jahrg. 1908/09, Journ.-No. 49.) 34 Jahre alte III para. Erste Geburt Zange, Kind todt. 2. Geburt spontan, Kind lebt. C. ext. 17 cm. I. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung seit 10 Stunden, nach 6 stündiger Wehentätigkeit sinken die kindlichen Herztöne. Forceps in Beckenmitte. Lebendes Kind 3800 g, 50 cm lang, linksseitige Facialisparese. Wochenbett fieberfrei. Entlassung am 10. Tage.

2. Wendung.

Die prophylaktische Wendung wurde wegen des engen Beckens in 2 Fällen ausgeführt.

1. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 687.) 20 Jahre alte II para. Erste Geburt langdauernd, spontan, Kind lebt. C. ext. 17,5 cm. Ia Schädellage. Nach 6 stündiger Wehentätigkeit Muttermund völlig erweitert, Blase steht, Kopf beweglich. Wendung und Extraction eines lebenden, 2800 g schweren, 49 cm langen Kindes. Linksseitige Humerusfractur. Wochenbett afebril. Am 9. Tage entlassen.

2. (Jahrg. 1906/07, Journ.-No. 738.) 23 Jahre alte II para. Erste Geburt spontan, Kind nach 8 Tagen todt. C. ext. 17 cm. IIa Schädellage, nach 13 stündiger Geburtsdauer bei stehender Blase und völlig eröffnetem Muttermund Wendung und Extraction. Kind 2850 g, 49 cm lang, lebt. Wochenbett ungestört. Entlassung am 9. Tage.

3. Kaiserschnitt.

Die Porro'sche Operation wurde einmal ausgeführt.

(Jahrg. 1907/08, Journ.-No. 427.) 32 Jahre alte II para. Erste Geburt Perforation. Beckenmaasse: 23, 26, 16 cm. Einige Stunden nach Beginn der Wehen bei stehender Blase Porro'sche Operation mit Entfernung der linken Adnexe. Entwicklung des in I. Schädellage liegenden, lebenden, 3300 g schweren Kindes. Wochenbett fieberfrei. Glatte Heilung. Am 21. Tage entlassen. Kind gut gediehen.

Zusammenstellung: Das Schicksal der Mütter und Kinder war ein gutes, sämtliche blieben ganz gesund. Alle Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 20. Tage entlassen.

Das durchschnittliche Kindergewicht der operativ Geborenen betrug 3350 g.

Die im Vorhergehenden genauer beschriebenen 760 Geburten bei engem Becken fassen nicht die Gesamtzahl aller regelmässig verengten Becken unter 6038 Geburten in sich, welche in dem

Zeitraum von Anfang November 1901 bis Ende Juli 1909 in der Bonner Frauenklinik stattfanden. Es kommen vielmehr noch jene Fälle hinzu, wo das enge Becken complicirt war durch Anomalien der Placenta, durch Eklampsie, durch schwere Organkrankheiten oder durch Verengerungen der weichen Geburtswege: 15, ferner die spontanen Geburten bei Kindern unter 2500 g und bei macerirten Früchten bei den geringen Graden der Beckenverengung: 33. Die Gesamtzahl der platten und allgemein verengten Becken beträgt also 808, was einer Frequenz derselben von 13,4 pCt. entspricht.

In unserem Material verhalten sich die allgemein verengten Becken zu den platten wie 1:2,3. Jene stellen 30,7 pCt., diese 69,3 pCt. aller engen Becken.

Von insgesamt 760 Fällen überwiegen die Erstgebärenden. 416 Erstgebärenden stehen 344 Mehrgebärende gegenüber, während bei den 390 Fällen mit Angabe des Maasses der Conj. diag. das Verhältniss umgekehrt ist. Auf 159 Erstgebärende kommen 231 Mehrgebärende.

Bevor ich einen Gesamtüberblick über die bisher im Einzelnen betrachteten spontanen und operativen Entbindungen gebe, möchte ich an dieser Stelle einige Daten erwähnen, die sich aus unserem Material ergeben.

Die Frage nach der Abhängigkeit der Grösse des Kindes von der Beckenverengung werden von verschiedenen Autoren in gerade entgegengesetztem Sinne beantwortet.

In unserem Material betrug das Kindergewicht im Durchschnitt:

		Vera	Spontane Geburt	Operative Geburt
Bei den platten Becken		10—9,6 cm. bei	Erstgeb. 3075 g	3700 g
			Mehrgeb. 3221 "	3520 "
" " allgemein verengten Becken	10—9 "	" "	Erstgeb. 3056 "	3000 "
			Mehrgeb. 3284 "	3450 "
" " platten Becken		9,5—8,5 "	Erstgeb. 3110 "	3276 "
			Mehrgeb. 3334 "	3481 "
" " allgemein verengten Becken	8,9—7,5 "	" "	Erstgeb. 3002 "	3453 "
			Mehrgeb. 3051 "	3405 "
" " platten Becken		8,4—7 "	Erstgeb. 3096 "	2882 "
			Mehrgeb. 3163 "	3362 "
" " allgemein verengten Becken	7,5—5,5 "	" "	Erstgeb. 1700 "	2617 "
			Mehrgeb. 3000 "	2825 "
" " platten Becken		6,9—5,5 "	Erstgeb. —	3150 "
			Mehrgeb. —	3340 "
		Externa	Spontane Geburt	Operative Geburt
Bei den allgem. verengten Becken	18 cm und darunter bei	Erstgeb. 3026 g	3026 g	2821 g
		Mehrgeb. 3106 "	3106 "	2350 "
" " platten Becken	 18 "	Erstgeb. 3044 "	3044 "	2294 "
		Mehrgeb. 3306 "	3306 "	3289 "

Da bei Erstgebärenden mit allgemeiner Beckenverengerung 3. Grades nur eine Geburt beim frühreifen Kind spontan verlief, so muss das Gewicht dieses Kindes aus der Rechnung ausgeschaltet werden.

Nun liegt der Durchschnitt des Kindergewichts bei Erstgebärenden zwischen 2617 g und 3700 g und ist im Durchschnitt sämtlicher, spontan und operativ geborener Kinder 3026 g. Das Gewicht ist bei Mehrgebärenden grösser, der Durchschnitt liegt zwischen 2825 g und 3481 g und beträgt im Mittel 3282 g. Das mittlere Gewicht sämtlicher Kinder des ganzen Materials beträgt 3131 g.

Nach Untersuchungen von Hecker und Schroeder beträgt das Durchschnittsgewicht von 100 und 364 reifen Kindern bei normalem Becken 3250 g und 3179 g.

Da aber bei meiner Berechnung des Kindergewichts viele frühreife oder enthirnte Kinder mitgerechnet sind, ergiebt sich die beachtenswerthe Thatsache aus unserem Material, dass die Kinder bei engem Becken nicht kleiner sind als bei normalem, während Wilcke bei engem Becken das Durchschnittsgewicht der Neugeborenen geringer als bei normalem Becken fand.

Von nicht geringem Interesse ist nun noch der Unterschied zwischen den Kindern der Frauen mit plattem und allgemein verengtem Becken. Ahlfeld hat schon darauf aufmerksam gemacht, dass letztere leichter sind als erstere. Es beträgt in unserem Material das Durchschnittsgewicht der Neugeborenen beim allgemein verengten Becken

für die Erstgebärenden . . . 2948 g

„ „ Mehrgebärenden . . . 3171 „

Beim platten Becken dagegen beträgt es

bei Erstgebärenden . . . 3070 g

„ Mehrgebärenden . . . 3324 „

Diese Verhältnisszahlen stimmen also ganz mit der Ansicht von Ahlfeld überein.

Sehr beachtenswerth ist ferner, dass durchgehends bei allen Graden und Formen des engen Beckens die Kinder der Mehrgebärenden grösser sind als die der Erstgebärenden. Der beträchtliche Unterschied zwischen beiden muss sicher einer der Factoren sein, der die grössere Zahl — wie später sich zeigt — der Spontan-geburten bei Erstgebärenden bedingt.

Beim Material der Döderlein'schen Klinik, wie es uns in der Bearbeitung von Baisch vorliegt, sehen wir, dass fast durchgehends

die operativ geborenen Kinder grösseres Gewicht aufweisen, als die bei derselben Beckenverengung spontan zur Welt gekommenen. In unserem Material können wir auch ein ähnliches Verhältniss bemerken, obwohl es nicht so beträchtlich ist, wie es von Baisch beobachtet wurde.

Von Wichtigkeit ist nun noch die Dauer der Spontangeburt bei engem Becken.

Die Dauer der Spontangeburt bei unserem Material war durchschnittlich:

Vera			
Beim platten Becken . . .	10,0—9,6	Erstgeb.: 18 Std.,	Mehrgeb. 13 St.
„ allg. verengten Becken	10,0—9,0	„ 21½ „	„ 9 „
„ platten Becken . . .	9,5—8,5	„ 22 „	„ 14 „
„ allg. verengten . . .	8,9—7,5	„ 25,6 „	„ 16 „
„ platten Becken . . .	8,4—7,0	„ 27 „	„ 18 „
„ allg. verengten Becken	7,4—5,5	„ 15 „	„ 24 „
„ platten Becken , . .	6,9—5,5	„ — „	„ — „

Externa			
Beim platten Becken . .	18,0 u. darunter	Erstgeb.: 22 Std.,	Mehrgeb. 15 Std.
„ allg. verengten Becken	18,0 u. darunter	„ 18 „	„ 13 „

Sehen wir hier auch zunächst von einer Erstgebärenden mit allgemeiner Beckenverengung 3. Grades ab, so können wir in unserem Material finden, dass die Geburtsdauer um so länger ist, je enger das Becken ist.

Die im Vorgehenden beschriebene Geburtsdauer bezieht sich stets auf die Zeit zwischen Wehenbeginn und Austritt des Kindes.

v. Winckel hat für das normale Becken die Dauer der Geburt (Nachgeburtsperiode nicht mitgerechnet) bei Ip. im Mittel auf $13\frac{1}{2}$ — $27\frac{1}{2}$ Stunden, für Plurip. $6\frac{1}{4}$ — $13\frac{1}{2}$ Stunden angegeben. Veit bestimmte die mittlere Dauer der ganzen Geburt für I para auf 22, für Pluriparae auf 15 Stunden, aber bei den I paren endet die Hälfte aller Geburten vor der 18., bei Pluriparen innerhalb 9 Stunden. Lumpe berechnete sogar die mittlere Dauer der Spontangeburt bei I paren nur auf $17\frac{1}{3}$ Stunden, und zwar dauerte die Hälfte der Geburten weniger als 14 Stunden.

Blicken wir auf mein Material zurück, so finden wir bei platten Becken bis Vera 8,5 cm und allgemein verengten bis Vera 9,0 cm keine erhebliche Verzögerung der Geburt. Erst bei den platten und allgemein verengten Becken II. Grades ist bei den Erst- und Mehrgebärenden die Geburtsdauer bedeutend verlängert. Man kann also annehmen, dass die Dauer der Spontangeburt bei engem

Becken im Allgemeinen gegenüber den normalen Verhältnissen eine erhebliche Verlängerung zeigt.

Wie wir schon in Bezug auf die Dauer der Geburt bei normalem Becken eine erhebliche Differenz zwischen Erst- und Mehrgebärenden finden können, ebenso bemerken wir sie auch in unserem Material. Die Erstgebärende braucht 18, 21,5, 22, 25,6, 27, 22, 18, wo die Mehrgebärende bei denselben Beckenverengerungen 13, 9, 14, 16, 18, 15, 13 Stunden braucht.

