

(Aus der Königlichen Frauenklinik zu Dresden. Director:
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Leopold.)

Ueber die Bewerthung der Hebosteotomie auf Grund von 85 Operationen.

Von

Dr. med. **Ernst Roth**,

IV. Assistenzarzt.

Die Hebosteotomie gehört wohl zu denjenigen geburtshülflichen Operationen, die immer noch einiges Allgemeininteresse beanspruchen dürfen. Wenn auch aus fast jeder grösseren Klinik zur Zeit Operationsberichte vorliegen, wird doch die Leistungsfähigkeit dieser Operation sehr verschieden beurtheilt. Günstige und abfällige Urtheile wechseln ab und wenn auch die anfängliche Begeisterung in der letzten Zeit einer gewissen Ernüchterung Platz gemacht hat und die Indicationsbreite dieser Operation schärfer umgrenzt worden ist, so ist man sich doch noch nicht einig über den Platz, den man dieser Operation in der Therapie des engen Beckens einräumen soll. Dieser Umstand möge es erklären, dass aus der Dresdener Klinik noch einmal das Wort über die Hebosteotomie genommen wird, nachdem schon zweimal über im Ganzen 51 Hebosteotomien berichtet worden ist. Es sind noch 34 derartige Operationen hinzugekommen, so dass jetzt ein Material von 85 Hebosteotomien vorliegt, die nach einheitlicher Technik ausgeführt worden sind. Das ist gewiss ein Material, welches gestattet, über die Leistungsfähigkeit einer Operation Erfahrungen zu sammeln, da die Bewerthung einheitlicher sein kann als bei einer Zusammenstellung der Resultate verschiedener Kliniken. Da ausserdem die erste Operation jetzt fast 6 Jahre zurückliegt, so konnte durch Nachuntersuchung der Operirten auch ein einigermaassen klares Bild über die Spätfolgen der Operation gewonnen werden.

Als die Operation vor 6 Jahren zuerst als neuer Hilfsfactor in die Therapie des engen Beckens in der hiesigen Klinik aufgenommen war, da war es bei ihren in die Augen fallenden Vorzügen wohl zu verstehen, dass sie sehr hoch eingeschätzt wurde. Sie greift das Geburtshinderniss beim engen Becken an der Wurzel an, sie lehrt, dass man das Becken als solches nicht als eine unveränderliche Grösse in die Rechnung der Geburtsaussichten einzusetzen hat. Und dann hoffte man von ihr eine dauernde spontane Gebärmöglichkeit bei den folgenden Geburten. Wen wird es Wunder nehmen, dass unter diesen Gesichtspunkten der anfängliche Enthusiasmus gross war. Wir wollen an der Hand unseres Materials sehen, ob und wie weit die Operation die auf sie gesetzten Hoffnungen erfüllt hat.

Was unsere Technik anbetrifft, so sind wir der subcutanen Methode treu geblieben, wie sie von Kannegiesser seiner Zeit geschildert wurde. Während bei den ersten 8 Fällen noch ein kleiner Querschnitt über dem betreffenden horizontalen Schambeinast gemacht und der Finger in die Wunde eingeführt wurde, ist in den übrigen 77 Fällen ein kleiner Hautstich mit einem schmalen Messer über dem Tuberculum pubicum gemacht worden, die Döderlein'sche Nadel wurde dann sondirend von oben unter dem Schutze des in der Scheide liegenden Fingers an der Hinterfläche des Schambeinastes entlang geführt und senkrecht unter dem Tuberculum pubicum am unteren Rande des Schambeinastes stumpf durch die Haut des Labium maius an dessen Aussenfläche durchgedrückt. Dann wurde die Gigli'sche Drahtsäge nach Befestigung an der Nadel und Zurückziehen derselben um das Schambein gelegt und unter Gazeschutz der Haut der Knochen durchsägt. Herausnahme der Säge nach Feststellung des Knochenspaltes und Compression des Wundgebietes mit Gaze. Nun folgte die entbindende Operation. Dann Schluss des Ein- und Ausstiches mit je einer Nadel, Anlegen des leinenen Beckengürtels im Bett. Eventuell Compression des subcutanen Hämatoms und Naht der entstandenen Weichtheilverletzung.

Die Hebosteotomie wurde zumeist an der Seite ausgeführt, durch die das breite Hinterhaupt durchtreten musste. Auch wurden in den meisten Fällen, besonders aber bei Erstgebärenden, die Weichtheile durch einen Kolpeurynter vorbereitet. In der Dresdener Klinik ist der Hebosteotomie immer gleich die entbindende Opera-

tion angeschlossen bezw. die Hebosteotomie erst dann ausgeführt worden, wenn die Möglichkeit einer sofortigen Entbindung gegeben war, also nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes. Dies geschah aus dem Grunde, weil durch das abwartende Verhalten das kindliche Leben gefährdet wird. Gerade bei dem abwartenden Verhalten nach der Hebosteotomie sind Fälle beobachtet worden, bei denen nach längerem Zuwarten aus fötaler Indication doch noch operativ entbunden werden musste und in einem Theile dieser Fälle die operative Hilfe zu spät kam. Und man macht diese Operation doch nur im Interesse des kindlichen Lebens. Auf der anderen Seite hat sich auch die Hoffnung nicht erfüllt, dass sich durch expectatives Verhalten die schweren Weichtheilverletzungen ganz vermeiden lassen. Kannegiesser konnte im Fall 64 die Entstehung des communicirenden Scheidenrisses sofort nach Durchsägung des Beckens vor dem Anlegen der Zange feststellen. Dasselbe fanden Döderlein, Hartmann, von Rosthorn und Scheib, ein Beweis, dass unter Umständen das Auseinanderklaffen des Beckens allein die Gefahr des Zerreißens in sich birgt. Wenn also auch ein abwartendes Verhalten keine sichere Gewähr gegen schwere Zerreißung bietet, auf der anderen Seite aber Gefahr für das kindliche Leben in sich birgt, dann erschien uns die expectative Geburtsleitung nicht zweckmässig. Auch Schauta, der drei kindliche Todesfälle in Folge des Abwartens erlebt hat, steht jetzt auf Grund seiner Erfahrung auf dem Standpunkt, dass die baldige Entbindung der Beckenerweiterung anzuschliessen ist.

Wie diese Entbindung gehandhabt werden soll, ob Zange oder Wendung, das haben wir an der Dresdener Klinik ganz von dem Fall abhängig gemacht. Ein nennenswerther Unterschied für Mutter oder Kind konnte beim Vergleich beider Operationen nicht gefunden werden. Bei Erstgebärenden wurde durchweg die Zange bevorzugt, bei Mehrgebärenden wurde die Zange nur angelegt, wenn sich der Kopf nach Hofmeier von aussen ins Becken drücken liess, oder eine Gegenindication, wie starker Contractionsring, gegen eine Wendung vorlag. Sonst aber wurde bei Mehrgebärenden die Geburt in der Mehrzahl durch Wendung und Extraction beendet. So wurde bei den 34 Erstgebärenden 29 mal die Geburt durch Zange, 4 mal durch Wendung und Extraction (Impression des Kopfes nicht möglich) und 1 mal durch Perforation des intra operationem abgestorbenen Kindes beendet, bei den 51 Mehrgebärenden dagegen wurde das

Kind 19 mal durch Zange, 31 mal durch Wendung und Extraction und 1 mal durch einfache Extraction (Steisslage) entwickelt.

Mit dieser Technik sind an 83 Frauen 85 Hebosteotomien ausgeführt worden mit 2 mütterlichen Todesfällen, das sind 2,35 pCt. 79 Kinder konnten lebend entlassen werden, 6 Kinder sind während oder kurz nach der Operation gestorben, also 7 pCt. kindliche Mortalität. Wenn man bedenkt, dass diese Erfolge bei engem Becken mit einer Conj. vera von $6\frac{1}{4}$ —8 cm erzielt worden sind, so müsste man angesichts dieser Zahlen der Operation uneingeschränkten Beifall zollen, wenn hinter diesen Zahlen nicht doch manches weniger Erfreuliche verborgen wäre. Die mütterliche Mortalität, die Schläfli in seiner Sammelstatistik auf 4,37 pCt. berechnet, ist also bei unserem Material relativ niedrig. In dem einen Fall handelte es sich um eine Zweitgebärende mit schwerer Nephritis, Oedemen der Beine und des Oberschenkels, Myomata uteri. Die erste Geburt war durch Perforation des lebenden Kindes beendet worden (Conj. vera $6\frac{3}{4}$ —7 cm). Da Spontangeburt ausgeschlossen war, wurde als das schonendste Verfahren zur Rettung des Kindes die Hebosteotomie beschlossen. Die Impression des Kopfes nach der Hebosteotomie gelang nicht, ein nun versuchter Wendungsversuch konnte wegen eines eingetretenen Contractionsringes nicht durchgeführt werden. Es wurde deshalb die hohe Zange bei über dem Beckeneingang im queren Durchmesser stehendem Kopf angelegt und nach schwerer Anstrengung ein todttes Kind entwickelt. Die Hinterhauptsschuppe war abgesprengt. Das Kind war 52 cm lang, 3350 g schwer. Bei der Mutter war ein nicht communicirender Scheidenfrenulumriss entstanden, der durch 9 Nähte geschlossen wurde, sowie ein Hämatom der linken grossen Labie. Die Frau fieberte vom 3. Tage an. Typischer Mahler'scher Thrombosenpuls. Es entstand eine Thrombophlebitis der Beckenvenen und Phlegmone des kleinen Beckens. Am 10. Tage musste das verjauchte Hämatom und eine Phlegmone des linken Oberschenkels gespalten werden. Am 15. Tage Exitus an Sepsis. Ausserdem zeigte sich bei der Section, dass beide Articulationes sacroiliacae eröffnet und vereitert waren. Im Wochenbett war eine ganz ausserordentliche Schmerzhaftigkeit in der Kreuzgegend bei dem geringsten Lagewechsel aufgefallen.

Dieser Fall war in jeder Beziehung ein Missgriff. Einmal bewies er, dass bei grossem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken

die Erweiterung des Beckens durch die Hebosteotomie nicht immer genügt, und zweitens lehrte er uns, dass bei schwerer Allgemein-erkrankung der Mutter die Hebosteotomie nicht anwendbar ist. Die Perforation des lebenden Kindes wäre in diesem Falle das richtige Verfahren gewesen und so lehrt dieser Fall wieder einmal, dass trotz aller Errungenschaft der modernen Technik die Perforation des lebenden Kindes im Interesse des mütterlichen Lebens immer noch ihre Berechtigung behält, worauf erst kürzlich auch Schauta wieder hingewiesen hat.

Beim zweiten Todesfall handelte es sich um eine 24 jährige Erstgebärende mit Conj. vera $7\frac{1}{2}$ cm. Nach $2\frac{1}{2}$ tägiger Geburtsdauer, der Kopf war noch beweglich über dem Beckeneingang, musste die Geburt zur Rettung des Kindes beendet werden. Es wurde die Hebosteotomie ausgeführt; die Impression des Kopfes ins Becken gelang jetzt leicht und verhältnissmässig leicht wurde mit der Zange ein lebendes Kind, 49 cm, 3100 g, entwickelt. Die Mutter hatte einen kleinen Einriss der hinteren Muttermundslippe und der linken Commissur davongetragen, der durch drei Nähte geschlossen wurde, dazu einen nicht communicirenden Scheidenfrenulumriss, der durch 5 Nähte geschlossen wurde, aber auch eine Blasenverletzung und ein Hämatom der rechten grossen Labie. Zuerst Wohlbefinden. Am 3. Tage Schüttelfrost mit Temperatur- und Pulsanstieg. Im Lochialsecret wurden Gonokokken mit Sicherheit nachgewiesen. Es trat dann relatives Wohlbefinden ein, bis am 15. Tage in Folge einer Lungenembolie der Tod erfolgte. Die Section ergab abgesehen von diesem Befund, eine Thrombose der rechten V. iliaca com., die mit einem 1 cm langen Fortsatz in die rechte V. hypogastria hineinragte. Beide Todesfälle wurden der Operation zur Last gelegt. Wenn auch bei dem zweiten Falle angeführt werden könnte, dass die Gonorrhoe als solche auch ohne anderweitige Infection eine häufige Ursache der Wochenbettstribosen ist, so muss doch auch wieder darauf hingewiesen werden, dass gerade durch die bei Hebosteotomie entstehenden Verletzungen das Entstehen einer Thrombose begünstigt wird. Jedenfalls gaben diese beiden Todesfälle uns den Anlass, in Zukunft sowohl schwere Organerkrankungen wie Nephritis oder Vitium cordis als auch inficirte Fälle von vornherein von der Hebosteotomie auszuschliessen. Zu diesen Fällen rechnen wir auch die nachgewiesenen Gonorrhoeen. Der Exitus von Fall 71

war nur die Bestätigung der Erfahrung, die bei dem etwas günstiger abgelaufenen Fall 6 gemacht worden war. In diesem Fall, es war eine Zweitgebärende mit einer Conj. vera $7\frac{1}{4}$ cm, waren intra partum Gonokokken nachgewiesen worden. Nach 34 stündigem Kreissen war der Kopf noch hochstehend über dem Beckeneingang, der Muttermund vollständig, die Blase stand noch. Der Gonokokken wegen wurde von der Sectio caesarea Abstand genommen und die Hebosteotomie beschlossen. Durch Wendung und Extraction sofort im Anschluss an die Operation wurde dann ein lebendes Kind von 48 cm, 3170 g entwickelt, die Mutter war ohne sichtbare Nebenverletzungen der Weichtheile. Am 7. Wochenbettstage trat hohe Temperatur ein und es entwickelte sich von der offenbar von dem gonorrhöischem Lochialsecret inficirten Knochenwunde aus das Bild der Pyämie mit Abscedirung am linken Knie. Die Frau konnte nach 76 tägigem Krankenhausaufenthalt mit Ankylose des linken Knies entlassen werden. Diese Misserfolge haben uns belehrt, dass die Hebosteotomie für die oben skizzirten Fälle nicht anwendbar ist und durch sie die Perforation des lebenden Kindes nicht aus der Welt geschaffen wird.