Bei insgesamt 760 Geburten ist das Verhältniss der Spontan- geburten zu den operativ beendigten, für die einzelnen Grade der Beckenenge, für Erst- und Mehrgebärende, sowie für platte und allgemein verengte Becken getrennt betrachtet, Folgendes:

		Vera					
Von	20 Frauen	10,0—9,6	plattes Becken . .	Erstgeb. spontan	18	oper.	2
"	27	10,0—9,6	" " " "	Mehrgeb.	21	"	6
"	18	10,0—9,0	allg. verengtes Becken	Erstgeb.	17	"	1
"	8	10,0—9,0	" " " "	Mehrgeb.	7	"	1
"	54	9,5—8,5	plattes Becken . .	Erstgeb.	43	"	11
"	86	9,5—8,5	" " " "	Mehrgeb.	42	"	44
"	18	8,9—7,5	allg. verengtes Becken	Erstgeb.	10	"	8
"	30	8,9—7,5	" " " "	Mehrgeb.	14	"	16
"	35	8,4—7,0	plattes Becken . .	Erstgeb.	20	"	15
"	69	8,4—7,0	" " " "	Mehrgeb.	15	"	54
"	8	7,4—5,5	allg. verengtes Becken	Erstgeb.	1	"	7
"	5	7,4—5,5	" " " "	Mehrgeb.	1	"	4
"	6	6,9—5,5	plattes Becken . .	Erstgeb.	0	"	6
"	6	6,9—5,5	" " " "	Mehrgeb.	0	"	6
		Externa					
"	107	18,0—14,0	allg. verengtes Becken	Erstgeb.	95	"	12
"	36	18,0—14,0	" " " "	Mehrgeb.	31	"	5
"	150	18,0—16,0	plattes Becken . .	Erstgeb.	133	"	17
"	77	18,0—16,0	" " " "	Mehrgeb.	61	"	16
760				spont.	529	oper.	231

Um die Aufschlüsse, die diese Tabelle giebt, leichter verwerthen und übersehen zu können, ist es nothwendig, sich wenigstens für die wichtigeren Zahlen die Procentverhältnisse klar zu legen.

Von insgesamt 760 Geburten verliefen 529 spontan = 69,6 pCt., 231 erforderten Kunsthilfe = 30,4 pCt., während wir beim Material unserer Klinik in früheren Jahren, wie es uns in der Bearbeitung von Reifferscheid vorliegt, 63,25 pCt. Spontangeburt und 36,75 pCt. operativ beendigte finden.

Vergleichen wir nun damit die Frequenzzahl der Spontan- geburten anderer Kliniken, so finden wir, dass Baisch (Döder-

lein'sche Klinik) 80 pCt., Pinard 79 pCt., Krönig (Zweifel-sche Klinik) 78 pCt., Peham (Chrobak'sche Klinik) 76 pCt., Bönninghausen (Gusserow'sche Klinik) 60 pCt., Ludwig und Savor (Chrobak'sche Klinik) 54 pCt., Knapp (Prager Klinik) 39 pCt. und v. Braun-Fernwald (Braun'sche Klinik) 36 pCt. verzeichnen.

Von 416 Geburten bei Erstgebärenden verliefen spontan 337 = 81,0 pCt., erforderten Kunsthilfe 79 = 19,0 pCt.

Von 344 Geburten bei Mehrgebärenden 192 Spontangeburt = 55,8 pCt., 152 operative Entbindungen = 44,2 pCt.

Wir sehen also ein erhebliches Plus an Spontangeburt zu Gunsten der Erstgebärenden gegenüber den Mehrgebärenden, ganz wie beim Material Reifferscheid's.

Von 303 Geburten beim platten Becken mit Messung der Conj. diag. (incl. platte Becken 10,0—9,6 cm Vera) verliefen 159 = 52,5 pCt. spontan, wurden operativ beendet 144 = 47,5 pCt., und zwar bei 115 Erstgebärenden 81 spontan = 70,4 pCt., 34 operativ = 29,6 pCt., bei 188 Mehrgebärenden 78 spontan = 41,5 pCt., 110 operativ = 58,5 pCt.

Also auch hier wieder ein deutliches Ueberwiegen der spontanen Geburten bei den Erstgebärenden; bei den Mehrgebärenden kam es bei mehr als der Hälfte der Geburten zu einem operativen Eingriff. Ganz ähnlich sehen wir auch das Verhältniss bei Reifferscheid's Material.

Von 87 Geburten beim allgemein verengten Becken mit Messung der Conj. diag. verliefen spontan 50 = 57,5 pCt., erforderten operative Hilfe 37 = 42,5 pCt., und zwar bei 44 Erstgebärenden 28 spontan = 63,6 pCt., 16 operativ = 36,4 pCt. und bei 43 Mehrgebärenden 22 spontan = 51,2 pCt., 21 operativ = 48,8 pCt.

Wir sehen also hier auch ein erhebliches Plus an Spontangeburt zu Gunsten der Erstgebärenden gegenüber den Mehrgebärenden, während beim Material Reifferscheid's die Mehrgebärenden mit einem geringen Plus an Spontangeburt im Vorthell gegen die Erstgebärenden waren.

Rechnen wir auch diejenigen Becken hinzu, bei denen nur die Conj. externa gemessen wurde, so ergibt sich, dass von 530 Geburten beim platten Becken 353 = 66,6 pCt. spontan verliefen, während 177 = 33,4 pCt. operative Hilfe erforderten und zwar bei 265 Erstgebärenden 214 spontane Geburten 80,8 pCt., 51 operative

= 19,2 pCt. und bei 265 Mehrgebärenden $139 = 52,4$ pCt. und 126 operative = 47,6 pCt.

Hier tritt also das Ueberwiegen der Spontangeburt bei den Erstgebärenden recht bedeutend in die Erscheinung.

Von insgesamt 230 Geburten beim allgemein verengten Becken verliefen spontan $176 = 76,5$ pCt., erforderten operative Hilfe $54 = 23,5$ pCt. und zwar bei 151 Erstgebärenden 123 spontane Geburten = 81,5 pCt., 28 operative 18,5 pCt., und bei 79 Mehrgebärenden 53 spontane Geburten = 67,1 pCt. und 26 operative = 32,9 pCt.

Auch hier also das Ueberwiegen der Spontangeburt bei den Erstgebärenden.

Die besonders günstigen Verhältnisse bei den Erstgebärenden mögen, wie schon Reifferscheid in seiner Arbeit schrieb, „theilweise ihren Grund darin haben, dass die Kinder bei ihnen im Allgemeinen kleiner sind als bei Mehrgebärenden — wie es mein Material auch thatsächlich bestätigte; ferner aber darin, dass die noch wohlerhaltene Kraft der straffen und durch mehrfache Schwangerschaft nicht überdehnten Bauchmuskeln schon während der Gravidität das in dem gleichfalls noch straffen Uterus meist in Schädellage liegende Kind gegen den Beckeneingang presst und so den Kindesschädel diesem an- und event. schon einpasst, und besonders während der Geburt die beim engen Becken zumeist sehr kräftige Wehentätigkeit noch mit enormer Kraft zu unterstützen im Stande ist“.

Ja wie Reifferscheid sagt, „jedenfalls muss uns die grosse Zahl spontaner Geburten nothwendigerweise dazu auffordern, bei Beckenverengerungen I. und II. Grades bei jeder Geburt einer Erstgebärenden, vorausgesetzt, dass das Kind in normaler Schädellage liegt, abzuwarten und nicht vorzeitig die Möglichkeit einer natürlichen Beendigung der Geburt von der Hand zu weisen. Wir wissen, dass nicht bloss die Grössenverhältnisse des Beckens bestimmend sind für die Aussichten der Geburt, sondern von eben so grosser Bedeutung auch die Grösse des Kindes ist. Es ist ein Becken nur dann zu eng, wenn ein Missverhältniss besteht zwischen Kind und Becken, und wenn dieses Missverhältniss auch während der Geburt bestehen bleibt; denn der Anfangs zu grosse Kopf des Kindes kann sich der engen Form des Beckens anbequemen, wenn er genügend configurabel ist, d. h. wenn die Kopfknochen nicht zu hart, die Nähte verschieblich sind, und wenn von oben her in Gestalt kräftiger von guter Bauchpresse unterstützter Wehen ein den Kopf

durch immer erneutes Andrängen dem Becken einpassender mächtiger Druck vorhanden ist. Ueber alle diese Verhältnisse und ihre mögliche Gestaltung haben wir bei Erstgebärenden vor einer länger dauernden Beobachtung der Geburt noch kein Urtheil. Es ist somit berechtigt, wenn wir alle Operationsmethoden, die auf eine Abwägung dieser Momente verzichten, von vornherein ausschliessen. Das wäre also die prophylaktische Wendung und die künstliche Frühgeburt bei Erstgebärenden“.

Wie weit und wann die übrigen Operationen gerade bei den Erstgebärenden in Frage kommen, werde ich später kurz erörtern.

Blicken wir nun wieder auf die vorher erwähnten Zahlenverhältnisse zurück, so finden wir, dass bei allen Graden der Beckenverengerung die allgemein verengten Becken mehr Spontangeburt aufweisen als die platten Becken, und weiterhin, dass sogar die Geburt beim platten Becken eine längere Zeit in Anspruch nahm als die beim allgemein verengten. Diese Erscheinungen sind sicher bemerkenswerth, da sie mit der allgemeinen Anschauung von der ungünstigeren Prognose des gleichmässig verengten Beckens in Widerspruch stehen. Wenn aber, worauf Ahlfeld aufmerksam machte und was auch mein Material bestätigte, die Kinder der Frauen mit allgemein verengtem Becken im Allgemeinen kleiner sind als die der Frauen mit plattem Becken, so wird dieses bemerkenswerthe Verhältniss ohne Zweifel zum Theil die Thatsache der günstigeren Prognose der Geburt beim allgemein verengten Becken erklären.

Nun zu dem Verhalten des Wochenbettes.

Von den **760** Frauen starben **7** bei den operativen Entbindungen, während bei den Spontangeburt alle Frauen gesund entlassen werden konnten.

Von diesen **7** Todesfällen kommen **3** nicht auf Kosten der klinischen Geburtsleitung, da die beiden Frauen seit Tagen kreissend und davon eine mit deutlichen Zeichen schwerer Infection zur Aufnahme kamen und die dritte am **9.** Tage nach der Geburt an Salolintoxication starb. Es beträgt demnach die Gesamtmortalität **0,92 pCt.**, die klinische Mortalität **0,53 pCt.**

Was nun die Morbidität für die Mutter anlangt, so verlief das Wochenbett febril in **109** Fällen, also **14,3 pCt.** Davon entfallen **39** (**= 7,4 pCt.**) auf Spontangeburt, **70** (**= 30,3 pCt.**) auf operative Entbindungen.

Als febril wurden hier auch alle Wochenbetten geführt, bei

denen auch nur eine einmalige Temperatursteigerung auf 38,0 zu verzeichnen war: 32. Trennen wir nun die Fieberfälle nach Eintagsfiebern und mehrtägigen Erkrankungen, so hatten

einmaliges Fieber bei Spontangeburt	13 = 2,5 pCt.
" " operativen Geburten	19 = 3,6 "
mehrtägiges " Spontangeburt	26 = 11,2 "
" " operativen Geburten	51 = 22,0 "

Ziehen wir von den 109 Fieberfällen die Fälle ab, wo es sich um accidentelle Erkrankungen wie Mastitis, Angina, Bronchitis, Pleuritis, Pneumonie, Phthise, Darmkatarrh etc. handelte: 24, so kommen auf 736 Wochenbetten 85 Fieberfälle = 11,5 pCt.