An Verblutung haben wir keinen Fall verloren. Von den 85 Fällen war 13 mal die Blutung stark, 3 mal sehr stark, stand aber jedesmal auf Compression, allerdings musste in den 3 letzten Fällen Kochsalz gegeben werden. Doch muss hier auf Fall 18 unserer Hebosteotomien aufmerksam gemacht werden, der in dieser Beziehung nicht ganz geklärt erscheint. Es handelt sich um eine 26 jährige Erstgebärende. In dem Protokoll steht vermerkt: „Nach der spontanen Ausstossung der Placenta, die, wie die ganze Entbindung, ohne wesentlichen Blutverlust verlief, trat ein schwerer Collapszustand mit Dyspnoe und kaum zählbarem kleinen Pulse ein, der der Erschöpfung durch die lange Geburtsdauer, der Abkühlung während der 1 Stunde dauernden Operation und der Aethernarkose zugeschrieben wurde. Unter Kochsalzinfusion, Kampherinjection und Erwärmung erholte sich die Wöchnerin ziemlich langsam“. Ich möchte doch nach der ganzen Lage der Dinge eher glauben, dass es sich hier um eine Blutung ins Beckeninnere gehandelt und den Collaps verursacht hat. Es hat sich vielleicht im Beckeninnern ein grosses Hämatom gebildet, wie sie in der Literatur beschrieben worden sind. Immerhin lässt sich eine derartige Deutung des Collapses nicht mit Bestimmtheit von der Hand weisen

und diese Möglichkeit hat bei der Machtlosigkeit einem derartigem Ereigniss gegenüber etwas Unheimliches an sich.

Nächst der Blutungsgefahr ist die Furcht vor schweren Nebenverletzungen der Weichtheile der Grund absprechender Urtheile über die Hebosteotomie. Unter den schweren Verletzungen kommen neben den auch sonst bei schweren Geburten eintretenden einfachen Scheidendammverletzungen hauptsächlich die mit der Knochenwunde communicirenden Scheidenverletzungen, die Blasenverletzungen und die Verletzung der Articulationes sacroiliacae in Betracht, die der Hebosteotomie als solcher eigenthümlich zu sein scheinen. Wenn wir unser Material daraufhin untersuchen, machen wir am besten zwischen Erst- und Mehrgebärenden einen Unterschied. Es wurden 34 Hebosteotomien an Erstgebärenden und 51 an Mehrgebärenden ausgeführt. Hierbei sind im Ganzen 15 communicirende Scheidenrisse = 17,6 pCt. entstanden, davon entfallen 10 = 29,4 pCt. auf Erstgebärende, 5 = 9,8 pCt. auf Mehrgebärende. Also ein ganz bedeutendes Ueberwiegen der Zerreißungen bei Erstgebärenden, wie es bei den straffen Weichtheilen ja auch nicht zu verwundern ist. Aber auch bei Mehrgebärenden sind die starken Zerreißungen nicht vermeidbar gewesen und scheinen doch in der Eigenart der Operation als solcher ihren Grund zu haben. Das bewies uns der Fall 64, wo vor der verbindenden Operation gleich nach der Durchsägung des Beckens der communicirende Scheidenriss entstand. Es war eine 33 jährige Fünftgebärende (Conj. vera 7,5 cm), bei der 1906 links die Hebosteotomie schon ausgeführt worden war. Es bestand knöcherne Vereinigung und eine dicke Callusleiste an der durchsägten Stelle. Da Spontangeburt ausgeschlossen, wurde zur abermaligen Hebosteotomie links geschritten. Die Durchführung der Säge war in Folge bindegewebiger Verwachsung des Callus mit dem umgebenden Gewebe äusserst erschwert. Nach Durchsägung klaffte der Spalt ca. 1 cm weit. Aus der Scheide rann mässig reichliches Blut. Als Ursache der Blutung wurde ein 4 cm langer, mit der Knochenwunde communicirender Riss des vorderen und linken Scheidenwand festgestellt. Erst jetzt wurde der Kopf ins Becken gedrückt und mit Forceps ein lebendes Kind von 49 cm, 3050 g, entwickelt. Gewiss ist die Entstehung dieses Risses durch die vorhandenen Verwachsungen von der früheren Hebosteotomie herrührend begünstigt worden. Aber wenn man mit Dührssen bedenkt, dass

einem engen Becken auch eine enge Auskleidung und häufig auch juvenil entwickelte Weichtheile entsprechen, dann lässt sich bei einigermaassen grossem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken beim Klaffen des knöchernen Beckens eine gleichzeitige Ruptur des Scheidenrohres wohl erklären und weitere Einrisse ins Beckengewebe leicht verstehen. Die Gefährlichkeit dieser Verletzungen besteht einmal in der Möglichkeit der sehr starken Blutung, zweitens können derartige Verletzungen zur Infection Veranlassung geben und drittens die Ursache zu den erst später bemerkbaren Schädigungen sein, vor allen Dingen Descensus. Die Blutung war in unseren Fällen bis auf den fraglichen Fall 18 nie so bedrohlich, dass eine acute Lebensgefahr für die Operirte daraus erwuchs.

Was die Infectionsgefahr betrifft, so zeigt das Material, dass von den 15 Hebosteotomirten mit communicirendem Scheidenriss 12 gefiebert haben, 9 Erstgebärende und 3 Mehrgebärende. Wenn auch die Temperatur nicht in allen Fällen hoch und nicht alle 12 Wochenbetten schwerer Natur waren, so ist doch der Umstand bemerkenswerth, dass unter den 9 Erstgebärenden dreimal Thrombose, einmal Vereiterung des Hämatoms und einmal schwere Parametritis und Cystitis zu verzeichnen ist. Von den drei fiebernden Mehrgebärenden mit communicirendem Scheidenriss hatte eine eine Cystitis und wurde am 48. Tage entlassen, die beiden anderen hatten nur vorübergehende Temperatursteigerung. Gestorben ist keine von diesen Fällen. Was den Descensus anbetrifft, so kann ich nur über 4 Nachuntersuchungen mit communicirendem Scheidenriss berichten, und zwar bei zwei Erstgebärenden und zwei Mehrgebärenden. Alle vier hatten mehr oder weniger grossen Descensus und Beschwerden davon.

In ihren Folgen für gefährlicher werden die Blasenverletzungen gehalten, die nach Schläfli in 12,35 pCt., bei unserem Material in 14 pCt. der Fälle vorgekommen sind. Häufig sind sie vergesellschaftet mit schweren Scheidenzerreissungen, da sie vielfach dieselbe Aetiologie haben. So sind sie unter den 12 Blasenverletzungen 6 mit communicirenden Scheidenrissen verbunden. Theilt man die Blasenverletzungen in instrumentelle Verletzungen, Zerreissungen und Quetschungen ein, so sind bei unserem Material zwei instrumentelle Verletzungen, beides bei Mehrgebärenden, vorgekommen. In beiden Fällen wurde die Nadel unter Führung des in der Scheide liegenden Fingers eingeführt. Es war die Verletzung weder vorauszusehen, noch konnte angegeben werden, wie sie bei

der Technik hätte vermieden werden können. Wenn Döderlein glaubt, dass bei correctem Befolgen seiner Methode eine Verletzung der Blase so gut wie ausgeschlossen sei, so steht dem gegenüber, dass trotz genauer Befolgung der Döderlein'schen Technik 2 mal in der v. Herff'schen Klinik und je 1 mal bei Franz und v. Rosthorn eine Blasenverletzung vorgekommen ist. Und Tandler hat vom anatomischen Standpunkt aus dann gezeigt, dass Blasenverletzungen leicht vorkommen können, wenn auch unter der Geburt die Blase sich mehr oder weniger extramedian stellt. Des weiteren sind bei unserem Material 4 Blasenzerreissungen bei Erstgebärenden, 2 mal zusammen mit communicirenden Scheidenrissen, und 6 Blasenquetschungen bei 4 Erstgebärenden und 2 Mehrgebärenden vorgekommen. Auch von den 6 Blasenquetschungen sind 4 mit communicirenden Scheidenrissen vergesellschaftet. Von 12 Blasenverletzungen, bei denen die Erstgebärenden überwiegen, entfallen 8 auf Erstgebärende = 23,2 pCt., gegen nur 4 = 7,8 pCt. bei Mehrgebärenden. Ihre Prognose ist nach unserem Material nicht schlecht, da alle unter Dauerkatheterbehandlung ausgeheilt sind. Zu einer Freilegung der Verletzung und Naht derselben hatten wir keine Ursache. Allerdings trat im Wochenbett unter den 12 Blasenverletzungen 4 mal Thrombose auf. Einmal, im Fall 19, stellte sich eine Harninfiltration ein, die aber keine schlimmen Folgen hatte. Nach den instrumentellen Verletzungen und den Zerreissungen bildeten sich, von einem Falle abgesehen, Urin fisteln aus, indem etwas Urin, theils aus der Ein-, theils aus der Ausstichöffnung, theils auch aus der communicirenden Scheidenwunde heraus sickerte. Diese Urin fisteln schlossen sich ausnahmslos in längstens 6—7 Wochen und bedingten nur ein längeres Wochenbett. Eine Zerreissung der Harnröhre ist nicht vorgekommen. Völlige Incontinenz ist deshalb auch bei keiner der Operirten zu verzeichnen gewesen.

Schwere Schädigungen der Iliosacralgelenke sind, abgesehen von dem Fall 69, wo die Section eine Eröffnung beider Sacralgelenke ergab, nicht vorgekommen.