Trennen wir wieder diese 85 Fieberfälle nach Eintagsfiebern und mehrtägigen Erkrankungen, so hatten

eintägiges Fieber bei Spontangeburt	12 = 2,3 pCt.
" " operativen Geburten	16 = 7,3 "
mehrtägiges " Spontangeburt	14 = 2,7 "
" " operativen Geburten	43 = 19,5 "

Bei 416 Erstgebärenden war das Wochenbett 50 = 12 pCt. mal (40 = 9,8 pCt. mal)¹⁾ febril und zwar bei 337 spontanen Geburten 22 = 6,5 pCt. mal (14 = 4,2 pCt.) febril; bei 79 operativen Geburten 28 = 35,4 pCt. mal (26 = 33,8 pCt.) febril.

Bei 344 Mehrgebärenden war das Wochenbett 59 mal (45 mal) febril = 17,1 pCt. (13,7 pCt.); und zwar bei 192 spontanen Geburten 17 mal (12 mal) febril = 8,8 pCt. (5,4 pCt.), bei 152 operativen Entbindungen 42 mal (33 mal) febril = 27,6 pCt. (23,8 pCt.).

Trennen wir noch wieder die nicht accidentellen Fieberfälle bei Erst- und bei Mehrgebärenden nach Eintagsfiebern und mehrtägigen Erkrankungen, so hatten

		Spontane Geburt	Operative Geburt
Einmaliges Fieber bei Erstgebärenden		5 (1,5 pCt.)	6 (8,1 pCt.)
" " Mehrgebärenden		7 (3,7 ")	10 (6,9 ")
Mehrtägiges " Erstgebärenden		9 (2,7 ")	20 (27 ")
" " Mehrgebärenden		5 (2,6 ")	23 (16,1 ")

Was nun unsere Resultate bezüglich des kindlichen Lebens anlangt, so kamen von 762 Kindern 677 = 89,8 pCt. lebend zur Welt, es starben 85 = 11,2 pCt. (ein an innerer Krankheit am 8. Tage post partum gestorbenes Kind nicht mitgerechnet), davon starben 3 zwischen dem 2.—5. Tage p. part. mit hochgradiger Impression am Schädel oder Fractur des Schädelknochens, während alle anderen bei oder in den ersten Tagen nach der Geburt starben.

1) Die in Klammern befindlichen Zahlen beziehen sich auf die Frequenz der genitalen Fieberfälle.

Bei 529 Spontangeburtten kamen $516 = 97,5$ pCt. lebend und $13 = 2,5$ pCt. todt, bei 231 operativen Geburten mit 233 Kindern $161 = 69,1$ pCt. lebend und $72 = 30,9$ pCt. todt zur Welt.

Von den 85 todtten Kindern sind die Kinder bei Berechnung der Mortalität des engen Beckens auszuschalten, welche bereits vor Beginn der Geburt abgestorben waren: 2, ferner diejenigen, bei denen der Tod mit dem engen Becken als solchem in keinem Zusammenhang steht (Nabelschnurumschlingung, frühzeitige Ablösung der Placenta, Missbildung, Melaena neonatorum, Lebensschwäche): 7. Es beträgt demnach die Mortalität für Kinder an den Folgen des engen Beckens $76 = 10,1$ pCt. von 753 Kindern; und zwar bei spontanen Geburten $6 = 1,1$ pCt. von 522 Kindern, bei operativen Entbindungen $70 = 30,3$ pCt. von 231 Kindern.

Trennen wir nun diese 76 Todesfälle nach Erst- und Mehrgebärenden, so kamen bei 409 Geburten Erstgebärender von 410 Kindern lebend zur Welt $373 = 91$ pCt., todt $37 = 9$ pCt.; und und zwar von 331 spontan geborenen Kindern $328 = 99,1$ pCt. lebend und $3 = 0,9$ pCt. todt, von 79 operativ entwickelten $45 = 58$ pCt. lebend und $34 = 42$ pCt. todt.

Von 344 Kindern Mehrgebärender wurden lebend geboren $305 = 88,7$ pCt., todt $39 = 11,3$ pCt.; und zwar bei 191 Spontangeburtten 118 lebend $= 98,4$ pCt. und 3 todt $= 1,6$ pCt., bei 153 operativen Entbindungen mit 153 Kindern 117 lebend $= 76,5$ pCt., 36 todt $= 23,5$ pCt.

Von den 76 Todesfällen wurden 21 Frauen kreissend, ausserhalb der Anstalt von Hebamme oder Arzt untersucht oder behandelt, meistens mit verschleppter Geburt an die Klinik gebracht, davon 10 mal mit bereits todttem Kinde.

Wenn wir weiterhin bezüglich der einzelnen Beckenformen die dem engen Becken zur Last fallenden todtten Kinder vertheilen, so kamen bei 522 Geburten bei platten Becken von 524 Kindern todt zur Welt $60 = 11,5$ pCt.; und zwar von 347 spontan geborenen Kindern todt $4 = 1,15$ pCt., von 177 operativ entwickelten todt $56 = 31,6$ pCt.

Von 229 Kindern bei allgemein verengten Becken kamen $16 = 6,9$ pCt. todt; und zwar von 175 spontan geborenen Kindern todt $2 = 1,14$ pCt., von 54 operativ entwickelten todt $14 = 25,9$ pCt.

Nachdem ich die Resultate für Mütter und Kinder bei spontanen und operativen Geburten gewürdigt habe, möchte ich noch die einzelnen operativen Entbindungen nach der Art des Eingriffs

und den dabei erzielten Erfolgen berücksichtigen und gleichzeitig den Standpunkt kurz skizziren, den wir in unserer Klinik im Allgemeinen einnehmen.

Während bei meinem gesammten Material die Operationsfrequenz nicht so gross war, war die bei Beckenverengerung I. und II. Grades gegenüber vielen anderen Kliniken grösser.

Zur leichteren Orientirung wurden die einzelnen Operationen nach ihrer Frequenz zusammengestellt.

Art der Operation	Erstgebärende	Mehrgebärende	Summa
Zange am tiefstehenden Kopf . . .	25	7	32
Zange am hochstehenden Kopf . . .	6	4	10
Extraction bei Beckenendlage . . .	1	6	7
Wendung aus Querlage	1	3	4
Wendung aus Kopflage	1	31	32
Perforation des vorangehenden Kopfes	23	12	35
Perforation des nachfolgenden Kopfes	1	—	1
Embryotomie	1	—	1
Künstliche Frühgeburt	—	20	20
Symphyseotomie	1	—	1
Pubiotomie	2	32	34
Conservativer Kaiserschnitt	6	5	11
Porro'sche Operation	6	20	26
Extrapéritonealer Kaiserschnitt . . .	5	12	17
Summa	79	152	231

Beim Zusammentreffen mehrerer operativer Eingriffe (z. B. Wendung oder Zange nach der Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder Pubiotomie, Perforation des nachfolgenden Kopfes nach Wendung) wurde der Fall immer nach der ersten Operation gerechnet.

Typische Zange.

32 mal musste die Geburt durch Anlegung der Zange beendet werden und zwar 25 mal bei Erstgebärenden, 7 mal bei Mehrgebärenden. Während wir schon beim engen Becken gerade bei den Erstgebärenden mehr Spontangeburt gefunden haben als bei Mehrgebärenden, finden wir hier ein bedeutendes Ueberwiegen der Zangenoperationen bei den Ersteren. Es darf nicht Wunder nehmen, wenn wir bedenken, dass, wie Peham auch in seiner Arbeit sagt, gerade nach Ueberwindung des grössten Hindernisses im verengten Beckeneingang bei den Erstgebärenden die wenig dehnungsfähigen Weichtheile in Verbindung mit der oft eintretenden Wehenschwäche den raschen Austritt des Kindes verhindern und damit eine Gefahr für das kindliche Leben heraufbeschwören können.

Trennen wir bezüglich der einzelnen Beckenformen die Zangen-geburten, so wurde sie 19 mal bei platten Becken, 13 mal bei allgemein verengten Becken gemacht.

Was das Alter der Erstgebärenden anlangt, so ist es hervorzuheben, dass es sich bei einem Durchschnitt von 26 Jahren in 8 Fällen um ältere Erstgebärende über 30 Jahre handelte, wo der Widerstand der rigiden Weichtheile besonders zu berücksichtigen ist.

Von den 7 Mehrgebärenden hat eine Frau jedesmal spontan 4 Kinder geboren, darunter 3, die während oder kurz nach der Geburt gestorben sind. Während nun bei 3 weiteren Fällen sich in Bezug auf die vorausgegangenen Geburten neben den Spontan-geburten auch operativ beendigte Entbindungen fanden, sind die 3 letzten Fälle nur operativ beendet worden.

Die durchschnittliche Geburtsdauer von allen Fällen betrug 29 Stunden, die kürzeste 5 Stunden, die längste 78 Stunden.

Das Durchschnittsgewicht sämmtlicher Kinder betrug 3170 g, das niedrigste 2000 g, das höchste 4000 g.

Als ungünstiges Moment sind der vorzeitige Blasensprung (4), Vorderhauptslage (1), vordere und hintere Scheitelbeineinstellung (3) zu erwähnen, die zusammen mit der langen Geburtsdauer und der dadurch bedingten Schädigung des kindlichen Lebens die Ursache zur Anlegung der Zange abgaben.

Was nun die Indicationen anlangt, die zur Beendigung der Geburt durch die Zange zwangen, so überwiegt in der weitaus grössten Zahl das Schlechtwerden der kindlichen Herztöne, das 26 mal constatirt werden konnte; und zwar 24 mal allein, 2 mal mit Erschöpfung oder Fieber der Mutter. In weiteren 6 Fällen war Fieber der Mutter die Veranlassung zur operativen Entbindung.

Von den 32 Fällen wurde die Zange 20 mal bei in Beckenmitte, 12 mal bei bereits im Beckenausgange stehendem Kopfe angelegt.

Das Wochenbett verlief in 26 Fällen afebril und die Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 19. Tage entlassen. In weiteren 2 Fällen war eine einmalige Temperatursteigerung (davon einmal an Mastitis), in übrigen 4 Fällen mehrtägiges Fieber (darunter 1 mal an Bronchopneumonie) zu verzeichnen. Die 6 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 43. Tage, durchschnittlich am 16. Tage entlassen.

Während von den Müttern keine starb, war das Schicksal der Kinder nicht so günstig. 5 Kinder wurden so tief asphyktisch ge-

boren, dass die lange fortgesetzten Wiederbelebungsversuche erfolglos blieben. 2 Kinder starben am 2. Tage p. partum.

Von den 7 Todesfällen kommt der Tod eines Kindes nicht auf Kosten der rein klinischen Geburtsleitung, da es von der nach zweitägiger Wehenthätigkeit eingelieferten kreissenden Frau entwickelt wurde. Es kommen die 6 kindlichen Todesfälle damit auf Kosten der klinischen Geburtsleitung.

Bei insgesamt 32 Kindern wurde 4 mal Facialislähmung beobachtet.

Wir müssen hier darauf hinweisen, dass wir 2 mal mit gutem Erfolge den Kopf in Walcher'scher Hängelage in das kleine Becken einzupressen versucht haben und dass nach weiteren Stunden durch die typische Zange lebende Kinder entwickelt werden konnten.

Die Indication für die typische Zange ist klar. Obgleich Schmid den Standpunkt vertritt, dass man, wenn $2\frac{1}{2}$ —3 Stunden der zweiten Geburtsperiode bereits verstrichen sind, ohne dass die baldige Spontangeburt zu erwarten ist, unverzüglich den Forceps anzulegen und nicht erst auf eine Indication von Seite des Kindes zu warten habe, müssen wir als unseren Grundsatz für die klinische Geburtsleitung betonen, den spontanen Geburtsverlauf unter genauester stetiger Controle so lange abzuwarten, bis sich eine Indication im Interesse des Kindes oder der Mutter zur Anlegung der Zange ergibt.

Hohe (atypische) Zange.

Der Begriff „hohe Zange“ unterliegt verschiedener Auffassung. Da in der deutschen Literatur der Ausdruck „hohe Zange“ gewöhnlich im Sinne des atypischen Forceps gebraucht wird, so bezeichne auch ich als „hohe Zange“ jene Fälle, wo der Kopf mit grösstem Umfang noch nicht eingetreten ist. Die Fälle, wo der Schädel bereits mit seinem grössten Umfange den Beckeneingang passirt hatte, wurden den typischen Zangen zugerechnet.

10 mal konnte die Geburt mit der hohen Zange zu Ende geführt werden, und zwar 6 mal bei Erstgebärenden, 4 mal bei Mehrgebärenden. Dabei sind jene Fälle nicht mitgerechnet, wo zwar die Zange ebenfalls angelegt, aber nach vergeblichem Versuch wieder abgenommen und durch den Kranioklasten ersetzt wurde.

Was die vorausgegangene Geburt bei Mehrgebärenden anlangt, so war sie in je 1 Fall nur operativ (Perforation) und nur spontan

(mit todtm Kind). In weiteren 2 Fällen fanden sich neben den Spontangeburtten auch operative Entbindungen, darunter 1 mal auch Perforation verzeichnet.

Auf die einzelnen Beckenformen vertheilen sich die 10 hohen Zangen folgendermaassen: Platte Becken 7, allgemein verengte Becken 3.

Die durchschnittliche Geburtsdauer betrug 36 Stunden, die kürzeste 10 Stunden, die längste 96 Stunden.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3382 g, das niedrigste 2600 g, das höchste 4200 g.

Als ungünstiges Moment wurden 4 mal vorzeitiger Blasenprung, 1 mal Gesichtslage und 2 mal Vorderscheitelbeineinstellung beobachtet.

Die Veranlassung zur operativen Entbindung war in 4 Fällen Fieber der Mutter allein oder gleichzeitig mit schlechten kindlichen Herztönen, in weiteren 2 Fällen Erschöpfung der Kreissenden allein oder verbunden mit Schlechtwerden der kindlichen Herztöne, in übrigen 4 Fällen beginnende Asphyxie des Kindes und davon in 1 Fall Nabelschnurvorfal.

Das Wochenbett verlief in 7 Fällen afebril und die Wöchnerinnen wurden durchschnittlich am 11. Tage entlassen. In übrigen 3 Fällen war das Wochenbett fieberhaft. Von den betr. Wöchnerinnen wurde je eine am 12., 18. und 41. Tage entlassen, also durchschnittlich am 24. Tage.

Von den Müttern starb also keine. Von den Verletzungen der Mutter sind 2 mal zweitgradiger Dammriss, 2 mal totaler Dammriss, darunter 1 mit Cervixscheidenriss zu verzeichnen, die ohne weitere Complication nach Naht ausheilten.

Von den Kindern starben 3, und zwar 2 während der Geburt, 1 am 2. Tage p. part. Das letzte zeigte eine sehr deutliche Zangenmarke und eine tiefe und breite Impression. Wir müssen die 3 Todesfälle auf Kosten der Operation setzen.

Ueber den Versuch der hohen Zange beim engen Becken und ihre Verwendung ist eine Uebereinstimmung der Geburtshelfer noch keineswegs erzielt. Während viele Autoren die hohe Zange gänzlich verwerfen, gestatten nicht wenige Autoren den Versuch der hohen Zange vor der Perforation des lebenden Kindes, und zwar äussert sich Tóth darüber folgendermaassen: „Die Operation der hohen Zange ist weder für die Mutter, noch für das Kind solch ein gefährliches Verfahren, wie dies noch immer von verschiedenen

Seiten betont wird, sie ist im Gegentheil für beide Theile unleugbar schonender als die Wendung, besonders die Wendung vom Kopfe auf den Fuss.“ Sogar gestattet er mit Schultz und Flaischlen die Application der Zange auch auf einen über dem Beckeneingang beweglich stehenden Kopf, und nach ihm sind ohne Gefährdung der Mutter vorzügliche Erfolge zu erreichen.

Die Zange an dem hochstehenden Kopf bei engem Becken sollte aber nach Fritsch stets nur ein Versuch sein und sie ist contraindicirt, wenn der Kopf noch beweglich über dem Becken steht. Fritsch betont: „Die Zange darf erst dann applicirt werden, wenn der wohl configurierte Kopf im Begriff ist, die Conjugata zu passiren. Der convexe, unterhalb der Conjugata liegende Theil muss, wenigstens annähernd, die Hälfte des Kopfes betragen. Selbstverständlich steht dabei der Kopf fest. Dies wird aber nur bei mässig verengtem Becken möglich sein. Steht der unconfigurierte Kopf fest oder beweglich, vollständig über dem Beckeneingang, so ist die Zange contraindicirt.“

In letzter Zeit äusserte Olshausen seine Ansicht über die Anwendung der Zange bei engem Becken. Auch nach ihm soll die Zange nur angewendet werden, wenn der Kopf nahezu mit seiner grössten Peripherie in der oberen Apertur steht, und wenn strenge Indicationen vorliegen. Wagt man einen Zangenversuch am hochstehenden Kopfe, so soll man sich auf höchstens 6—8 Tractionen beschränken, und wenn dann kein deutlicher Fortschritt sichtbar ist, eine andere Methode der Entbindung wählen (Perforation oder Beckenspaltung).

Da auch nach den Berichten von vielen anderen Kliniken die hohe Zange beim engen Becken wirklich uns als eine technisch schwere, aber auch für Mütter und Kinder nicht gefahrlose Operation gilt, wird man, wie Reifferscheid schon sagte, jedenfalls nur bei schon fest und mit einem grösseren Abschnitt in den Beckeneingang eingetretenen kindlichen Kopf einen Versuch mit der hohen Zange in vorsichtiger Weise wagen können, wenn man wegen Gefährdung des Kindes oder bei Fieber der Mutter und lebendem Kind sich zu der eingreifenderen Operation der Beckenerweiterung nicht mehr entschliessen will, dennoch aber noch einen letzten Versuch wagen möchte, das Leben des Kindes zu retten, ehe man zur Perforation schreitet. Vorher wird es sich in jedem Falle empfehlen, zu versuchen, den Kopf in Walcher'scher Hängelage

nach Hofmeier durch directen Druck auf Kinn und Hinterhaupt in das kleine Becken hineinzupressen.

Extraction bei Beckenendlagen.

Die Extraction wurde 7 mal ausgeführt) und zwar 1 mal bei Erstgebärenden, 6 mal bei Mehrgebärenden.

In 6 Fällen war das kindliche Leben maassgebend, davon 2 wegen Schlechtwerdens der Herztöne, 4 wegen Nabelschnurvorfalls, während im 1. Fall die Extraction des Kindes mit Vorfall der bereits pulslosen Nabelschnur die raschere Beendigung der Geburt bezweckte.

Einmal wurde die Perforation des nachfolgenden Kopfes abgeschlossen, da der Kopf trotz kräftigen Druckes von oben mit starker Traction sich nicht durch das Becken ziehen liess und das Kind endlich starb.

Bezüglich der Indicationen zur Extraction werden 5 Fälle durch das enge Becken beeinflusst, wo es sich um Nabelschnurvorfall handelte, während 2 andere Fälle vielleicht nicht auf Kosten des engen Beckens kommen.

Das Schicksal der Mütter war ein gutes. Das Wochenbett war in allen Fällen afebril und sämtliche Wöchnerinnen wurden am 10. Tag p. p. entlassen.

Von den Kindern starben 4, welche auf die dem engen Becken zur Last fallenden Fälle entfallen. Wenn wir die 4 Todesfälle näher ins Auge fassen, so kann der Tod des Kindes in dem einen Falle nicht der Operation zur Last gelegt werden, bei dem ein Vorfall der bereits pulslosen Nabelschnur beobachtet wurde, da hier die feste Nabelschnurumschlingung um den Hals als Ursache des plötzlichen Schlechtwerdens der kindlichen Herztöne und schliesslich des Todes anzusehen ist.

Während von den 3 übrigen Fällen 2 während oder kurz nach der Geburt starben, starb 1 am 5. Tage p. part. Aber ich glaube in diesem Falle den unglücklichen Ausgang in directen Zusammenhang mit dem engen Becken und der Extraction setzen zu müssen, da bei der Obduction schwere Fracturen der Schädelknochen festgestellt wurden. Die 3 kindlichen Todesfälle kommen damit auf Kosten des engen Beckens und der klinischen Geburtsleitung.

Von den Verletzungen des Kindes sind 2 mal Fractur beider Schlüsselbeine und 1 mal Fractur der Schädelknochen zu erwähnen.

Diese 3 Fälle mit Fractur gehören zu den Fällen, bei denen die Operation wegen Vorfalls der Nabelschnur gemacht wurde.

Wendung aus Querlage.

4 mal wurde wegen Querlage beim platten Becken die Wendung und Extraction gemacht, und zwar 1 mal bei Erstgebärenden, 3 mal bei Mehrgebärenden. In 1 Fall wurde der nachfolgende Kopf perforirt.

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Wendung wurde 3 mal bei stehender Blase und bei völlig erweitertem Muttermund, 1 mal sofort nach dem Blasensprung bei handtellergross eröffnetem Muttermund gemacht.

Das Durchschnittsgewicht sämmtlicher Kinder betrug 3050 g, das geringste 2550 g, das grösste 3600 g.

Das Wochenbett verlief afebril, abgesehen von 1 Wöchnerin, welche 6tägiges Fieber hatte. Alle Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 19. Tage, durchschnittlich am 15. Tage entlassen.

Von den Verletzungen der Mutter ist ein leichter Cervixriss zu verzeichnen.

Nicht so günstig war das Schicksal der Kinder, da von den den 4 Kindern 3 während oder kurz nach der Geburt starben.

Davon fallen 2 der klinischen Therapie zur Last, indem eine Mutter auswärts lange gekreisst hatte.

Wendung aus Kopflage.

Die Wendung auf den Fuss bei Kopflage wurde in 32 Fällen ausgeführt und war indicirt wegen:

	Erst- gebärende	Mehr- gebärende	Summa
Nabelschnurvorfall	—	7	7
Fieber der Mutter und Lebensgefahr der Kinder	—	1	1
Lebensgefahr der Kinder	—	2	2
Anomalien der Kopfhaltung	—	3	3
Beckenenge allein (prophylaktische Wendung)	1	18	19
Summa	1	31	32

Bei Mehrgebärenden finden die vorausgegangenen Geburten bei Indicationsstellung ebenfalls Berücksichtigung. Während in 11 Fällen nur Spontangeburt vorangegangen waren und in den weiteren 10 Fällen sich neben Spontangeburt auch operative Entbindungen fanden, war in den übrigen 10 Fällen die vorausgehende Geburt nur operativ beendet worden.

Von 32 Fällen wurde die Wendung 13 mal bei stehender

Blase, 7 mal sofort nach dem Blasensprung und 12 mal zwischen 1—28 Stunden (im Durchschnitt 10,8 Stunden) nach dem Blasensprung ausgeführt.