Werfen wir nun einen Blick auf das Wochenbett der Hebosteotomirten, dann werden wir einen wenig günstigen Eindruck bekommen von der Morbidität, die dieser Operation anhaftet. Von den 85 Hebosteotomirten machten 48 ein fieberhaftes Wochenbett durch, das auf genitale Ursache zurückzuführen war. Die Mor-

bidität ist also 56,47 pCt. Hierbei ist eine einmalige Steigerung über 38° mit gerechnet. Die Hämatome, die bei der Hebosteotomie sehr leicht entstehen und die Rissmann mit einem Pulverfass verglich, scheinen, wenn sie durch ihre Grösse keine augenblickliche Gefahr bedingen, wie schon Schläfli fand, harmloserer Natur zu sein, als man ursprünglich annahm. Auch in unseren Fällen haben sie keine bedrohlichen Erscheinungen im Wochenbett hervorgerufen. Dasselbe gilt von der Lochiometra, deren häufiges Vorkommen nach Hebosteotomie schon von Kannegiesser hervorgehoben und auf die lange dauernde ruhige Rückenlage zurückgeführt worden ist. Da sie nach einmaliger Einstellung zumeist schnell abfielen, ist ihre Bedeutung nicht sehr gross. Umso mehr fällt das relativ häufige Vorkommen der Thrombose ins Gewicht, die bei uns in 14 pCt. der Fälle sicher nachgewiesen war. Schläfli hat aus seiner Sammelstatistik nur 8,23 pCt. berechnet. Das häufige Vorkommen dieser ersten Complication hier in Dresden mag wohl zum Theil seine Erklärung in der hier sehr verbreiteten Gonorrhoe haben. Gut 10 pCt. aller Wöchnerinnen sind hier in der Klinik gonorrhöisch. Trotzdem entspricht dieser hohe Procentsatz der Thrombose nach Hebosteotomie nicht im entferntesten dem Vorkommen der Thrombose im Wochenbett überhaupt und hängt also sicher mit der Eigenart der Operation zusammen, d. h. mit den dabei entstehenden uncontrolirbaren vielen Weichtheilverletzungen, -Quetschungen und -Zerreissungen. Nach Zweifel sind besonders die Zerreissungen und Quetschungen anzuschuldigen, und er betont, dass er nie bei der offenen, sondern nur bei der subcutanen Methode der Symphysiotomie und nur in Fällen von Weichtheilzerreissungen Thrombophlebitis erlebt habe. Dass diese Weichtheilzerreissungen eine grosse Rolle dabei spielen, beweist auch unser Material. So hatten von den 12 Thrombosefällen 8 meist schwere Weichtheilzerreissungen und nur bei 4 war eine Verletzung nicht festgestellt. Ob aber den Hämatomen, besonders den in der Tiefe entstandenen, thatsächlich eine solche Rolle bei der Entstehung der Thrombose zuzuschreiben ist, wie Schläfli u. A. es meinen, ist mir aus dem Grunde zweifelhaft, weil, wie auch sonst bekannt, die Thrombosen vorwiegend die linke Seite betreffen und in unseren Thrombosefällen die Hebosteotomie zumeist auf der rechten Seite ausgeführt worden war. Und da auch sonst die Thrombose bei den Wöchnerinnen häufiger links beobachtet wird, und bei beiderseitiger Throm-

bose das linke Bein immer stärker anschwillt, so dürfte dem wohl eine gemeinsame Ursache zu Grunde liegen, deren Erklärung auf anatomischer Basis zu suchen ist. Die Hauptabflusswege des Venengeflechtes der inneren weiblichen Genitalien sind die *Venae ovaricae*, besonders aus dem Fundus, den Ovarien und den Tuben sich sammelnd, die *Vv. uterinae*, die sich etwa in der Höhe des Collum uteri sammeln, und die *V. pudenda interna*, welche aus dem Plexus vaginalis und dem Bulbus vestibuli Wurzeln erhält. Diese Venen stehen im Plexus uterovaginalis in einer ausgedehnten Verbindung, welche von der Oeffnung der Scheide in den Sinus urogenitalis bis zum Ovarium hinaufreicht. Nun mündet ja bekannterweise die rechte *V. ovarica* spitzwinkelig in die *V. cava inf.*, während die linke *V. ovarica* senkrecht in die linke *V. renalis* mündet und so unter weit schlechteren Abflussbedingungen steht als die rechte. Wenn nun auch unter normalen Verhältnissen eine Schädigung hier nicht zu entstehen braucht, so kann es doch intra graviditatem links zu Stauungen und Varicenbildungen kommen, aus denen eine Stromverlangsamung im ganzen Venenplexus der linken Seite resultiren würde, die ihrerseits bei Infectionsmöglichkeit die Disposition der linken Seite für die Thrombose erklärlich erscheinen liesse. Und zu der Infectionsmöglichkeit scheint wegen der vielen Nebenverletzungen bei der Hebosteotomie verhältnissmässig viel Gelegenheit vorhanden zu sein.

Was nun den Verlauf dieser Thrombosen anbelangt, so ist eine davon an Lungenembolie am 15. Tage gestorben und eine andere kam ebenfalls zum Exitus an Sepsis im Anschluss an die Thrombophlebitis. Das sind unsere beiden Todesfälle. Eine dritte Frau erlitt eine capilläre Lungenembolie, konnte aber nach einem Krankenlager von 60 Tagen geheilt entlassen werden. Die übrigen machten ein Krankenlager von mindestens 39—72 Tagen durch und konnten gesund entlassen werden. Noch erwähnen muss ich hierbei einen Fall, wo die Frau am 14. Tage entlassen war, 10 Tage darauf aber an einer Thrombose des linken Beines erkrankte und 6 Wochen zu Bett liegen musste. Ausser 12 sicheren Thrombosefällen war noch eine capilläre Lungenembolie unbekannter Herkunft im Fall 28 aufgetreten, die in Heilung überging. Ausserdem bestand im Fall 25 Thromboseverdacht wegen einer geringen Schwellung beider Beine, die sehr varicös waren, aber Puls und Temperatur liessen keine dahingehende Veränderungen erkennen.

In 4 weiteren Fällen bestand noch im Wochenbettsverlauf ein geringes Oedem der Beine auf der Hebosteotomieseite, aber da Puls und Temperatur keine Veränderungen zeigten, auch sonst keine objectiven oder subjectiven Thrombosezeichen vorhanden waren, konnten diese Oedeme ungezwungen durch den Druck eines Beckenhämatoms auf die abführenden Venenstämme ihre Erklärung finden. Wenn man auch diese 5 Fälle als nicht thromboseverdächtig ansieht, so genügen doch schon die 12 sicheren Thrombosefälle unter 85 Operationen, um die Hebosteotomie in dieser Beziehung schwer zu belasten.

Eine Störung in der Heilung der Hebosteotomie-Knochenwunde mit Sequestrirung des Knochens ist hier nicht beobachtet worden. Vielleicht liegt aber im Fall 68, bei dem ein communicirender Scheidenriss und ein Hämatom an der linken grossen Labie entstanden war, das vereiterte, eine Nekrose des einen Knochenendes vor, da jetzt bei der Nachuntersuchung nach 2 Jahren eine noch secernirende Fistel an der linken grossen Labie an der Ausstichöffnung der Sägestelle sich befand, die auf die Knochennarbe führte. Abgesehen davon, dass die Betreffende das Wasser nicht gut halten konnte, kann sie ihre leichte Arbeit gut verrichten und sogar ohne Beschwerden tanzen.

Uebersehen wir noch einmal das Wochenbett im allgemeinen, so stellt sich heraus, dass von 85 Hebosteotomirten 48 ein fieberhaftes Wochenbett durchmachten, darunter waren 20 bedrohliche Fälle, das sind 23,5 pCt. aller Fälle. Vergleicht man diese Zahlen mit dem Wochenbett nach Sectio caesarea, so ist doch der Unterschied zu eklatant, als dass man ihn unberücksichtigt lassen dürfte, zumal auch die Prognose für das Kind bei der Hebosteotomie nicht so sicher ist. Bei 85 Hebosteotomien sind 6 Kinder der Operation zum Opfer gefallen. Davon sind 2 an einer Complication mit Nabelschnurumschlingung zu Grunde gegangen, während bei den übrigen 4 der Tod allein dem Umstande zuzuschreiben ist, dass trotz der Hebosteotomie das Missverhältniss zwischen Kopf und Becken nicht beseitigt wurde. Aber auch in manchen übrigen Fällen zeigten die Kinder Druckerscheinungen am Kopf. Aehnliches ist von anderen Autoren berichtet worden. Zum Beispiel schreibt Kroemer, dass mehr als die Hälfte der Hebosteotomiekinder der Giessener Klinik Druckerscheinungen am Schädel zeigten, was beweist, dass nicht immer die Hebosteotomie einen genügenden Raum-

zuwachs für die Passage des Schädels schafft, dass also die Prognose für die Kinder auch trotz Beckenspaltung ungewiss bleibt. Immerhin ist der Procentsatz der Mortalität der Kinder in der Dresdener Klinik noch sehr günstig = 7 pCt., im Vergleich zu der von Schläfli angegebenen 9,6 pCt. auf Grund seiner Sammelstatistik.

Wenn uns so beim Ueberblick über die Folgen der Hebosteotomie im Wochenbett neben den vielen ideal verlaufenen Fällen doch mancherlei Ungünstiges sich darbot, so wissen wir, dass der Hebosteotomie auch späterhin noch einzelne Störungen im Wohlbefinden der Operirten zur Last gelegt werden. Es sind dies hauptsächlich Gehstörungen, Descensus vaginae et uteri und die Hernie in dem Knochenspalt, Zustände, die die Frauen in ihrer Arbeit hindern und ihnen den Lebensgenuss zu beeinträchtigen im Stande sind. Hierzu können sich noch Beschwerden gesellen, die auf entzündlichen Veränderungen der Weichtheile beruhen, welche sich hier und da an die Hebosteotomie angeschlossen haben, sowie Blasenstörungen leichter und schwerer Art und Beschwerden, die auf eine Thrombose der Schenkelvenen zurückzuführen sind. Diese Störungen lassen sich in der Mehrzahl nicht schon bei der Entlassung nachweisen, sondern stellen sich zumeist erst später ein. Aber es war mir doch auffallend, dass etwas mehr als ein Drittel der von mir Nachuntersuchten angaben, dass sie noch die Zeit von 3—12 Monaten gebraucht hätten, bis sie wieder ordentlich gehen und arbeiten konnten und sich einigermaassen beschwerdefrei fühlten. Hieraus lässt sich doch wohl entnehmen, dass die Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Hebosteotomie in einem grossen Theile der Fälle länger anhält, als nach einer anderen entbindenden Operation. Besonders auffallend war das in den Fällen, wo hebosteotomirte Frauen bei einer erneuten Gravidität durch Sectio caesarea entbunden worden waren. Es sind dies im Ganzen fünf. Von ihnen konnte ich drei nachuntersuchen und diese sagten mir spontan: „Nie wieder Hebosteotomie, wenn nöthig, dann wieder Kaiserschnitt, da hatte es nicht so lange gedauert, bis wir wieder hergestellt waren und die Beschwerden waren nicht so gross.“

Ehe ich nun Einzelnes über die Nachuntersuchung berichte, muss ich vorausschicken, dass von den 85 Hebosteotomirten nur 38 Frauen mit 40 Hebosteotomien zur Nachuntersuchung kamen. Das hat seinen natürlichen Grund darin, dass sich unser Material zur Hälfte aus unverheiratheten Frauen zusammensetzt, die in arbei-

tender Stellung sich befinden und häufigem Ortswechsel unterworfen sind. So konnten viele von ihnen nicht wieder aufgefunden werden. Andere wieder antworteten auf die Aufforderung nicht und man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man annimmt, dass das in der Hauptsache diejenigen sind, die sich beschwerdefrei fühlten. Wieder vorgestellt haben sich 23 Mehrgebärende und 15 Erstgebärende, von ihnen waren nur 17 ganz ohne Beschwerden, während die übrigen 21 Frauen mehr oder weniger über Beschwerden klagten, die mit der Operation im Zusammenhang standen. Dass dieses natürlich kein richtiges Bild gibt von der Häufigkeit der Spätfolgen dieser Operation, wenn man die 21 zu den untersuchten 38 in Beziehung setzt, sondern man annehmen muss, dass viele der Frauen, die keine Beschwerden hatten, nicht gekommen sind, ist oben schon angedeutet.

Was die einzelnen Beschwerden anbelangt, so fanden sich zehnmal Gehstörungen insofern vor, als die Frauen noch jetzt über Schmerzen beim längeren Gehen, Stehen oder Tragen, sowie beim Heben klagten. Bei einer Frau war die Ursache der Beschwerden eine im Anschluss an die Hebosteotomie 1905 aufgetretene linksseitige Schenkelvenenthrombose. In den übrigen 9 Fällen hatte bei der Hebosteotomie ein grosses Missverhältniss zwischen Kopf und Becken bestanden, indem entweder das Becken sehr eng oder der kindliche Kopf sehr gross war. Was sich schon bei den Nachuntersuchungen der Symphyseotomirten besonders an den Kliniken von Chrobak, Schauta und Zweifel herausgestellt hat, dass es für die spätere Gehfähigkeit ziemlich gleichgültig ist, wie die Art der Vereinigung der Symphyse erfolgt, vorausgesetzt, dass die Diastase nicht zu gross ist und dass die Hauptschädigung in der Zerreissung der Gelenkkapsel und Bänder an der Vorderseite der Ileosacralgelenke besteht, das hat sich bei der Hebosteotomie auch als zutreffend herausgestellt. Je grösser das zu überwindende Missverhältniss ist, desto weiter müssen die Beckenhälften klaffen, desto leichter entstehen aber auch Zerreissungen an der Vorderseite der Ileosacralgelenke und desto häufiger lassen sich in solchen Fällen Gehstörungen nachweisen. In unseren 9 Fällen bestand dreimal fibröse Heilung und 6 mal war an der Sägestelle ein bis fingerdicker Callus festzustellen; ein Federn der Knochenenden konnte nicht constatirt werden und auch das Röntgenbild (s. Röntgenatlas Leopold-Leisewitz, Taf. 72, Fig. 2), das in fast allen Fällen

aufgenommen wurde, zeigte knöcherne Vereinigung. Sehr charakteristisch gab Fall 47 an, dass sie besonders Schmerzen habe, wenn sie beim Liegen die Beine etwas herunterhängen lasse. Bei dieser Lagerung findet ja eine Bewegung im Ileosacralgelenk statt. Es muss für diese 9 Fälle angenommen werden, dass die Gehstörungen infolge einer Läsion des Ileosacralgelenkapparates entstanden sind und da diese Störungen einer Behandlung kaum zugänglich sind, muss unbedingt möglichste Vermeidung dieser Verletzung gefordert werden, d. h. Ausschliessung aller Fälle mit grösserem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken. Erwähnen möchte ich, dass in einem Fall schon bei Conj. vera von 7 cm und einem Kinde von 47/2690, mit occipitofrontalem Kopfumfang allerdings von 36 cm Gehstörungen auftraten.