Wir warteten in allen Fällen mit der Wendung bei stehender oder bereits gesprungener Blase möglichst bis zum völligen Verstrichensein des Muttermundes, um dann an die Wendung auch die Extraction bald anschliessen zu können. Nur in 5 Fällen wurde das Kind bei noch nicht völlig eröffnetem Muttermund, dessen Ränder weich und gut dehnbar waren, gewendet und vorsichtig extrahirt.

In vier Fällen wurde zuerst die Gigli'sche Drahtsäge prophylaktisch eingelegt; es gelang jedoch in allen Fällen die Wendung und Extraction, ohne dass der Knochen durchsägt werden musste.

Die durchschnittliche Geburtsdauer war 21 Stunden.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3399 g, das niedrigste 2500 g, das höchste 4300 g.

Von den Müttern starb eine an Verblutung kurz nach der Geburt. Von den Verletzungen der Mütter sind 2 Cervixrisse geringeren Grades und 1 Dammriss 3. Grades zu verzeichnen.

Das Wochenbett war afebril in 24 Fällen, und die betreffenden Wöchnerinnen wurden durchschnittlich am 11. Tage entlassen.

2 mal war das Wochenbett durch eine einmalige Temperatursteigerung gestört. 5 Wöchnerinnen waren krank mit mehrtägigem Fieber. Die 7 Wöchnerinnen wurden durchschnittlich am 17. Tage entlassen.

Von den Kindern starben 8. Davon fallen 6 der klinischen Therapie zur Last, indem ein Kind in den ersten Tagen p. part. an Melaena starb und eine Mutter seit Tagen kreissend und schon inficirt mit Fieber in die Klinik eintrat.

Von den Verletzungen des Kindes sind 3 Clavicularfracturen und 2 Humerusfracturen zu erwähnen.

Alle Todesfälle des Kindes entfallen auf Mehrgebärende. Eine Erstgebärende, bei der die Wendung mit gutem Erfolge gemacht wurde, war kein Beweis dafür, dass die Geburt nicht auch ohne die Operation spontan und glücklich verlaufen wäre.

Von den 7 Todesfällen (ein an Melaena gestorbenes Kind nicht mitgerechnet) von Kindern war nur in einem Falle Spontangeburt einmal vorausgegangen, in weiteren 5 Fällen fanden sich neben Spontangeburt auch operative Entbindungen, darunter waren 3 mal Perforation und 1 mal Pubiotomie ausgeführt worden und im

letzteren Falle hatte die vorausgehende Geburt nur operativ beendigt werden können.

Ueber die prophylaktische Wendung bei engem Becken sind auch die Ansichten der Autoren verschieden. Während die Anhänger der prophylaktischen Wendung behaupten, dass die Geburt bei Steisslage für die Mutter günstiger ist als die Kopflage, und diese Operation auch die Kindermortalität vortheilhaft beeinflusst (Runge), behaupten die Gegner gerade das Entgegengesetzte.

Fritsch sagt: „Dauert die Geburt beim engen Becken sehr lange, so stirbt das Kind ab, für die Mutter tritt die Gefahr der Infection und der Uterusruptur ein. Eine Methode, prophylaktisch diese Gefahren für Mutter und Kind zu umgehen, ist ebenso berechtigt, wie z. B. eine Beckenausgangszange bei verzögerter Geburt. Diese prophylaktische Methode der Entbindung beim engen Becken ist die Wendung“. Und er empfiehlt auf Grund der theoretischen und praktischen Ueberlegung die Wendung bei engem Becken.

Während Olshausen, Schroeder, Bumm u. s. w. bezüglich der Indicationen der prophylaktischen Wendung hauptsächlich im Interesse der Mutter handeln, wünscht Fritsch mit Runge, Leopold, Gusserow u. s. w. auf gleiche Weise das Interesse von Mutter und Kind zu vertheilen.

Auch in der Frage, bis zu welchem Verengerungsgrade die Wendung auszuführen wäre, ist keine Einheitlichkeit zu finden. Fritsch betont, dass die Indication für die prophylaktische Wendung Becken abgeben, deren Conjugata mässig, höchstens bis $8\frac{1}{2}$ oder 9 cm verengt ist.

Strittig ist auch die Frage, ob die prophylaktische Wendung bei Erstgebärenden und Mehrgebärenden gleichmässig auszuführen sei. Während Runge, Gusserow, Winkel, Toth, Dührssen u. s. w. die Wendung sowohl bei Erstgebärenden wie bei Mehrgebärenden ausführbar halten, verwirft Fritsch bei Erstgebärenden die prophylaktische Wendung, weil bei Erstgebärenden die Wehenkraft das ohne Gefahr leistet, was der Geburtshelfer unter grossen Gefahren fertig bringt.

Die prophylaktische Wendung, wie auch Fritsch sagt, hat Vortheile und Nachtheile für das Kind, während für die Mutter die Vortheile überwiegen. Der nachfolgende Kopf passirt leichter die Enge als der vorangehende. Aber der Vortheil der allmählichen

Anpassung des Kopfes wird bei der der Wendung unmittelbar folgenden Extraction aufgegeben.

Der Erfolg unserer Fälle betreffs des Kindes ist gerade kein glänzender zu nennen. Aber wir können nicht sicher sagen, ob bei vorangehendem Kopfe die Resultate besser gewesen wären.

Viele Statistiken beweisen, dass die Prognose für die Mutter bei dieser Operation kaum ungünstiger ist als bei Spontangeburt, jedenfalls aber günstiger als bei den im Interesse der Mutter ausgeführten geburtshülflichen Operationen, und dass man bei Frauen, die alle geburtshülflichen Operationen durchmachten, ohne lebende Kinder zu gebären, durch die Wendung noch am ehesten ein lebendes Kind erzielt.

Daher müssen wir die prophylaktische Wendung auch als eine berechtigte Operation betrachten. Wie Reifferscheid schrieb, „ist es jedenfalls berechtigt, die Operation bei Mehrgebärenden und nur bei diesen, dann anzuwenden, wenn aus der Anamnese hervorgeht, dass bei den früheren spontanen Geburten die Kinder abgestorben sind, oder dass nur durch mehr oder weniger schwere Operationen die Geburten beendet werden konnten, oder wenn bei der Geburt selbst durch langanhaltende Wehenschwäche wie wir sie bei Mehrgebärenden mit schlaffen Bauchdecken und Hängebauch doch beim engen Becken recht häufig beobachten, dem Kinde Gefahr droht“.

Perforation des vorangehenden Kopfes.

Die Perforation des vorangehenden Kopfes wurde in 35 Fällen gemacht, und zwar 18 mal bei noch lebendem bzw. sterbendem Kinde und 17 mal bei abgestorbenem.

Da wir besonders bei Erstgebärenden mit leichteren und mittleren Graden der Beckenverengerung, bei denen wir ja noch Spontangeburt lebender Kinder nach Tage lang andauernden und scheinbar erfolglosen Wehen erleben, eben abwarten, bis drohende Indication von Seiten der Mutter und des Kindes uns zur Operation zwingt, so werden wir bei Erstgebärenden häufiger gezwungen sein zu perforiren als bei Mehrgebärenden. Bei unserem Material handelte es sich in 23 Fällen (= 66 pCt.) um Erstgebärende, welche ein Durchschnittsalter von 27 Jahren hatten, worunter sich 5 alte Erstgebärende befanden, und 12 mal (= 34 pCt.) um Mehrgebärende, wobei nur je 4 mal Spontangeburt, neben Spontangeburt auch

operative Entbindungen und nur operative Entbindungen vorausgegangen waren.

Die durchschnittliche Geburtsdauer betrug 40,6 Stunden, die kürzeste 6 Stunden, die längste 158 Stunden. Die Dauer der Geburt bei Erstgebärenden war durchschnittlich 47,2 Stunden, also bedeutend lang.

Der Blasensprung fand durchschnittlich 32 Stunden vor der Entbindung statt, und zwar 15 mal, also in der Hälfte der Fälle, als vorzeitiger Blasensprung in einer Zeit, wo die Geburtswege noch gar nicht oder nur ganz unvollständig eröffnet waren, ein Ereigniss, das naturgemäss von grossem Einfluss auf den weiteren Geburtsverlauf ist.

Als ungünstiges Moment wurden noch 10 mal Nabelschnurvorfälle, darunter 4 mal verbunden mit Hand- oder Armvorfall und in anderen 4 Fällen Anomalien der Kopfhaltung beobachtet.

Das Durchschnittsgewicht der 35 enthirnten Kinder betrug 3026 g, das niedrigste 1830 g, das höchste 4300 g. Wenn man für das bei der Perforation entfernte Gehirn 300—400 g hinzurechnet, so ergeben sich damit Zahlen, die für den jeweiligen Grad der Beckenverengerung zu grossen Kindern angehören und so die Nothwendigkeit der Perforation erklären.

Von den 17 bei abgestorbenem Kinde perforirten Fällen kamen 9 mit bereits totem Kinde zur Aufnahme und 8 starben während der Geburt in der Klinik.

Von den 8 in der Klinik abgestorbenen Kindern starben 6 (davon 2 wegen Nabelschnurvorfalles) bei rasch verschwindenden kindlichen Herztönen in der Zeit, wo wegen des Nichtverstrichenseins des Muttermundes oder beweglichen Kopfes für die Wendung oder hohe Zange die Grundbedingungen nicht vorhanden waren. In 1 weiteren Falle wurde wegen der Dehnung des unteren Uterinsegmentes der Versuch, den Kopf in Walcher'scher Hängelage ins Becken einzupressen, vergeblich unternommen, dabei fiel die Nabelschnur vor und das Kind starb ab. Ein weiteres Kind starb während des Zangenversuches am hochstehenden Kopf beim Schlechtwerden der kindlichen Herztöne. Daher war es in allen Fällen durch keine andere Entbindungsmethode möglich, das kindliche Leben zu retten, ohne dabei die Mutter den grössten Gefahren auszusetzen.

Von den 18 Perforationen bei noch lebendem bzw. absterbendem Kinde wurden 11 bei Erstgebärenden, 7 bei Mehrgebärenden aus-

geführt. Von den Erstgebärenden gehört 1 zu den älteren Erstgebärenden. Bei den Mehrgebärenden war in 3 Fällen je eine Spontangeburt mit lebendem Kind vorausgegangen, wobei in einem Fall hervorgeht, dass das Kind bedeutend kleiner war. In dem anderen Fall fanden sich neben einer Spontangeburt mit totem Kind auch operative Entbindungen (1 Zange, 1 Wendung und 4 künstliche Frühgeburten). In den übrigen 3 Fällen mussten die vorausgegangenen Geburten nur operativ beendet werden und zwar war 2 mal je eine Zange vorausgegangen und 1 mal eine Zange, eine Perforation und eine Sectio caesarea.

In fast allen Fällen handelte es sich um eine lange Geburtsdauer, die ausserdem noch 11 mal, also über die Hälfte der Fälle mit vorzeitigem Blasensprung complicirt war. Die Geburtsdauer der 18 Fälle betrug durchschnittlich 50 Stunden ($37\frac{1}{2}$ Std. seit dem Blasensprung).

Die Indication zur schleunigen Beendigung der Geburt war in 14 Fällen durch das Befinden der Mutter gegeben und zwar 7 mal durch die hochgradige Dehnung des unteren Uterinsegments allein oder mit Fieber, 6 mal Fieber der Mutter allein oder mit Erschöpfung der Kreissenden, 1 mal durch hochgradige Erschöpfung der Mutter. Von diesen 14 Fällen wurde in 3 Fällen der Versuch, den noch hochstehenden Kopf in Walcher'scher Hängelage ins Becken einzupressen, vergeblich unternommen und dann sofort die Perforation angeschlossen.

In den weiteren 3 Fällen sanken die kindlichen Herztöne rasch in Folge des Vorfalles der Nabelschnur allein oder mit einem Arm und waren die Wendung und hohe Zange damit nicht mehr möglich.

In dem einen restirenden Falle wurde ein hoher Zangenversuch beim Schlechtwerden der kindlichen Herztöne vorausgeschickt. Da aber der Kopf nicht sofort folgte, wurde die Zange abgenommen und durch den Kranioklasten ersetzt.

Bei insgesamt 35 Perforationen war das Resultat insofern für die Mutter günstig, als keine derselben verletzt wurde und keine starb.

Das Wochenbett war in 28 Fällen afebril und die Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 13. Tage entlassen. In den übrigen 7 Fällen war der Verlauf fieberhaft. Die Wöchnerinnen wurden zwischen dem 10. und 23. Tag geheilt entlassen.

Eine Indication für die Perforation ist klar: Ist bei engem

Becken das Kind abgestorben, so soll sofort das Kind perforirt werden, um der Mutter die unnöthige Geburtsarbeit zu ersparen und sie so schonend wie möglich zu entbinden, sowohl dann, wenn man bei der Uebnahme der Geburt den Tod des Kindes constatirt, als auch dann, wenn während der Beobachtung der Geburt oder während des Versuches einer das kindliche Leben rettenden Operation der Tod des Kindes sicher eingetreten ist (Fritsch).

Auch bei Fällen, wo die Beendigung der Geburt geboten ist, z. B. bei der allmählich vermehrten Dehnung des unteren Uterinsegmentes, wenn man den Kopf stets in gleicher Höhe findet und zwischen Kopf und Becken eine Raumasymmetrie vorhanden ist, wird man zunächst Kaiserschnitt und Beckenerweiterung in Erwägung ziehen und vorschlagen. Lehnt die Kreissende diese Operationen ab, so muss die Perforation gemacht werden. Ferner bei Fieber der Mutter, besonders bei allmählich steigendem Fieber und noch hochstehendem Kopfe, falls nicht etwa die prophylaktische Wendung noch möglich sein sollte, oder ein vorsichtiger Versuch mit hoher Zange zum Ziele führt. Wie Reifferscheid sagt, dürfen bei Fieber der Mutter grössere und so eingreifende Operationen wie die Beckenerweiterung und der Kaiserschnitt nicht mehr gewagt werden.

Ist das Kind gefährdet, so werden wir, da wir niemals wissen, ob es noch gelingen wird, ein lebendes Kind auf operativem Wege zu erzielen, jede eingreifende Operation, wie die Beckenspaltung und den Kaiserschnitt, ablehnen und höchstens noch einen vorsichtigen Zangenversuch wagen und beim Misslingen perforiren (Reifferscheid).

Als Bedingung der Perforation wird angeführt, dass der Kopf feststeht und der Muttermund erweitert ist. Beides ist wünschenswerth, aber nicht nothwendig, weil der Kopf von aussen leicht zu fixiren ist, wenn die Kreissende narkotisirt ist, und die Perforation und Extraction, ohne Verletzungen oder Quetschungen der mütterlichen Weichtheile zu machen, gemacht werden können, wenn der Muttermund weich und erweiterbar ist. Bei unserem Material musste diese Operation in nahezu der Hälfte der Fälle bei nicht völlig eröffnetem Muttermund ausgeführt werden. Trotzdem fanden wir keine Verletzung der mütterlichen Weichtheile.

Perforation des nachfolgenden Kopfes.

Einmal wurde bei dem in Beckenendlage befindlichen, bis zu dem Hals spontan geborenen Kinde, da es während der sehr schwierigen Extraction des Kopfes starb, die Perforation des nachfolgenden Kopfes ausgeführt. Das Kind wog enthirnt 3600 g. Die Wöchnerin wurde nach ungestörtem Puerperium am 10. Tage entlassen.

Da dieser Fall ja mit den Perforationen des nachfolgenden Kopfes nach Wendungen, wo wir also künstlich eine Beckenendlage hergestellt haben, und Extraction bei Beckenendlage nicht auf eine Stufe zu stellen ist, so erwähnte ich ihn hier gesondert.

Embryotomie bei verschleppter Querlage.

Einmal wurde eine Frau von auswärts mit eingekeilter Querlage, todtm Kind und drohender Uterusruptur der Klinik überbracht, wo dann sofort die Embryotomie ausgeführt werden musste. Das Kind war nicht gewogen worden. Die Wöchnerin wurde nach glattem fieberlosem Wochenbettsverlauf am 10. Tage entlassen.

Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt wurde 20 mal eingeleitet. Da unter diesen Fällen keine Erstgebärende sich fand, so beziehen sie sich alle auf Mehrgebärende.

Bei den Mehrgebärenden war in 2 Fällen je eine Spontangeburt vorausgegangen, wobei in 1 Fall hervorgeht, dass die Geburt ausserordentlich schwer war, in weiteren 5 Fällen fanden sich neben Spontangeburt (6) auch operative Entbindungen (9) und in übrigen 13 Fällen waren die vorausgegangenen Geburten mit zusammen 28 Geburten nur operativ beendet worden.

Die insgesamt 37 operativen früheren Geburten vertheilen sich nach der Art der Operation folgendermaassen: Typische Zange (11), hohe Zange (1), Wendung (8), Perforation (8), künstliche Frühgeburt (7), Sectio caesarea (2). Von insgesamt 8 spontan geborenen Kindern starben 5 und von 37 operativ entbundenen starben 28.

Was die Zeit der Einleitung der künstlichen Frühgeburten anbelangt, so entfallen dieselben 1 mal auf die 38. Woche, 5 mal auf die 37. Woche, 9 mal auf die 36. Woche, 2 mal auf die 34. Woche und 1 mal auf die 33. Woche. In einem Falle ist sie unklar.

Unter insgesamt 20 Fällen haben 3 Frauen spontan geboren, in den übrigen 17 Fällen musste die Geburt durch die Wendung und Extraction beendet werden, und zwar 10 mal, also über die Hälfte der Fälle, aus Querlage, 7 mal aus Schädellage. Die Wendungen und Extractionen wurden bei stehender Blase und völlig eröffnetem Muttermund ausgeführt, abgesehen von 2 bei nicht völlig verstrichenem Muttermund gewendeten Fällen.

Die Extraction war bei 6 Fällen sehr schwierig.

Eingeleitet wurden die Geburten durch Einlegen von Bougies in den Uterus und darauf folgende Kolpeuryse. Unter Umständen wurde sofort ein Kolpeurynter in den Uterus eingelegt.

Die Geburt erfolgte in der Mehrzahl der Fälle innerhalb 3 bis 60 Stunden, während sie 5 mal einen längeren Zeitraum von 3 bis 7 Tagen in Anspruch nahm.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 2630 g, das niedrigste 2000 g, das höchste 3650 g.

Von den Müttern starben 2, und zwar 1 an Salolintoxication am 9. Tage p. p., 1 an Staphylokokkensepticopyämie am 6. Tage p. p. Der Tod der Mutter kann in dem ersteren Fall nicht der Operation zur Last gelegt werden.

Von den Verletzungen der Mutter sind 2 Cervixrisse zu registrieren.

Das Wochenbett verlief afebril in 17 Fällen. Ein Wochenbett war gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung. In den übrigen 2 Fällen war der Verlauf fieberhaft. 18 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 9. und 12. Tage entlassen.

Für die Kinder sind die Resultate insofern nicht zufriedenstellend, als von den 17 durch Wendung und Extraction entbundenen 2 verletzt wurden (1 beiderseitige Humerusfractur, 1 linksseitige Clavicularfractur) und 8 bei der Geburt oder bald nachher starben, während bei den 3 Spontangeburtens keines verletzt wurde und alle Kinder gesund entlassen werden konnten.

Der Hauptgrund, warum bei unserem Material die kindliche Mortalität gross war, ist darin zu suchen, dass, wie Reifferscheid schon sagte, wir unsere Fälle grösstentheils von draussen herein kommen lassen, wo indolente Frauen geringen Bildungsgrades nicht genau, wie es ihnen gerathen wurde, der Zeitbestimmung achten, so dass in einzelnen Fällen die Geburt zu früh, in anderen zu spät eingeleitet wurde.

Für das Gelingen der künstlichen Frühgeburt ist vor allem

nöthig, die Zeit der Schwangerschaft und die Grösse des Kindes genau zu bestimmen. Dazu muss die Frau selbst aufgefordert werden, genau auf das Ausbleiben der Menstruation zu achten und auch der Arzt muss die betreffende Frau wenigstens alle 4 Wochen untersuchen, sich genau die Befunde notiren, sie vergleichen und genau controlliren, wie die Schwangerschaft vorschreitet. Dann wird der Erfolg sicher ein besserer sein.

Die Autoren wie Pinard, Krönig, Zweifel etc. verwerfen die künstliche Frühgeburt. Olshausen ist ebenfalls kein Anhänger dieser Operation im Allgemeinen, er wünscht jedoch dieselbe nicht gänzlich zu verwerfen. Scheffezik und Kubinyi hingegen behaupten, dass nach ihren Erfahrungen die künstliche Frühgeburt nicht nur berechtigt, sondern sowohl für die Mutter als auch für das Kind eine segensreiche Operation und, wie Fritsch behauptet, hauptsächlich berufen ist, dem Zwecke des practischen Arztes zu dienen.

Es besteht allerdings darüber keine Einheitlichkeit, ob im angegebenen Falle die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Erstgebärenden ebenso berechtigt sei wie bei Mehrgebärenden. Viele Autoren sind der Ansicht, dass die Operation sowohl bei Erstgebärenden wie auch an Mehrgebärenden durchführbar sei, während viele andere Autoren die künstliche Frühgeburt bei Erstgebärenden für verwerflich halten. Fritsch behauptet mit Olshausen ebenfalls, es wäre empfehlenswerther, wenigstens die Erfolge einer Geburt mit expectativer Behandlung abzuwarten.

Die richtigste Zeit der Einleitung der Geburt ist auch bisher nicht einheitlich festgestellt. Die Meisten sind jedoch der Ansicht, dass die günstigste Zeit der Einleitung zwischen der 34.—36. Woche liegt. Fritsch hält auch 4 Wochen ante terminum für die beste Zeit.

Hinsichtlich der Behandlung der Geburt behaupten Magnus, Scheffezik u. s. w. auf Grund eigener Erfahrungen, dass bezüglich des Loses des Kindes die expectative Behandlung der Geburt die schönsten Erfolge bietet, und Memmert constatirte auf Grund seiner Statistik, dass die Prognose der operativen und spontanen Geburten vom Standpunkte des Kindes keine Verschiedenheit zeigt.

Pape und Herff wünschen die Dauer der Geburt, sobald die Bedingungen dazu vorhanden sind, mittelst der prophylaktischen Wendung und Extraction zu verkürzen, was ihrer Meinung nach auf die Zahl der lebend geborenen Kinder auch von vortheilhafterem Einfluss wäre, als das Abwarten der spontanen Geburt bei Kopflage.