Nach den bis jetzt vorliegenden Veröffentlichungen über Nachuntersuchungen nach Hebosteotomie scheint die Senkung der Scheidenwand und des Uterus eine sehr häufige Spätfolge zu sein. Ursache des Descensus sind nach den Untersuchungen verschiedener Autoren (Walcher, Tandler, Bürger, Hocheisen) die fast regelmässig eintretenden Muskelzerreissungen des Diaphragma pelvis beim Auseinanderklaffen des Beckens sowie nach Pankow Zerreissung des Levatorschenkels auf der Hebosteotomieseite. Diese Zerreissungen treten auch ein, wenn Spontangeburt abgewartet wird. So hat Pankow unter 9 Spontangeburt nach Hebosteotomie 3 mal eine gänseeigrosse Cystocele beobachtet, die 2 mal mit einem Totalprolaps des Uterus vergesellschaftet war. In zwei anderen Fällen fanden sich kleinere Cystocelen. In Basel fanden sich bei einer Nachuntersuchung von 8 Hebosteotomirten 5 mal beginnender oder mehr oder weniger vorgeschrittener Descensus. Unter unseren 38 nachuntersuchten Fällen fanden sich bei 21 Frauen Descensus theils der Vagina allein, theils mit dem Uterus vergesellschaftet. Immer war die vordere Vaginalwand mit betheilig. Unter diesen 21 waren 7 Erstgebärende in junglichem Alter.

Hernien im Knochenspalt wurden bei unseren Nachuntersuchten nicht beobachtet.

Eine gewünschte Spätfolge der Operation ist die bleibende Erweiterung des Beckens, die für die Folge Spontangeburt garantiert. Der beste Prüfstein für diese fortbestehende Erweiterung nach Hebosteotomie ist die folgende Geburt. Ich kann im Ganzen über die späteren Geburten von 20 Hebosteotomirten be-

richten, von denen 19 in der Dresdener und eine in der Breslauer Klinik entbunden worden sind, sodass genaue Beobachtungen über Geburtsverlauf, Becken und Kind gemacht werden konnten. Ueber 6 von diesen 20 Fällen hat schon Kannegiesser 1907 Bericht erstattet. Ein durchaus günstiger Einfluss der Hebosteotomie auf die nächstfolgende Geburt zeigte sich in 6 Fällen. Hiervon kamen 4 Frauen (Heb. No. 14, 27, 62, 75) mit recht grossen Kindern ganz spontan nieder und hatten keine erheblichen Beschwerden während der Geburt. In einem 5. Fall (Heb. No. 15) wurde die Geburt durch Wendung und Extraction beendet. Unter der Geburt war in diesen Fällen das Auseinanderweichen des knöchernen Beckenringes deutlich zu constatiren. Ein spontan geborenes Kind im 6. Fall (Heb. No. 64) war zwar klein, aber auch hier war das Auseinanderweichen der Knochenenden deutlich zu fühlen. Dagegen war in 9 Fällen keine Erweiterung des Beckens zu constatiren, während in vier anderen Fällen das Becken durch den dicken einspringenden Callus sogar verengt war. Das ist ein wenig günstiges Resultat. Nun ist mir noch mündlich oder schriftlich über drei weitere theils spontan, theils durch entbindende Operation beendigte Geburten nach Hebosteotomie berichtet worden, ohne dass allerdings Näheres über Becken und Kind in Erfahrung zu bringen war, auch haben manche der später Hebosteotomirten noch nicht wieder geboren, so dass die obigen Zahlen sicher eher zu pessimistisch sind. Immerhin stimmen unsere Beobachtungen nicht mit der Ansicht Oberndorfer's überein, der auf Grund seiner histologischen Untersuchung an einem hebosteotomirten Becken annimmt, dass eine Verknöcherung der Hebosteotomiestelle in der Regel ausbleibt. Sowohl auf Grund des Tast- und Röntgenbefundes (siehe Röntgenatlas, Tafel No. 3, 13, 14, 24, 72) der Nachuntersuchten, sowie auf Grund klinischer Beobachtung bei der Geburt können wir dieser Annahme nicht zustimmen. Denn wenn auch das Röntgenbild zu Täuschungen Veranlassung geben kann, unter der Geburt ist ein Federn der Knochenenden und das Klaffen des Knöchenspaltes kaum zu übersehen. Zugegeben muss werden, dass ausserhalb der Gravidität die eine oder andere als fest imponirende Knochennarbe durch die Schwangerschaftshyperämie aufgelockert wird und sich so als dehnbar erweisen kann, während sie vorher für knöchern vereinigt gehalten wurde. Immerhin hat die Nachuntersuchung an 38 Hebosteotomirten 25 mal knöcherne Vereini-

gung ergeben und nur an 15 Hebosteotomiestellen war durch fühlbaren Spalt oder leichtes Federn der Knochenenden ausgebliebene Verknöcherung zu finden. Dabei fand sich aber trotzdem zuweilen ein dicker Callus an den Knochenenden. Selbst wenn man die Beweiskraft dieser immerhin durch grobe Untersuchungsmethoden gewonnenen Zahlen anzweifeln möchte, die Thatsache, dass unter 20 Geburten nach Hebosteotomie nur 6 Frauen entsprechenden Nutzen bei der späteren Geburt hatten, bestätigt das obige Untersuchungsergebniss. Besonders erwähnenswerth ist noch Fall 54 der Hebosteotomien, Röntgenatlas Taf. 11 u. 12, wo trotz fibröser Vereinigung der Knochenenden und Auseinanderweichens des Beckenringes bei der folgenden Geburt eine abermalige Hebosteotomie nöthig wurde, weil das folgende Kind das erste an Grösse bedeutend übertraf. Und bei der dann folgenden dritten Geburt war wiederum die Spontangeburt fraglich, da die 2. Hebosteotomiewunde knöchern verheilt war, aber es wurde die Sectio caesarea jetzt vorgezogen, um der Frau durch Tubenunterbindung weitere schwere Geburten zu ersparen. Die einfache Hebosteotomie hatte also wegen der knöchernen Vereinigung und Callusbildung nur in wenigen Fällen eine dauernde Beckenerweiterung zur Folge. Ob vielleicht nicht doch nach dem von Credé vorgeschlagenen Verfahren oder durch Implantirung eines Periostknochenlappens in die Knochenwunde eine sicherere Erweiterung und damit Heilung des engen Beckens zu erzielen ist, bleibt der Zukunft vorbehalten.

Die primäre Kindermortalität von den 85 Fällen beträgt 7 pCt., Von den 38 nachuntersuchten Frauen mit 40 Hebosteotomien waren 39 Kinder lebend entlassen worden. Von diesen Kindern sind im ersten Jahr noch 7 gestorben, sodass die spätere Mortalität der Kinder 18 pCt. beträgt. Da die Kindersterblichkeit in Sachsen im ersten Jahr fast 25 pCt. beträgt, ist ein ungünstiger Einfluss der Hebosteotomie auf das Gedeihen der Kinder nicht bemerkbar.

Und welchen Gewinn hat nun der Praktiker von dieser Operation, denn das ist doch wohl der springende Punkt in der Bewerthung einer geburtshilflichen Operation, da ja die Geburtshilfe zum allergrössten Theil in den Händen des praktischen Arztes liegt. Wir stehen auf dem Standpunkt, dass die Hebosteotomie keine Operation für die Praxis ist, sondern nur in einem Krankenhaus ausgeführt werden kann. Deshalb wird hier in der Dresdner Klinik nach wie vor ausser der Hebosteotomie und der Sectio

caesarea bei der Behandlung des engen Beckens in entsprechenden Fällen auch noch die künstliche Frühgeburt angewandt und zwar mit gutem Erfolge. Ist das doch eine Operation, die, zur rechten Zeit ausgeführt, gute Resultate liefert ohne die grossen Gefahren, die den chirurgischen Methoden anhaften. Dass ein geringes Plus an Kindern durch Bevorzugung der rein chirurgischen Methoden der Geburtshilfe gewonnen wird, ist nicht zu bestreiten. Da aber von den so gewonnenen Kindern doch später einige zu Grunde gehen, so ist der Gewinn nicht sehr gross. Stellt man demgegenüber das Plus an Todesfällen und postoperativen Schädigungen der Mütter, die den chirurgischen Methoden zur Last zu legen sind, dann wird man nicht gern eine Behandlungsart gänzlich fallen lassen, die ohne das grosse Risiko zum mindesten auch Gutes leistet.

Wie stellen wir uns nun in Zukunft zu der Hebosteotomie? Wir haben trotz unseres günstigen Resultates quoad vitam doch eine Reihe von recht schweren Wochenbetten, schwere Schädigungen und dauernde Nachtheile gesehen, die uns veranlassten, unsere Indication einer strengen Revision zu unterziehen und unser Augenmerk nicht allein auf den augenblicklichen Erfolg zu richten, sondern auch auf den durch die Hebosteotomie geschaffenen Dauerzustand zu erstrecken, und so hat es sich ganz von selbst ergeben, dass wir die Erstgebärenden schon seit einem Jahr von dieser Operation ausschliessen, desgleichen infectiöse Fälle, sowie solche mit Allgemeinerkrankung. Es hat sich uns gezeigt, dass die Indicationsbreite nicht so gross ist wie früher angenommen wurde. Man wird also lieber bei grossem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken, sicher aber bei Conj. vera unter 7, die auch für das kindliche Leben sicherere Sectio caesarea vorziehen. Indem wir so im Ganzen zu demselben Resultat wie Schauta gekommen sind, sehen wir die Hebosteotomie nicht mehr für concurrenzfähig mit dem klassischen Kaiserschnitt an. Es ist also die Beckenerweiterung zu Gunsten der Sectio caesarea einzuschränken, sie behält aber für gebeugene Fälle durchaus ihren Werth.

Nachuntersuchungen

(Die fehlenden Nummern sind zur

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
1904.			
1	Frau Haa., II p. 24 (29) J. 18. 8. Journ.-No. 1512.	Wendung und Extraction. Keine Verletzungen. 1 1/2 fingerbreiter Kno- chenspalt. 54 cm, 3820.	Ein von der ersten Entbindung (Forceps, Kind todd) herrührender Vorfall machte nach der Hebosteotomie stärkere Beschwerden und wurde hier am 12. 10 05 durch Kolpor- rhaphe und Ventrifixur geheilt; hat jetzt keine Beschwerden. Letzte Regel 18. 8. 09. Grav. mens. VII, Gute Geh- und Arbeits- fähigkeit.
2	Bör., IV p. 32 (37) J., verh. 21. 9. Journ.-No. 1733.	Wendung und Extraction. Keine Nebenverletzun- gen. 52 cm, 3980 g.	Konnte bald nach Entlassung gut gehen, gute Geh- und Arbeitsfähigkeit. Nur muss sie seit der ersten Entbindung (Zange, Kind †) beim Laufen öfter Wasser lassen. Angeb- lich seit 1902 Vorfall, trägt deswegen Ring. Letzte Regel Anfang September 1909.
1905.			
10	Hahn., II p. 27 (32) J., verh. 3. 2. Journ.-No. 213.	Zange. 48 cm, 3060 g. Linksseitige Schenkel- venenthrombose.	Konnte bei der Entlassung gehen, aber nur langsam, allmählich mehr. Ist Waldarbeiters- frau und muss landwirthschaftliche Arbeit leisten. Nach schwerer Arbeit hat sie zu- nehmende Beschwerden, bes. Schmerzen im linken Bein, Drängen und Ziehen nach unten. Im Rücken Schmerzen zur Zeit, wenn die Periode beginnen soll. Seit der letzten Ge- burt Schmerzen beim Stuhlgang. Die Be- schwerden sind bes. heftig bei Witterungs- wechsel, besonders im Sommer, wenn ein Gewitter kommt. Zeitweilig ganz ohne Be- schwerden. Keine Hebosteotomie mehr!
11	Nunn., II p. 21 (24) J., verh. 5. 3. Journ.-No. 405.	Wendung und Extraction. 50 cm, 3250 g. Com- municirender Scheiden- riss. (8 N.)	Nach der Entlassung noch 6 Wochen zu Haus gelegen, konnte dann gehen. Schon während dieser Schwangerschaft Vorfall bemerkt. Kann ihre Arbeit gut verrichten, auch schwere (Landarbeit). Beschwerden bei der Menstruation, hin und wieder Schmerzen im Unterleib, sodass sie sich nicht auf- richten kann. Frau will lieber Sectio caesar., keine Hebst. durchmachen.

der Hebosteotomierten.

Nachuntersuchung nicht erschienen.)

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Kein Vorfall. Uterus grav. Mens. VII. Die Hebosteotomiestelle am Knochen ist sehr druckempfindlich (bei der Nachuntersuchung am 15. 6. 06 keine Druckempfindlichkeit). Befinden gut. Hinterfläche des Schambeinastes glatt, kein Federn an der Hebosteotomiestelle.	Keine. Jetzt grav. Mens. VII.	Keine sichere Erweiterung.	Soll gut entwickelt sein (nicht gesehen).
Starker Descensus vaginae. An der Hebosteotomiestelle links federkiel-dicker Callus (bei der Nachuntersuchung am 26. 9. 06 seichte Furche an der Hinterfläche), keine Empfindlichkeit bei der Betastung, kein Federn der Knochenenden.	Keine. Grav. Mens. VI.	Keine Erweiterung.	Kind geht es gut (nicht gesehen).
Kein Descensus. Uterus anteflectirt, Ad-nexe frei. Hebosteotomiestelle unempfindlich, knöcherne Vereinigung, glatte Hinterfläche, kein Callus, kein Federn. Diagonalis $9\frac{1}{2}$ ($9\frac{1}{4}$).	14. 11. 08 künstliche Frühgeburt Ende d. 35. Woche. Metreuryse. Wendung, Extraktion. 48 cm, 2750 g. Kind lebt jetzt noch. Hebost. u. Sect. caes. damals abgelehnt, auch von dem Manne. (Journ.-No. 2099, 1908.)	Keine wesentliche Erweiterung.	Kind lief mit 13 bis 14 Monaten, hat sich gut entwickelt.
Mittlerer Ernährungszustand, Descensus vaginae. Rechtsseitige am Schambein adhärente Scheidennarbe, die den Vorfall an seinem Hinabtreten hindert. Rechts über dem Uterus (anteflectirt, klein) faustgrosser beweglicher Tumor, der durch einen Strang mit dem Uterus in Zusammenhang zu stehen scheint. Hebost. links, gut $\frac{3}{4}$ cm dicker Callus, feste knöcherne Vereinigung.	31. 3. 06 künstliche Frühgeburt in der 35. Woche. Mittels Metreuryse u. Wendung. 44 cm, 1900 g. Der relativ grosse Kopf geht nur schwer durchs Becken. Kind stirbt nach wenigen Athemzügen an intrakranieller Blutung. 7. 12. 07 Sectio caes. Kind lebt.	Keine Erweiterung	Gut entwickelt. Lief mit 1 Jahr.

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
14	Bir., I p. 22 (27) J. 8. 4. Journ.-No. 591.	Diag. 10, v. = 8. Zange. 59 cm, 3230 g.	Hat keine Beschwerden, ist in einer Stein- druckerei mit Bogen auffangen beschäftigt. Fühlt sich wohl.
15	Krü., I p. 29 (34) J., verh. 12. 4. Journ.-No. 615.	Kraniotomie des intra operationem abgestor- benen Kindes. 49 cm, 2400 g, enthirnt.	Wenn die Frau etwas grössere ($\frac{1}{2}$ Std.) Wege macht, stellen sich Schmerzen ein, ebenfalls zur Zeit der Periode und des Witterungs- wechsels. In der ersten Zeit sehr starke Beschwerden, $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Entlassung konnte Frau erst einigermaassen laufen. Kann ihre Arbeit gut verrichten.
1906			
24	Krü., VII p. 31 (35) J., verh. 6. 2. Journ.-No. 197.	Extraction, ziemlich leicht (unvollkommene Fuss- lage). 47 cm, 2890 g.	Konnte gleich nach der Entlassung gut gehen. Ist in der Cigarrettenfabrik thätig, kann ohne Beschwerden arbeiten, auch schwer heben. Nur stellten sich 3 Monate nach der Operation ziehende Schmerzen im Leib um die Nabelgegend ein, die hin und wieder auftreten. Dann darf sie nicht fehltreten, da dann dadurch die Schmerzen sehr ver- schlimmert werden. Sie strahlen in die linke Seite aus.
25	Gei., IV p. 32 (35) J., verh. 17. 2. Journ.-No. 264.	Wendung und Extraction. Keine Nebenverletzung. Wochenbett 7. Tag 38,7, 120, sonst fieberfrei, Thromboseverdacht. 53 cm, 4080 p.	Keine Beschwerden, kann Hausarbeit gut ver- richten.
26	Rich., I p. 20 (23) J., unverh. 20. 2. Journ.-No. 264.	Kolpeuryse, Metreuryse, Wendungsversuch, Zan- ge, schwer. Clitorissriss ohne Freilegung der Knochenwunde, ferner U-förmiger Scheiden- u. Dammriss (5+4+6) N. 50 cm, 2880 g.	14 Tage nach der Entlassung Schwellung der äusseren Geschlechtstheile, musste 14 Tage lang liegen. Seit 1 Jahr vom Arzt festge- stellter Vorfall, sonst beschwerdefrei, kann ihre Hausarbeit gut verrichten.
26	Rich., I p. 20 (25) J. 20. 2. Journ.-No. 264.	Kolpeuryse, Metreuryse, Wendungsversuch. Zange, schwer. 50 cm, 2880 g. 36. Clitoris- riss. U-förmiger Schei- den- und Dammriss. 15 N. Diag. 9, v. = 7.	Hat keine Beschwerden, ist Dienstmädchen und kann auch die schwere Hausarbeit be- schwerdefrei verrichten.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Mässig dicker Callus links an der Hebosteotomiestelle, keine knöcherne Vereinigung, Becken federt, keine Druckempfindlichkeit. Grav. Mens X.	24. 11. 06 Spontangeburt in der Klinik, 51 cm, 3750 g. Kind starb nach 2½ Jahr.	Becken erweiterungsfähig.	Kind starb nach 9 Wochen im Säuglingsheim.
Hebosteotomiestelle wenig druckempfindlich, mit der Scheide adhärent. Deutlicher Spalt, Spaltstück federt. Am lateralen Knochenende dicker Callus. Uterus retro- und dextrovertirt, beweglich. Kein Descensus.	an Masern. 3. 8. 08 Spontangeburt ausserhalb. Ausgetr. Mädchen, kleiner als die beiden ersten, starb nach 1 Monat an Darmkatarrh. 20. 4. 1910 Spontangeburt in der Klinik. 55 cm, 4200 g.	Erweiterungsfähig.	Kind todt, perforirt.
Geringer Descensus der vorderen Vaginalwand und des Uterus. Uterus antevertirt, beweglich, Adnexe frei. Hebosteotomiestelle links federkieldicke Längsleiste, knöcherne Vereinigung, kein Federn der Knochenenden, nicht druckempfindlich. Diagonalis knapp 9 (9).	1907 Wendung, Extraction. Kind lebt. 50 cm, 3520 g. — 1908 Wendung, Extraction. Kind lebt. 44 cm, 2600 g.	Keine Erweiterung.	Gutentwickelt, lief mit 11 Monaten.
Geringer Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand, alter Dammriss. Hebosteotomiestelle rechts gut federkiel-dicker Callus. Feste knöcherne Vereinigung. Uterus liegt etwas dextrovertirt und anteflectirt, beweglich. Keine Empfindlichkeit der Hebosteotomiestelle.	1) 5. 11. 07 (Klinik) künstl. Frühgeburt im Beginn der 36. Woche. Bossi, Metreuryse, Wendung. Perforat. des nachfolgenden Kopfes. Kind enth. 48 cm, 2750 g. 2) 28. 8. 09 (Poliklinik) Wendung, Exstruktion. Kind kleiner als das Hebest.-Kind. Lebt.	Keine Erweiterung.	Kind starb mit 17 Wochen, hatte aufgetriebenen Leib, dann Brechdurchfall. Wurde im Säuglingsheim verpflegt.
Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand. Knöcherne Vereinigung der Hebosteotomiestelle, kein vorspringender Callus, geringe Druckempfindlichkeit, Weichtheilnarbe nicht adhärent. Grav. Mens. VIII—IX. Colp. granul.	Keine.	Keine Erweiterung.	Kind lebt, ist gesund (nicht gesehen).
Kein Descensus, knöcherne Vereinigung, deutlicher Callus links an der Hebosteotomiestelle. Kein Federn der Knochenenden.	22. April 1910 Wendung und Exstruktion (hintere Scheitelbeinanstell.). Kind 50 cm, 3350 g. 35.	Keine Erweiterung.	Kind lebt, ist gesund.