Der Standpunkt dieser zwei letzteren Autoren drückt auch die Ansicht von Fritsch aus. Bei unserem Material starben jedoch 3 Kinder bei den 7 prophylaktischen Wendungen, während bei den 3 Spontangeburtten alle Kinder lebten und gesund entlassen werden konnten. Die zu Grunde liegenden Zahlen sind allerdings zu klein, um den Verdacht der Zufälligkeit dieser Erscheinung von der Hand weisen zu können.

Auf Grund des Gesagten können wir somit behaupten: Die künstliche Frühgeburt soll bei leichteren und mittleren Graden der Beckenverengerung nur bei Mehrgebärenden eingeleitet werden. Viel sichere Anhaltspunkte giebt hier die Anamnese. Weiss man aus der Anamnese oder besser aus eigener Beobachtung, dass die Geburt eines unzerkleinerten Kindes am Ende der Schwangerschaft unmöglich oder wenigstens für Mutter und Kind sehr gefährlich ist, so ist man sicher berechtigt, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Bei Erstgebärenden kommt sie höchstens bei höheren Graden der Beckenverengerung bis zu einer Conj. diag. von 7 cm herab in Betracht, wenn die schon während der Schwangerschaft für die Geburt in Aussicht gestellten Operationen der Beckenerweiterung und des Kaiserschnitts abgelehnt werden.

Beckenerweiternde Operation.

a) Symphyseotomie.

Nur einmal wurde die Geburt bei einer Erstgebärenden mit plattem Becken mit einer Conj. vera von 8,0 cm nach erfolglosem Versuch der Impression des Kopfes in Walcher'scher Hängelage durch Symphyseotomie mit sofort angeschlossener Zangenextraction beendet. Das Kind wurde asphyktisch geboren, aber wiederbelebt. Das Wochenbett verlief, mit Ausnahme des leichten 2tägigen Fiebers bis 38,2, afebril. Die Wöchnerin konnte am 42. Tage gesund entlassen werden.

b) Pubiotomie.

Die Pubiotomie wurde 34 mal ausgeführt.

Da über diese 34 Fälle mit 2 anderen poliklinischen Fällen schon von Reifferscheid auf dem Congress in Dresden und im Centralblatt für Gynäkologie (No. 42. 1905; No. 12, 18, 48. 1906; No. 3. 1910) genau berichtet wurde, möchte ich hier nur die wesentlichsten Punkte aus unseren Erfahrungen über Pubiotomie sehr kurz hervorheben.

Bei meinem Material handelte es sich in 2 Fällen um Erstgebärende, worunter sich eine alte Erstgebärende befand, und 32 mal um Mehrgebärende, wobei in 2 Fällen je eine Spontangeburt, in 8 Fällen neben Spontangeburt (mit zusammen 12 Geburten) auch operative Entbindungen (mit zusammen 23 Geburten), in den übrigen 22 Fällen nur operative Entbindungen mit zusammen 37 Geburten vorausgegangen waren. Die insgesamt 60 operativen früheren Geburten vertheilen sich nach der Art der Operation folgendermaassen: 14 typische Zangen, 1 hohe Zange, 11 Wendungen, 15 Perforationen, 1 Embryotomie, 16 künstliche Frühgeburten, 2 Pubiotomien. Von den 60 Kindern starben 50. Bei insgesamt 14 vorausgegangenen Spontangeburt waren 5 Fälle Frühgeburten, in 2 Fällen hatte die Geburt 3—4 Tage lang gedauert. Von den Kindern starben 11.

Bei 34 Fällen von Pubiotomie wurde die Geburt 15 mal mit der Zange, 10 mal durch Wendung und Extraction, 3 mal durch Extraction beendet, 6 mal wurde der spontane Verlauf abgewartet.

Bei unserem Material war ein Klaffen der Knochenenden bis auf 5—6 cm möglich, während Stoeckel es auf höchstens 3—3½ cm glaubte.

Von den 34 Fällen wurde die Pubiotomie 30 mal bei plattem Becken mit einer C. vera 6,75—9,3 cm, 4 mal bei allgemein verengtem Becken mit einer C. vera 7,75—8 cm ausgeführt.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3348 g, das niedrigste 2550 g, das höchste 4850 g. Der Kopfumfang des Kindes war durchschnittlich 36 cm, der kleinste 33 cm, der grösste 40 cm.

Von den Müttern ist eine gestorben, sie erlag am 5. Tage des fieberfreien Wochenbetts einer Lungenembolie. Ob dieser Todesfall auf das Conto der Operation zu setzen ist, ist fraglich, immerhin aber möglich, da eine complicirende Blasenverletzung vorlag, die zur Urininfiltration geführt und damit wohl das Entstehen einer Thrombose begünstigt hatte. Es beträgt somit unsere Mortalität für die Mütter 1 (= 2,94 pCt.).

Von den Kindern kam eins so tief asphyktisch zur Welt, dass es nicht wieder belebt werden konnte. Hier war aber die Operation zu einer Zeit gemacht worden, als bereits Meconiumabgang und Beschleunigung der kindlichen Herztöne die Gefährdung des Kindes anzeigten. Es ist der Tod des Kindes keine Folge der Operation, sondern der Eingriff war zu spät vorgenommen worden, als dass er das Kind noch hätte retten können. Es müsste also eigentlich die kindliche Mortalität infolge der Operation = 0 gesetzt werden,

will man den angeführten Todesfall aber doch mitrechnen, so beträgt sie 1 ($\approx 2,94$ pCt.).

Auch die Morbidität war in unseren Fällen keine hohe. Völlig ungestört und fieberfrei verliefen 14 Wochenbetten. Eine einmalige Temperatursteigerung bei im übrigen afebrilen Verlauf wurde in 8 Fällen, eine Temperaturerhöhung bis 38° an 2 Tagen in 2 Fällen, durch Mastitis verursachte Fiebersteigerungen in 2 Fällen beobachtet. Leicht fieberhaft verliefen 6 Fälle, und nur einmal wurde höheres Fieber bis 39° vom 4.—9. Tage des Wochenbettes beobachtet, das verursacht war durch eine geringe Eiterung an der oberen Incision, die aber schnell ausheilte, so dass die Patientin am 22. Tage entlassen werden konnte. Einmal wurde eine umschriebene Thrombose eines oberflächlichen Venengeflechtes am Unterschenkel, je einmal eine Schenkelvenenthrombose am linken bzw. am rechten Beine beobachtet (die letzten beiden Patientinnen wurden am 40. bzw. 47. Tage geheilt entlassen).

Eine bedrohliche Blutung intra operationem kam nie vor. Zur Ausbildung eines grösseren Hämatoms kam es zweimal. Zweimal entstand bei der Entbindung ein mit der Knochenwunde communicirender Scheidenriss, der beide Male sofort vernäht wurde und ohne Störung des Wochenbettes ausheilte. Dreimal wurde die Blase verletzt; diese Verletzungen kamen nur bei der subcutanen Methode vor, nie wurde bei den nach der Döderlein'schen Methode operirten Fällen eine Schädigung der Blase gesehen. Verletzungen des Kindes durch die Operation kamen nicht vor.

Fritsch sagt in seinem Lehrbuch „Geburtshilfe“ (1904), dass die Hebotomie noch besser ist als die Symphyseotomie. Reifferscheid sagt in dem neuesten Bericht über Pubiotomie betitelt: „Ueber die Berechtigung der Hobosteotomie“ über den Vortheil und die Anwendung der Pubiotomie folgendes:

„Einer der wichtigsten Vortheile der Hebotomie liegt darin, dass man im Vertrauen auf sie bei der Geburtsleitung möglichst lange abwarten kann, ob nicht doch noch die Spontangeburt möglich ist. Nützt man diesen Vortheil weitgehend aus, so wird man selten in der Lage sein, nach Ausführung der Beckendurchsägung noch längere Zeit auf die Spontangeburt des Kindes warten zu können. Häufig wird man im Interesse des gefährdeten Kindes sofort die operative Entwicklung des Kindes durch die Zange anschliessen müssen. Damit ist aber in den Fällen, in denen es sich um enge Genitalien bei Erstgebärenden oder um von früheren

Geburten stammende narbige Verengerungen der Scheide Mehrgebärender handelt, die Gefahr grösserer Scheidenzerreissungen und eventuell der Entstehung der gefährlichen mit der Knochenwunde communicirenden Scheidenrisse gegeben. Es ist deshalb angesichts der guten, ja theilweise glänzenden Resultate, die der extraperitoneale Kaiserschnitt bietet, für diese Fälle der extraperitoneale Kaiserschnitt der Beckendurchsägung vorzuziehen. Auch für die Fälle von stärkerer Beckenverengung unter 7,5 cm Conj. vera wird der extraperitoneale Kaiserschnitt von vornherein in Aussicht zu nehmen sein, wenn ein spontaner Verlauf ausgeschlossen erscheint.

Dagegen glaube ich auf Grund unserer Erfahrungen die Hebesteotomie sehr empfehlen zu müssen für alle Fälle von mittlerer Beckenverengung bis zu einer Conj. vera 7,5 cm bei Mehrgebärenden. Hier wird sie sicher in der Hand des geübten Geburtshelfers unter Benutzung der Vortheile, wie sie das Krankenhaus bietet, segensreiche Erfolge bringen“.

Kaiserschnitt.

Die Sectio caesarea wurde 54 mal ausgeführt, und zwar 11 mal der conservative Kaiserschnitt, 26 mal die Porro'sche Operation, 17 mal der extraperitoneale Kaiserschnitt.

a) Conservativer Kaiserschnitt.

Unter den 11 Fällen finden sich 6 Erstgebärende und 5 Mehrgebärende. Bei den Mehrgebärenden waren in 4 Fällen die vorangehenden Geburten nur operativ beendet worden, während in einem Falle sich neben operativen Entbindungen eine spontane Frühgeburt fand. Von insgesamt operativ und spontan geborenen 15 Kindern blieb keins am Leben.

Einmal wurde der Kaiserschnitt aus absoluter Indication ausgeführt, während er in den übrigen 10 Fällen auf den dringenden Wunsch der Patientinnen bei Beckenverengerungen mit einer C. vera 9—7 cm gemacht wurde.

9 mal wurde die Frau innerhalb 1—10 Stunden nach Beginn der Wehen bei stehender Blase operirt, während die Operation nur 2 mal nach 27 und 48 stündiger Wehenthätigkeit bei schon gesprungener Blase gemacht wurde. In 2 Fällen wurde die Tubensterilisation ausgeführt.

Alle Kinder wurden lebend entwickelt und blieben am Leben.

Das Durchschnittsgewicht derselben betrug 3495 g, das niedrigste 2800 g, das höchste 4400 g.

Von den Müttern kam eine am 4. Tage p. oper. zum Exitus letalis in Folge der Sepsis; sie war kreissend nach 27 stündiger Geburtsdauer in die Klinik gekommen.

Bei den übrigen 10 Frauen war das Wochenbett 3 mal afebril. 1 mal war es gestört durch eine einmalige Temperatursteigerung. 6 mal war es fieberhaft, darunter handelte es sich 2 mal um Mastitis oder Phthise. Die 10 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 20. und 31. Tage entlassen.

b) Porro'sche Operation.

26 Operationen und zwar 6 bei Erstgebärenden und 20 bei Mehrgebärenden.

4 mal wurde die Operation aus absoluter Indication ausgeführt, 22 mal bei Beckenverengerungen mit einer Conj. vera 9 bis 6,5 cm oder einer Conj. ext. 17—16 cm.

Bei fast allen Fällen der Mehrgebärenden wurde die Operation gemacht, wenn die vorausgegangenen Geburten zum Theil auch trotz eingeleiteter künstlicher Frühgeburt lebende Kinder nicht ergeben hatten. In 2 Fällen wurde je eine vorausgegangene Geburt durch den conservativen Kaiserschnitt beendet.