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
27	Lie., II p. 23 (26) J., verh. 14. 3. Journ.-No. 364.	Wendung und Extraction. Collumriss 3 N. Frenu- luriss 4 N. 50 cm, 3250 g.	Keine Beschwerden, kann ihre Hausarbeit gut verrichten, hat nur jetzt beim Gehen Be- schwerden, Schmerzen, seitdem sie wieder schwanger ist. Letzte Regel 10. 7. 09. Es dauerte $\frac{1}{4}$ Jahr, bis sie wieder ordentlich laufen konnte.
30	Weick., I p. 20 (24) J. 18. 4. Journ.-No. 893.	Kolpeuryse, Metreuryse, Wendung u. Extraction, leicht. 48 cm, 2900 g. Kl. Scheidenriss. 2 N.	Konnte $4\frac{1}{2}$ Wochen nach der Entlassung wieder gehen, im Ganzen beschwerdefrei, nur bei Witterungswechsel noch etwas Schmerzen. Kann schwere Arbeit nicht verrichten. (Früher Arbeiterin in der Glas- fabrik, jetzt in der Cigarrettenfabrik mit Tabakaufrissen beschäftigt, sitzende Arbeit) Leichte Arbeit beschwerdefrei.
32	Gro., I p. 35 (38 J.), verh. 12. 8. Journ.-No. 1217.	Metreuryse. Zange, leicht. 47 cm, 2540 g. Schei- denfrenulumriss. 5 N. 47 cm, 2540 g.	Keine Beschwerden jetzt, macht ihre Haus- arbeit. Es hat aber $\frac{1}{2}$ Jahr gedauert, ehe Frau wieder gut gehen konnte. Manchmal noch Stiche bei Witterungswechsel. Will keine Schwangerschaft wieder, da sie sich vor Operation fürchtet.
34	Leip., VI p. 32 (35) J. 20. 8. Journ.-No. 1268.	Wendung und Extraction (leicht). 50 cm, 3100 g. Keine.	Keine Beschwerden, kann ihre Hausarbeit gut verrichten. Konnte laufen gleich nach der Entlassung.
35	Schwa., V p. 36 (39) J., verh. 25. 8. Journ.-No. 1290.	Zange, ziemlich leicht. Rasch entstehendes Hämatom der l. grossen Labie. 51 cm, 3170 g.	Keine von der Hebosteotomie herrührenden Beschwerden. Frau ist vergesslich und hat Schwindelanfälle u. s. w. (Arteriosklerose.)
37	Schu., I p. 30 (35) J. 4. 10. Journ.-No. 1557.	Kolpeuryse. Zange, leicht 50 cm, 3980 g. Frenu- luriss. 3 N.	Arbeitet stehend in einer Schuhfabrik ohne Beschwerden. Es hat aber 1 Jahr gedauert, ehe sie wieder gut gehen konnte.
38	Weh., II p. 29 (32) J., verh. 10. 10. Journ.-No. 1589.	Kolpeuryse, Wendung u. Extraction zieml. leicht. 49 cm, 2535 g.	Konnte erst $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Entlassung gehen und hatte dann noch $\frac{1}{4}$ Jahr Be- schwerden b. schwererer Arbeit (z.B. Wasser- tragen). Macht nur leichte Hausarbeit und kann sie beschwerdefrei verrichten. Nur beim Heben an d. Hebosteotomiestelle Schmerzen, doch nicht stark.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Geringer Descensus der hinteren Scheidenwand, Knochenspalt nicht zu fühlen, Hebosteotomiestelle sehr druckempfindlich, Narbe nicht adhärent. Kein Federn der Knochenenden. Grav. Mens. VIII—IX.	1. Fehlgeburt 1907. 2. 3. 08 Geburt in der Breslauer Klinik, wollten Sectio caes. machen, Geburt ging aber spontan. Angeblich $\frac{3}{4}$ Blasensprung und 7 ²⁰ N. Geburt. Kind soll über 3000 g schwer gewesen sein.	Erweiterung unter der Geburt wahrscheinlich.	Kind lebt und ist gesund (nicht gesehen).
Descensus vaginae et uteri. Uterus vergrößert, derb. antevortirt, Portio hypertrophisch. Adnexe frei. Hebosteotomiestelle rechts wenig druckempfindlich, nicht adhärent, man fühlt an der Hinterfläche eine feine Rinne, Knochenenden federn etwas. Geringer Druckschmerz bei der Untersuchung.	März 1903 Abort, 3. Mon. Sonst keine.	Erweiterungsfähig.	Gutentwickelt, lief mit $\frac{5}{4}$ Jahren, hat engl. Krankheit gehabt.
Kein Descensus. Hebosteotomiestelle rechts nicht druckempfindlich. Dort flacher Callus. Knöcherne Verheilung, Scheide nicht adhärent.	Keine.	Keine Erweiterung.	Starb am 4. 6. 07 an Lungenerkrankung. War lange Zeit im Säuglingsheim. Tuberculose?
An der Hebosteotomiestelle rechts flacher Callus, knöcherne Vereinigung, kein deutliches Federn. Hebosteotomiestelle druckempfindlich, theilweise adhärent. Kein Descensus trotz alten Dammrisses. Uterus klein, aufgerichtet, sinistroponirt. Linkes Parametr. verkürzt, hinteres druckempfindlich.	Keine.	Keine Erweiterung.	Lebt, hat sich gut entwickelt.
Kein Descensus. Uterus retrovertirt, beweglich, lässt sich anteflectiren, klein, Parametr. frei. Am linken Schambeinast, 1 Finger breit von d. Symphyse, deutlicher Spalt. Beide Knochenenden federn, keine Druckempfindlichkeit.	Keine.	Erweiterungsfähig.	Kind hat sich gut entwickelt.
Links an der Scheide adhärente Hebosteotomiestelle. Deutlicher Knochenspalt, fibröse Vereinigung, beide Knochenenden federn. Keine Druckempfindlichkeit. Uterus liegt retrovertirt, dextroponirt, beweglich. Rechts kleiner Tumor?	1909 Spontanabort. 6. Monat.	Erweiterungsfähig.	Lebt, hat sich gut entwickelt (Photographie).
Descensus der vorderen und auch etwa der hinteren Scheidenwand, sowie des Uterus. Uterus retrovertirt, Adnexe frei. Hebosteotomiestelle $\frac{1}{4}$ cm dicker Callus, keine Empfindlichkeit, kein Federn der Knochenenden. Diagonalis 9 (8,5).	17. 1. 09 Perforation des todtten Kindes. Frau kommt mit todttem Kind in die Klinik. „Spontan- geb. ausgeschloss.“ Journ.-No. 121, 09.)	Keine Erweiterung.	Geht es gut, gut entwickelt, keine Rachitis, konnte mit 1 Jahr laufen.

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
43	Hey., IV p. I. 32 (35) J. 20. 12. Journ.-No. 2004. II. 9. 12. 07. Journ.-No. 2106. 1907.	1) Zange, leicht. 48 cm. 2910 g. 33. Diagon. 9, v. = 7. 2) Diag. 9,5, v. = 7,5. Hebosteot. links. Im- pression d. Kopfes. Zan- ge a. Beckenmitte leicht. 49 cm, 3050 cm. 36. Comm.Scheidenriss 6 N. (vor dem Forceps fest- gestellt).	Frau hat keine Beschwerden, kann auch schwere Arbeit verrichten.
46	Wint., I p. 23 (25) J., unverh. 14. 1. Journ.-No. 87.	Zange in Vorderhaupts- lage leicht. 48 cm, 2910 g Episiotomie u. kl. Schei- denriss. 6 N. Schenkel- thrombose links. Lun- genembolie.	Nach der Entlassung noch 8 Wochen in ärztl. Behandlung wegen des linken Beines. Ist Hausmädchen, hat seit 15. 5. 08 Vorfal- l, das war der Tag, wo sie wieder in Stellung ging und arbeiten musste. Bekam Ring. Kann schwere Arbeit nicht verrichten, hat oft Beschwerden durch den Vorfal.
47	Stegl., III p. 25 (27) J., verh. 2. 2. Journ.-No. 199.	Collumincision. Zange rasch. 48 cm, 2700 g.	Hatte über 1 Jahr Beschwerden beim Gehen, kann nicht „tanzen“, aber ihre Hausarbeit und sonstige leichte Arbeit, wie Weberei, verrichten. Beim Gehen keine Beschwerden, dagegen Schmerzen, sowie sie beim Liegen die Beine herunterhängen lässt. Möchte die Hebost. unter keinen Umständen noch einmal durchmachen.
48	Vett., I p. 28 (30) J., verh. 7. 2. Journ.-No. 225.	Kolpeuryse, Bossi, Zange rasch. 52 cm, 3770 g. Episiotomie (6 + 6) N.	Konnte 14 Tage nach der Entlassung wieder gut gehen. Wenn sie, auch jetzt noch, mehr als gewöhnlich geht oder arbeitet, dann stellen sich Schmerzen im Rücken und in der Kreuzgegend ein. Kann ihre Arbeit (Hausarbeit, im Sommer auch Gartenarbeit) gut verrichten. Letzte Regel 21. 6. 09.
49	Hors., II p. 26 (28) J., verh. 19. 3. Journ.-No. 499.	Wendung u. Extraction leicht. Frenulumriss 7 N. 53 cm, 4020 g.	Macht nur Hausarbeit, hat aber öfter Schmerzen dabei, z. B. beim Wäscheaufhängen, über- haupt beim Hochlangen, Schmerzen in der rechten Seite. Beim längeren Gehen Vor- fall des Mastdarms. Will keine Hebost. mehr, hat 1909 Kaiserschnitt vorgezogen! Meneses vor 7 Wochen zuletzt.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
<p>Geringer Descensus. Rechts am Schambein gut federkielicker Callus, knöcherne Vereinigung. Links fibröser Spalt, deutliches Federn der Knochenenden, die callös verdickt sind. Keine Druckempfindlichkeit. Diagonalis 9, v. = 7.</p>	<p>Juli 1909 spontane Frühgeburt, 43 cm, 2190 g. Während der Geburt Auseinanderweichen der linken Hebosteotomienarbe. Diagonalis 9,5, v. = 7,5.</p>	<p>Becken erweiterungsfähig.</p>	<p>Kind 1906 mit 9 Mon. an Brechdurchfall gest. — Kind 1907 mit 6 Mon. an Lebensschwäche gest. — Kind 1909 mit 8 Wochen an Lebensschwäche gest.</p>
<p>Descensus der Vagina und des Uterus. Hypertrophia portionis. Frau trägt Ring, nach Herausnahme des Ringes steht die Portio dicht hinter der Vulva. Uterus retrovertirt. Fluor. Descensus des rechten Ovariums, das druckempfindlich und vergrößert ist. Hebosteotomie links, kleiner flacher Callus, knöcherne Vereinigung, kein Federn. Diagonalis nicht zu messen, da schmerzhaft, sonst keine Druckempfindlichkeit.</p>	<p>—</p>	<p>Keine Erweiterung.</p>	<p>Kind geht es gut, konnte erst mit 2 Jahr. (!) laufen.</p>
<p>Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand, sowie des Uterus. Uterus liegt retrovertirt, ist vergrößert. Rechte Adnexe descendirt, druckempfindlich, Tube geschlängelt, vordere Hebost. links wenig druckempfindlich, knöchern verheilt. Hinterfläche rauh, keine stark vorspringende Längsleiste, kein Federn. Diag. nicht zu messen wegen Schmerzhaftigkeit.</p>	<p>—</p>	<p>Keine Erweiterung.</p>	<p>Kind gut entwickelt, hat jetzt chronischen Luftröhrenkatarrh.</p>
<p>Kein auffallender Descensus (Frau ist grav. Mens VIII—IX). Hebost. links sehr druckempfindlich, knöcherne Vereinigung, 1/4 cm dicke Längsleiste, kein Federn der Knochenenden. Diagonalis 10 (10).</p>	<p>März 1909 Fehlgeb., jetzt Grav. VIII—IX. 13. 3. 10 Zwillinge, 1. Spontan, 44 cm, 2250 g. 2. Armvorfall, Wendung, Extraction. 46 cm, 2350 g schwer.</p>	<p>Keine Erweiterung.</p>	<p>Kind ist gesund.</p>
<p>Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand. Uterus retroflectirt, vergrößert, fixirt (?), Gravidit. (?). Hebost. rechts federkielicker Callus, auf Druck empfindlich, Scheidennarbe nicht adhärent. Diagonalis 9 1/4, v. 7,5.</p>	<p>13. 12. 08 Sect. caes. transperiton. (auf Wunsch keine Hebost.). 48 cm, 3500 g.</p>	<p>Keine Erweiterung.</p>	<p>Kind geht es gut.</p>