Während einmal die Operation nach 40 stündigem Kreissen bei vorzeitig gesprungener Blase und 3 mal 10 Stunden nach Wehenbeginn bei stehender Blase ausgeführt wurde, wurden die übrigen 22 Fälle bei stehender Blase vor Beginn der Wehen oder einige Stunden nach Wehenbeginn operirt.

In der Mehrzahl der Fälle liessen wir bei der Operation ein Ovarium zurück, um Ausfallserscheinungen zu vermeiden. Sowohl bei dem conservativen Kaiserschnitt und auch bei der Porro'schen Operation wurde in allen Fällen der quere Fundalschnitt gemacht.

Von den Müttern starb eine 6 Stunden nach der Operation an Collaps in Folge Herzfehlers. Bei den übrigen 25 Frauen verlief das Wochenbett afebril in 20 Fällen, 5 mal fieberhaft, darunter 1 mal, wo es nur durch eine einmalige Steigerung gestört war, 1 mal handelte es sich um Bronchitis. Die 25 Wöchnerinnen wurden zwischen dem 19. und 36. Tage entlassen.

Von den Kindern starb eines am 19. p. oper. an Pneumonie und Durchfall. Der Tod des Kindes kann sicher nicht der Operation zur Last gelegt werden.

Das Durchschnittsgewicht sämmtlicher Kinder betrug 3028 g, das geringste 1900 g, das grösste 4000 g.

Ueber den Kaiserschnitt auf Grund relativer Indication behauptet Fritsch, dass der Kaiserschnitt, welcher, falls die Bedingungen der tadellosen Asepsis gegeben sind, nahezu ebenso gefahrlos ist, wie die sonstigen die Geburt beendigenden Operationen, vom Standpunkte des Kindes doch unbedingt sicher sei, während bei der künstlichen Frühgeburt immerhin die Prognose für das schwächliche Kind dubiös ist und auch bei den zerkleinernden Operationen gefährliche Nebenverletzungen und für Infection geeignete Wunden nicht zu vermeiden sind.

Nach ihm kann gerade deshalb der Kaiserschnitt nicht nur gestattet, sondern er soll auch durchgeführt werden in allen Fällen, in denen die Mutter ein lebendes Kind wünscht. Es kommt daher nicht in Betracht, ob das Kind gross oder klein ist, einen harten oder weichen Schädel hatte. Fritsch hält es jedoch für natürlich, dass die Mutter selbst über ihren Körper verfüge, mit anderen Worten, dass ihre Einwilligung unbedingt nothwendig sei.

Noch sagt Fritsch so: „Willigt die Schwangere ein, so ist ihr noch die Frage vorzulegen, ob die Operation so gemacht werden soll, dass eine fernere Schwangerschaft ausgeschlossen ist, oder dass die Möglichkeit fernerer Schwangerschaft offen gelassen wird. Man muss die Schwangere darauf aufmerksam machen, dass im ersteren Falle, wenn, was immerhin möglich ist, das Kind stirbt, nun selbstverständlich jede Hoffnung auf Nachkommenschaft zu Ende ist, dass aber, wenn die Operation mit Erhaltung der Gestationsfähigkeit gemacht wird, jedesmal dieselben Gefahren, Schmerz und Leiden wiederkehren würden. Hat die Schwangere sich nach Berathung mit den Rathgebern, die ihr passend erscheinen, zum einen oder zum anderen entschlossen, so hat der Arzt diesen Wünschen zu entsprechen.“

c) Extraperitonealer Kaiserschnitt.

Der extraperitoneale Kaiserschnitt wurde 17 mal ausgeführt. Diese Fälle sind alle unter den 19 Fällen des extraperitonealen Kaiserschnittes, welche von Reifferscheid im Centralblatt für Gynäkologie beschrieben worden sind, enthalten.

Unter den 17 Fällen finden sich 5 Erstgebärende und 12 Mehrgebärende.

In 3 Fällen wurde transperitoneal vorgegangen und von einem Längsschnitt aus das viscerele Peritoneum einmal quer und zwei-

mal längs incidirt und nach leicht gelungener Ablösung von der Uteruswand mit dem Peritoneum der Bauchwand vereinigt.

Unter diesen Fällen ist der einzige Todesfall der Mutter. Die Patientin kam allerdings nach 2tägigem Kreissen mit deutlichen Zeichen schwerer Infection zur Aufnahme, so dass vielleicht keine entbindende Operation sie mehr hätte retten können. Sie starb am 6. Tage des Wochenbettes infolge ausgesprochener Sepsis.

Die übrigen 14 Fälle sind nach der Vorschrift von Latzko und mit Anwendung des Pfannenstiel'schen Fascienquerschnittes operirt worden und zwar ohne dass wir dabei unter diesen zum Theil zweifelhaften Fällen einen unglücklichen Ausgang gesehen haben. Alle Mütter konnten gesund entlassen werden. Der einzige Todesfall des Kindes ist jedoch unter diesen Fällen. Das Kind athmete nach der Geburt dauernd oberflächlich und starb am Abend des Operationstages. Die im pathologischen Institut vorgenommene Section ergab keine Todesursache. Die Mutter dieses todtten Kindes hatte auswärts lange gekreisst.

Das Durchschnittsgewicht sämmtlicher Kinder betrug 3395 g, das kleinste 2950 g, das grösste 4000 g.

Das Wochenbett verlief afebril in 7 Fällen. Eine einmalige Temperatursteigerung wurde in 4 Fällen (darunter 1 mal an Mastitis) beobachtet. Fieberhaft verliefen 5 Fälle (davon 1 mal an Mastitis).

Bei den nach Latzko operirten Fällen liessen Blase und Peritoneum sich leicht und ohne Gefahr der Verletzung genügend weit verschieben, um in der Medianlinie oder dicht daneben einen genügend grossen Längsschnitt in dem unteren Uterinabschnitt anzulegen. Eine stärkere Blutung aus dem Schnitte kam nie vor, ja sie war sogar oftmals auffallend gering.

Wir haben bei unseren Erfahrungen von dem extraperitonealen Kaiserschnitt die Ueberzeugung gewonnen, dass diese Operation in der Behandlung der engen Becken eine weitgehende Anwendung verdient. Wie Reifferscheid sagt, wird der klassische Kaiserschnitt auf die Fälle beschränkt werden, wo gleichzeitig eine Sterilisation der Frau ausgeführt werden soll, oder wo Tumorbildung am Uterus oder den Adnexen ein intraperitoneales Vorgehen nöthig macht. Die Hebosteotomie wird Concurrenzoperation bleiben in Fällen von Mehrgebärenden mit mässig verengten Becken.

Reifferscheid sagt in seiner Arbeit über die Operationsmethode Folgendes: „Für die reinen Fälle ist die beste Methode die Latzko'sche mit Anwendung des Pfannenstiel'schen Fascien-

querschnittes. Für die zweifelhaften Fälle ist der Längsschnitt vorzuziehen, weil er einfachere Wundverhältnisse bietet. Fürchtet man eine Infection, so möchte ich vorschlagen, die Drainage so anzulegen, dass man den Uterusschnitt bis in die Scheide verlängert, die Uteruswunde vernäht und nun durch das vordere Scheidengewölbe die Gaze hinausleitet. Bei manifester, schwerer Infection macht man auch heute noch am besten die Perforation, wenn nöthig, auch des lebenden Kindes“.

Literatur.

- Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1894. — 118 Fälle mit Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Centralblatt. 1890 S. 529.
- Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. 1908.
- Baisch, Reform in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907.
- v. Bonnichausen, Zur Prognose der Geburt bei engem Becken. Inaug.-Diss. Berlin 1895.
- v. Braun-Fernwald, Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung, atypischen Zangenoperation, Kraniotomie und zu den spontanen Geburten beim engen Becken. Wien 1888.
- Fritsch, Klinik der geburtshülflichen Operationen. 1894. — Geburtshülfe. 1904. — Die Indicationsstellung zur Symphyseotomie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1900. Bd. III.
- Flaischlen, Centralblatt f. Gynäkologie. 1904. No. 12. S. 386.
- Glöckner, Beitrag zur Behandlung der engen Becken. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäkol. Bd. 41.
- Herff, Ueber künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 386.
- Krönig, Die Therapie beim engen Becken. Leipzig 1901.
- Kubinyi, Einleitung der Frühgeburt in drei Fällen von verengtem Becken. Centralbl. f. Gyn. No. 23. 1904.
- Litzmann, Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884. — Die Formen des Beckens. Berlin 1861.
- Ludwig und Savor, Klinischer Bericht über die Geburt beim engen Becken aus dem Zeitraum 1878—1895. Wien 1897.
- Michaelis, Das enge Becken. Leipzig 1851.
- Magnus, Ein Beitrag zur Therapie des engen Beckens. Inaug.-Diss. Königsberg 1902.
- Mackenrodt, Ueber mehrfache Geburten derselben Frau mit engem Becken. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1903. Bd. 50.
- Memmert, Ueber 61 Fälle künstlicher Frühgeburt bei engen Becken. Inaug.-Diss. Berlin 1903.
- Olshausen, Ueber die Geburten bei engem Becken und ihre Behandlung. Berliner klin. Wochenschr. Jahrg. 45. No. 1.
- Olshausen und Veit, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1903.
- Peham, Das enge Becken. Wien und Leipzig 1908.

- Pape, Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. Hegar's Beiträge f. Geb. u. Gyn. Bd. 6.
- Pinard, Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. Amsterdam 1899. S. 21.
- Reifferscheid, Ueber Geburten bei engem Becken. Festschrift für Fritsch. Leipzig 1902. — Zur Pubiotomie. Centralbl. f. Gyn. 1905. No. 42. — Zur Indication und Technik der Pubiotomie. Centralbl. f. Gyn. 1906. No. 12. S. 351. — Erster Fall von späterer Geburt nach subcutaner Pubiotomie. Centralbl. f. Gyn. 1906. No. 18. — Weitere Erfahrungen mit der Pubiotomie. Centralbl. 1906. S. 1326. — Erfahrungen mit der Hebosteotomie. Centralbl. f. Gyn. 1907. No. 24. S. 696. — Ueber die Berechtigung der Hebosteotomie. Centralbl. f. Gyn. 1910. No. 3. — Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Centralbl. f. Gyn. 1909. No. 33.
- Runge, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1903.
- Scipiades, Ueber die Behandlung der Geburt bei engem Becken. Berlin 1909.
- Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1882.
- Sonntag, Die Pathologie des knöchernen Beckens. Winckel's Handbuch der Geburtshülfe. 1905. II. Bd. 3. Theil.
- Schmid, Die Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen der geburtshülflichen Klinik zu Basel. Dieses Archiv. 1897. Bd. 47. S. 32.
- Schulz, Wendung oder hohe Zange. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1896. Bd. 34.
- Schroeder, Zur Wendung auf die Füße bei engen Becken. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 32. S. 183.
- Scheffczik, Die primären und die Dauererfolge der künstlichen Frühgeburt bei engen Becken. Dieses Archiv. Bd. 75. H. 3. S. 633.
- Toth, Ueber die Anwendung der hohen Zange. Dieses Archiv. Bd. 55. H. 1. Seite 99.
- Weindler, Spontane Geburt bei engem Becken. Dieses Archiv. 1907. Bd. 81. Seite 718.
- Wilcke, Das Geburtsgewicht der Kinder beim engen Becken. Inaug.-Dissert. Halle 1902.
- Winckel, Handbuch der Geburtshülfe. 1905.
-