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
54	Frau Neug., II p. 25 (27) J. II. 10. 6. Journ.-No. 1019. 26. 10. 1904. I. Hebost. I. Zange, 52 cm, 3850 g. Kind nach 15 St. gest. (Asphyxie). Journ.-No. 1771.	Zange, leicht. 54 cm, 4350 g. Geringes Häma- tom der rechten Labie.	Das Laufen geht gut, Heben schlecht, langes Stehen geht nicht. Hausarbeit geht schlecht. — Kann das Wasser schlecht halten, be- sonders wenn sie trägt oder hebt. Coitus wegen Schmerzhaftigkeit unmöglich. Aggra- vation nicht wahrscheinlich, für die Kinder sehr dankbar.
57	Krön., II p. 25 (27) J., verh. 30. 6. Journ.-No. 1149.	Impression des Kopfes i. Beckenmitte. Forceps aus Beckenmitte leicht. 50 cm, 3520 g.	Frau erkrankte 10 Tage nach der Entlassung (14. Tag entl.) mit Schmerzen und Schwellung im linken Bein, musste 6 Wochen liegen und Umschläge mit essigsaurer Thonerde um das Bein machen (Thrombose). In dieser Zeit starb das Kind, weil „sie sich nicht darum kümmern konnte“. Nachher keine Beschwerden mehr, kann laufen, tanzen und ihre Hausarb. verricht. Letzte Regel 12. 10. 09.
58	Focrst., Gutsbes.- Frau, III p. 31 (33) J. 30. 6. Journ.-No. 1179.	Kolpeuryse, Impression d. Kopfes durch Becken- eingang. Forceps leicht. 50 cm, 3250 g. Hämatom der linken Labie. 8. bis 11. Tag Pulssteig. über 100. 7. Tag 38,0. 100.	Frau muss Feldarbeit leisten und hat dabei Schmerzen im linken Bein. Bei schwerer Arbeit, besonders beim schweren Heben, läuft das Wasser spontan fort, sonst keine Be- schwerden beim Wasserlassen. Nach der Entlassung hat es reichlich 1 Jahr gedauert, bis Frau gehen konnte, viele Beschwerden, Furcht vor abermaligem Partus.
61	Borm., I p. 21 (24) J. 4. 11. Journ.-No. 1899.	V. = $6\frac{3}{4}$ ($8\frac{3}{4}$). Kolpeu- ryse, Impress. d. Kopfes, Forceps aus Becken- mitte leicht. 51 cm, 3750 g. 34. Linksseitiger nicht comm. Scheiden- riss. 7 N.	Frau konnte nach der Entlassung gleich gehen und hat keine Beschwerden. Ihre häusliche Arbeit kann sie wohl verrichten. Letzte Regel Ende August 1909.
62	Gläs., I p. 21 (23) J., verh. 20. 11. Journ.-No. 1996.	Impression des Kopfes. Forceps aus Beckenmitte leicht. Linksseitig. nicht komm. Scheidenriss. 8 N. 51 cm, 3100 g.	Konnte 3 Wochen nach Entlassung gut laufen, macht jetzt seit 3 Wochen Hausarbeit, früher leichte Arbeit in der Pechfabrik, beides beschwerdefrei. Fühlt sich wohl.
1908.			
65	Feldm., I p. 28 (30) J., verh. 13. 1. Journ.-No. 92.	Kolpeuryse, Bossi ver- geblich. Impressionsver- such. Wendung, Extrac- tion. Schwer. 50 cm, Collumriss rechts 3, links 1 N. Comm. Scheiden- riss rechts 6 N. Scheiden- dammriss (2 + 5) N. Blutiger Urin.	Frau ist sehr stupide und wenig mittheilsam. 6 Wochen nach Entlassung konnte Frau wieder gehen, Treppen erst später. Kann ihre häusliche Arbeit gut verrichten, bei angestrengter Arbeit zuweilen Kreuz- schmerzen, Ziehen im Kreuz, sonst be- schwerdefrei.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Leidlicher Ernährungszustand. Ausserordentliche Empfindlichkeit, adhärente Narbe. Die linke Hebosteotomiestelle klappt etwas, dagegen ist die rechte verknöchert, fingerdicker Callus. Zwischenspaltstück links federt auf Druck etwas. Links adhärente Scheidennarbe. Bauchnarbe linear verheilt, keine Hernie, keine Beschwerden. „Sectio besser als Hebost.“ (Frau!)	II. 07. II. Hebost. rechts. III. 3. 3. 09 Sectio caes. cons. mit Tubenresection.	Nach 1. Hebost. nicht genüg. Erweiterungsfähigkeit, nach 2. Hebost. keine.	Geht es gut.
Descensus der Scheidenwand. Ut. gravid. Mens. IV. Hebost. rechts, kein Callus, es ist eine Lücke zu fühlen, fibröse Vereinigung. Knochenenden federn. Geringe Druckempfindlichkeit.	14. 11. 08 Zange ausserhalb. Kind todt. Kind war ausgetragen, gross.	Erweiterungsfähig.	Starb mit 6 Woch. an Soor, weil die kranke Mutter (Thromb.) „sich nicht darum kümmern konnte“. (Eigener Anspruch!)
Geringer Descensus der Vagina u. d. Uterus. Uterus liegt retrovertirt, sehr beweglich, lässt sich leicht anteflectiren. Adnexe frei. Hebost. links nicht druckempfindlich, an der Hinterfläche deutliche fast fingerbreite Einsenkung zu fühlen, fibröse Vereinigung. Knochenenden federn. Diagonalis 10,0 (9,5).	—	Erweiterungsfähig.	Gut entwickelt.
Geringer Descensus der vorderen Scheidenwand, Hebost. links, dort 1 cm dicker Callus, medial davon 1 cm breiter fibröser Spalt. Deutliches Federn. Keine Druckempfindlichkeit. Uterus gravid. Mens. VII. Diagon. $10\frac{3}{4}$ v. = $8\frac{3}{4}$.	—	Erweiterungsfähig.	Hat sich gut entwickelt.
Descensus der vorderen Vaginalwand und des Uterus, der retrovertirt liegt, beweglich ist. Rechtes Parametrium druckempfindlich. Hebost. links nicht druckempfindlich, deutlicher $\frac{1}{4}$ cm breiter Längsspalt, Knochenenden federn. Narbe nicht adhärent. Diagonalis 10,0 (9,5).	9. 6. 09 Spontangeb. (Klinik). Kind lebt. 52 cm, 3400 g.	Erweiterungsfähig.	Kind geht es gut.
Geringer Descensus der Vagina, nicht her-austretend. Uterus liegt retro- u. dextrovertirt, scheinbar fixirt. Adnexe frei. Hebosteotomiestelle rechts unempfindlich dort dicker Callus, an der Unterfläche d. Schambeines eine Einsenkung. Scheide etwas adhärent. Kein Federn d. Knochenenden.	—	Nicht erweitert.	Gut entwickelt, keine Rachitis, konnte mit 11 Monaten laufen.

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
66	Schröt., I p. 28 (30) J., verh. 14. 1. Journ.-No. 95.	Impressionsversuch des Kopfes. Wendung, Ex- traction. Collumincisio- nen beiderseits. Schwer. 49 cm, 2900 g. Collum beiderseits 3 N. Episiot. Links 6 N. Scheiden- dammriss (4 + 8) N. Hämatom.	Es hat ein gutes halbes Jahr gedauert, ehe Frau schmerzfrei gehen konnte. Fing mit 10 Wochen nach Hebost. an, Treppen zu steigen, konnte bis dahin kaum in der Stube laufen. Macht jetzt alle Hausarbeit allein, vor 8 Tagen zum ersten Mal „grosse Wäsche“. Seitdem Schmerzen im Kreuz bis ins rechte Bein, Leibschmerzen. Beim Eintritt der Regel jedesmal Schmerzen. Möchte kein Kind mehr haben auf diese Weise, wenn, dann lieber Kaiserschnitt.
67	Rack., II p. 20 (22) J., unverh. 25. 1. Journ.-No. 162.	Impression des Kopfes. Zange aus Beckenmitte. Mässig leicht. 41 cm, 3100 g. Kleiner Scheiden- riss. 2 N.	Frau konnte nach 2 Monaten wieder gut laufen, macht Hausarbeit, hat keine Be- schwerden.
68	Jack., I p. 20 (22) J., unverh. 1. 2. Journ.-No. 202.	Impression des Kopfes, Zange aus Beckenmitte. Collumincision, Episiot. Leicht. 49 cm, 3120 g. Comm.Scheidenrisslinks 8 N., Collumincision 4 N. Episiot. 6 N. Hämatom der linken grossen Labie, das verjaucht, gespalten und drainirt wurde.	Konnte bei Entlassung (25. Tag) gehen (25. 2.), musste aber vom 15. 7. bis 1. 8. in eine Klinik gehen wegen Stechen in der linken Seite und eiterigem Ausfluss aus der linken grossen Schamlippe, der noch jetzt etwas besteht. Kann ihre Arbeit (leicht sitzend) gut verrichten, auch tanzen, fühlt sich am nächsten Tag aber immer wie zerschlagen (früher nicht). Manchmal Stechen im Leib und Schmerzen. Kann häufig das Wasser nicht gut halten.
1909.			
77	Näth., III p. 35 (36) J., verh. 5. 1. Journ.-No. 37.	Wendung, Extraction. Leicht. 52 cm, 3800 g. Frenulumriss 1 N.	Konnte ca. 2 Monate später wieder beschwerde- frei selbst schwere Arbeit verrichten. Keine Beschwerden.
78	Kub., I p. 20 (21) J., verh. 11. 2. Journ.-No. 283.	Impression des Kopfes. Forcepts. 49 cm, 3150 g. Scheidendamr. (8 + 12) N. Hämatom der linken Labie.	Konnte 1 Woche nach Entlassung gehen, aber jetzt noch schlecht stehen. Keine Schmerzen, aber Müdigkeitsgefühl. Arbeit geht nur im Sitzen (Cotillonkleberei). Gehen und Treppen- steigen schmerzlos. Häufiger Drang zum Wasserlassen, beim Husten läuft das Wasser spontan fort.
79	Schmi., V p. 29 (30) J., verh. 7. 4. Journ.-No. 668.	Wendung, Extraction. Schwer. 49 cm, 3300 g. 35. Scheidendamriss, grosses Hämatom der grossen linken Labie.	Erst 1/4 Jahr nach der Entlassung (17. Tag) konnte Frau wieder ordentlich gehen, schwere Arbeit konnte sie bis jetzt noch nicht ver- richten, hatte stets beim Heben Reissen und Drängen nach unten (vor der Hebost. nicht!) und kann das Wasser nicht lange halten. Frau ist Landwirthsfrau und muss Land- arbeit verrichten. Bei Witterungswechsel Schmerzen.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Descensus vagin. et uteri mässigen Grades. Uterus liegt leicht retrovertirt, beweglich, klein. Adnexe frei. Hebost. nicht druckempfindlich, breiter harter Knochenwulst. Kein Federn der Enden. Narbe nicht adhären. Diagonalis $9\frac{1}{2}$ ($9\frac{1}{2}$).	—	Keine Erweiterung.	Gross, gut entwickelt, konnte mit $\frac{5}{4}$ Jahren laufen.
Geringer Descensus der vorderen u. hinteren Wand. Uterus liegt retro- und dextrovertirt, etwas sinistronirt. Hebost. knöchern verheilt, geringer flacher Callus. Scheidennarbe nicht adhären, nicht druckempfindlich.	—	Nicht erweitert.	Kind hatte Rachitis, jetzt geht es gut.
Starker Descensus der vorderen Scheidenwand u. des Uterus. Links adhären, etwas empfindliche Scheidennarbe. Uterus retrovertirt, Portio nach links verzogen. Adnexe descendirt, mässig druckempfindlich. Ueber der adhären Scheidennarbe wölbt sich die von der ganzen Hinterfläche der Symphyse losgelöste vordere Vaginalwand vor. Wand fühlt sich derb und dick an. Cystocoele. Links an der Hinterfläche des Os pubis ein fingerdicker Callus. Kein Federn des Spaltstückes (bei der Entlassung beweglich!). Diagonalis wegen Empfindlichkeit nicht zu messen. An der linken grossen Labie ein 8 cm tiefer, trichterförmig eingezogener secernirender Fistelgang, adhären.	—	Nicht erweitert.	Kind gut entwickelt, lief mit $1\frac{1}{2}$ Jahren.
Uterus klein, aufgerichtet, retroponirt. Portio weit nach hinten stehend. Hinteres Parametr. verkürzt, infiltrirt, empfindl. Adnexe frei. Descensus der vorderen Vaginalwand. Hebost. rechts, flacher $\frac{1}{4}$ cm dicker Callus, knöcherne Verbindung, keine Empfindlichk. Diag. $9\frac{1}{2}$ (?).	—	Nicht erweitert.	Lief mit 11 Monaten, hat jetzt Keuchhusten.
Mittlerer Ernährungszustand. Descensus der vorderen u. hinteren Scheidenwand. Uterus anteflectirt. Scheidennarbe adhären, leichtes Federn d. Knochenenden. Narbe nicht empfindlich, keine Lücke zu fühlen, kein Callus.	—	Wahrscheinlich erweiterungsfähig.	Starb mit $6\frac{1}{2}$ Monaten plötzlich in 1 Stunde, angeblich an Gehirnkämpfen.
Descensus der vorderen und hinteren Vaginalwand, sowie des Uterus. Vorfalt bis an die Vulva. Uterus retrovertirt, beweglich, lässt sich leicht anteflectirgn. Portio zerklüftet. Adnexe frei. Hebost. links klein, fingerdicke Längsleiste an der Hinterwand. Knöcherne Vereinigung, kein Federn. Diagonalis $9\frac{1}{4}$ (9).	—	Nicht erweitert.	Kind gut entwickelt, lief mit 11 Monaten.

No.	Name, wieviel Para, Datum der Hebosteotomie, Journ.-No.	Art der Entbindung, Zange, Wendung, Verletzungen	Subjective Beschwerden, Geh- und Arbeitsfähigkeit
80	Fisch., III p. 28 (29) J., verh. 16. 4. Journ.-No. 736.	Wendung, Extraction. Leicht. 51 cm, 3500 g. 34. Thrombose links.	Beschwerdefrei, kann Radfahren. Kann ihre Arbeit machen.
81	Hau., II p. 26 (27) J., verh. 21. 4. Journ.-No. 770.	Wendung, Extraction. Leicht. Hämatom rechts. 48 cm, 2970 g. 32,5.	Keine Beschwerden, ist Maschinennäherin und kann die Arbeit gut verrichten. 4—6 Wochen nach der Entlassung (am 28. Tag entlassen) konnte sie wieder gut laufen.
83	Wenz., III p. 28 (29) J., verh. 27. 4. Journ.-No. 813.	Wendung, Extraction. Leicht. 52 cm, 3550 g. 37. Geringes Hämatom links. 9,5, 7,5.	Konnte 3 Monate nach der Operation wieder ordentlich laufen. Anfangs ging der Urin immer spontan fort, jetzt auch noch, aber etwas seltener. Kann schwere Arbeit nicht verrichten, beim Heben Gefühl des Auseinanderreissens am Becken. Verrichtet aber ihre häusliche Arbeit.
84	Hoffm., II p. 26 (27) J., verh. 17. 5. Journ.-No. 959.	Wendung, Extraction. Leicht. 50 cm, 3500 g. Blasenverletzung. Hämatom der grossen rechten Labie.	Konnte 6 Wochen nach Hebost. laufen, hatte nur Schmerzhaftigkeit an der Hebosteotomiestelle. Macht ihre häusliche Arbeit und Putzarbeit ohne Beschwerden.

Hebosteotomie

(No. 1—21, dieses Archiv, Bd. 78. 1906.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch. Diag.	Cr. Conj. ext. Vera		
52. 797	7. 5. 1907	Heyl, Frau 22 J.	IIp. 1. Spontangeburt 1906 eines Knaben, der $\frac{1}{2}$ Jahr später gestorben ist.	Platt rach. 27,5 27,5 32 17,5 9—9,5 7		1. Schädellage, Kopf bewegl.	
53. 946	29. 5. 1907	Ruschb., Alma 28 J.	IIIp. 1. Wendung, Ex- traction, Perforation des nachfolgenden Kopfes. 2. Perforat.	Allg. verengt 22,5 26 30,5 18 9,5 7—7,5		1. Kopfschief.	Grosses Kind. Da Frau cyanotisch, konnte nur leichte Narkose ge- macht werden.

Objectiver Befund	Spätere Entbindungen	Becken nach Hebosteotomie	Kind
Kein Descensus, Uterus anteflectirt, klein, Parametrien frei. Hebost. links, kein Callus, kein eigentlicher Spalt. Aber deutliches Federn der Knochenenden. Druck auf die Hebost. etwas schmerzhaft.	—	Erweiterungsfähig.	Kind gesund, gut gediehen, läuft, noch nicht 10 ¹ / ₂ Monate alt.
Kein Descensus. Knöcherne Verbindung an der Hebosteotomiestelle rechts, an der Hinterfläche deutlich fühlbarer Callus, nicht druckempfindlich.	—	Nicht erweitert.	Kind geht es gut, läuft noch nicht.
Kein Descensus. Kurze Scheide. Uterus retrovertirt, beweglich, klein. Portio zerklüftet. Von ihr ins rechte Parametrium gehend eine derbe Narbe. Rechtsseitiger Collumriss. Hebost. rechts druckempfindlich, kein Callus, geringes Federn.	—	Erweiterungsfähig.	Lief mit wenig über ³ / ₄ Jahren, gut entwickelt.
Kein Descensus, knöcherne Vereinigung der Hebosteotomiestelle, dort (rechts) federkieliger Callus. Keine Empfindlichkeit, kein Federn. Uterus retro- u. dextroflexirt, beweglich, klein. Adnexe frei. Hintere Muttermundslippe hat Narben. Diagonalis 9 ¹ / ₂ (9 ¹ / ₂).	—	Nicht erweitert.	Kann schon stehen, noch nicht laufen (noch nicht ganz 1 Jahr). Gut entwickelt.

No. 52—85.

No. 22—51, dieses Archiv, Bd. 81. 1907.)

Blutung aus den Stichkanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenverletzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Entbindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipitofront. Kopfumfang	Ausgang	
						für die Mutter, Wochenbettsverlauf	für das Kind
Ganz gering.	l.	1 Querfinger breit.	—	Kolpeuryse, Wendung auf d. rech. Fuss, Herunterholen auch des l. Fusses, Spasmus des Muttermundes. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 43 2810 35	Fötide Lochien 4.—6. T. 37,8 16. T. aufg. 21. Tag entl.	21. Tag entlassen. + 140.
Ganz gering.	r.	Nicht ganz 1 Querfinger	Frenulumriss 6 N. Naht (4 + 4) der Muttermundseinschnitten, kl. Hämatom an d. r. Labie.	Wendung auf den rechten Fuss, Extraction. 2 Incision. in d. Muttermund. Der Kopf passirt d. Becken schwer.	K. 53 3900 38	Lochiometra am 15. T. 40 ⁰ sonst fieberfr. 22. T. aufg. 26. Tag entl.	26. Tag. + 410.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch.	Cr. Conj. ext.		
				Diag.	Vera		
54. 1019	10. 6. 1907	Neug., Frau 25 J.	IIp. 1. Hebosteotomie am 26. 9. 1904 links. Forceps am hoch- stehenden Kopfe. Vorfall einer Nabel- schnurschlinge Kind tiefasphyktisch, nach 1 Std. wieder belebt, † nach 15 Std.	Allg. verengt 21 24,5 29 18 9 ³ / ₄ 7 ³ / ₄		2. Schädellage. Kopf fest zw. Beckeneing. u. Beckenmitte.	Pubotomie 1., vor 3 J. Sinken der kindl. Herztöne bis auf 80. Wech- selnde Herztöne. Wehenschwäche. Grosses Kind.
55. 1129	8. 6. 1907	Rot., Lucie 29 J.	Vp. 1. Frühgeb. im 9. Mon. Perforat. (in der Klinik). 2. Spon- tangeb. eines ausgetr. Mädchens, lebt. 3. Spontangeb. eines ausgetr. Knaben (kl.) † n. 5 Mon. 4. Wen- dung, Extraction, Perforat. d. nachfol. Kopfes bei bereits abgestorb. Kinde.	Allg. verengt 21 23 29,5 17,5 9,5 7,25		2. Schädellage Kopf dem Beckenein- gang aufge- presst.	Trotz Walcher- scher Hängelage u. Impression n. Kristeller nicht Eintr. d. Kopfes. Herztöne dauernd unter 100. Be- ginnender Con- tractionsring.
56. 1146	30. 6. 1907	Atz., Fr. Marie 34 J.	IVp. 1. Forceps, Kind † i.p. 2. u. 3. Künstl. Frühgeburt, Kind † intr. part.	Allg. verengt platt rach. 24 25 31 16,5 9 ¹ / ₄ 7—7,5		1a. Kopfschief- lage	Kommt mit Vor- fall des r. Armes und der pulsi- renden Nabelsch.
57. 1149	30. 6. 1907	Kro., Frau 25 J.	IIp. 1. Perforat. des totden Kindes (in der Klinik) (mehr- fache Zangenvers. ausserhalb).	Allg. verengt platt rach. 21,5 23,5 28 16,5 8,5—9 7		2. Schädellage Kopf dem Beckenein- gang aufge- presst.	Muttermund voll- ständig, Blase gesprung. Trotz Walcher u. Kri- steller ³ / ₄ Std. Nichteintr. des Kopfes. Beginn. Contractionsring. Wechsel. kindl. Herztöne.
58. 1179	4. 7. 1907	Forst., Frau 31 J.	IIIp. 1. Forceps. † intr. part. 2. Wen- dung, Perforat. des nachfolg. Kopfes.	Allg. verengt 20,5 23,5 30,5 17,5 9,5(8,5) 7—7,5		1b. Kopfschief- lage.	Blase hinter dem Kölpeurynter gesprungen, Me- coniumhaltiges Fruchtwasser. Nichteintreten d. Kopfes; doppel- tes Promontor.
59. 1223	10. 7. 1907	Wehm., Frau 29 J.	VIp. 1. Spontangeb. Kind lebt. 2. Wen- dung, Extr., Kind lebt. 3. Abort. 4. Wen- dg., Perforat. des nachfolgend. Kopfes. 5. Frühgeb., Kind † geboren.	Allg. verengt plattes B. 23 26 31 17 9 ¹ / ₄ 7 ¹ / ₂		2. Schädellage.	Nichteintreten d. Kopfes.

Blutung aus den Stich- kanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenver- letzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Ent- bindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipito- front. Kopf- umfang	A u s g a n g	
						für die Mutter, Wochenbetts- verlauf	für das Kind
Gering	r.	breit. 1½ Quer- finger.	Geringes Hä- matom der rechten Labie.	Zange. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	K. 54 4350 38	Fieberfrei 14. T. aufgest. 17. Tag entl.	17. Tag entlassen. + 70.
Gering.	r.	?	—	Impress. d. Kopfes. Zange a. Becken- mitte. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	K. 51 4150 38	3. und 4. Tag Temp. 38,8, Puls 120, 12. T. aufgest. 14. Tag entl.	14. Tag entlassen. —210.
Gering.	l.	Gut 2 Finger breit.	Scheiden- abschürfung links.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken ziemlich leicht.	M. 50 3620 34	3.—8. T. An- stieg bis 37,8, Puls 96, 12. T. aufgest. 14. Tag entl.	14. Tag entlassen. —50.
Gering.	r.	2 Finger breit.	—	Impress. d. Kopfes in Beckenmitte. Forceps aus Bek- kenmitte. Der Kopf passirt das Becken leicht.	M. 50 3520 34	6.—9. Tag Steig. bis 38,6 Puls 104, 13. T. aufgest. 14. Tag entl.	14. Tag entlassen. + 30.
Gering.	l.	1½ cm.	Hämatom der linken Labie.	Kolpeuryse. Im- pression d. Kopfes durch Becken- eingang. Forceps. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	K. 50 3250 34	7. Tag 38°, Puls 100, 8.—11. Tag Pulsst. üb. 100, 16. T. aufgest. 17. Tag entl.	17. Tag entlassen. + 190.
Gering, steht auf Com- pression.	r.	1½ Quer- finger.	Kleines Hämatom.	Kolpeuryse. Wen- dung auf den l. Fuss. Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 50 3450 35	10. Tag 38,5, Puls 92, 20. Tag entl. Innere Unters. Spalt Bleistift- dicke, Geh- fähigkeit noch mäs. eingeschr.	20. Tag entlassen. + 40.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch. Diag.	Cr. Conj. ext. Vera		
60. 1615	13. 9. 1907	Bra., Frau 37 J.	IIp. 1. Perforation.	Allg. verengt 21 24 31 18—19		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes, trotz kräftiger Wehen. Walcher erfolgl.
61. 1899	4. 11. 1907	Ho., Alma 21 J. jetzt: Borm.	I	Juveniles allg. u. querverengt 18,5 21,5 27 16 8 ³ / ₄ 6 ³ / ₄		1. Schädellage. Kopf fest auf Beckeneing. aufgeseßt.	Nichteintreten des Kopfes, schwank. kindl. Herztöne, Wehenschwäche.
62. 1996	20. 11. 1907	Kin., Selma 21 J. jetzt: Fr. Gläs.	I	Allg. verengt platt rach. 23 24 31,5 16,5 9,5 7,5		1. Schädellage, Hinterscheitel- beineinstellg.	Hinterscheitel- beineinstellung. Steigender Con- tractionsring, gr. fester Kopf.
63. 2081	5. 12. 1907	Hoff., Bertha 27 J.	I	Allg. verengt 20 25 29 17 9,5 7,5		2. Schädellage fest im Becken- eingang.	Nichttieftreten d. Kopfes trotz Walcher. Wach- sende Kopfgschw. Wehenschwäche. Blasenspr. ausser- halbgr. hart. Kopf.
64. 2106	4. 12. 1907	Hey., Frau 33 J.	Vp. 1 u. 2. Spontan- geb. kl. Kinder, lange Geburtsd. 3. Spontan- geb., Kind nicht ganz ausgetragen. 4. 1906. Hebosteotomie links. Hämatom d. l. Labie. (43. Hebo- steotomie.)	Platt rach. 25,5 26 31 16 9,5 7,5		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes trotz Wal- cher n. Blasen- sprengung. Sink. d. kindl. Herztöne dicke Callusnarbe keine Diastase an der durchsägten Stelle. Bindege- webige Verw. d. Callus mit dem umgeb. Gewebe.
65. 92	13. 1. 1908	Feld., Frau 28 J.	Ip.	Allg. verengt 20 23 30,5 17,5 9,5 7,5		2. Schädellage.	Nichteintreten des grossen, harten Kopfes. Rigider Mutterm. Tempe- raturst. auf 38,5 i. p. Meconium- haltiges Fruchtw. Hinterscheitel- beineinstellung.

Blutung aus den Stichkanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenverletzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Entbindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipito-front. Kopfumfang	Ausgang	
						für die Mutter, Wochenbettsverlauf	für das Kind
Stark, aus Verletzung.	l.	Gut.	Communicir. Scheidenriss, 6 N. Blutiger Urin, keine Blasenverletz. Dauerkathet. Starke Blutung aus Riss.	Impression nach Hofmeier. Forceps. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 50 3600 34	48. Tag entl. Cystitis, 14. T. aufst., 30. Tag plötzliche Schmerzen an der Hebosteomiestelle.	48. Tag entlassen. + 1160.
Gering.	l.	2 Querfinger.	Linksseitiger nicht communicirender Riss. 7 N.	Kolpeuryse. Impress. d. Kopfes. Forceps aus Beckenmitte. Der Kopf passirt das Becken leicht.	M. 51 3750 34	Fieberfrei, 12. Tag aufst. 20. T. leichte Blutung, 26 T. entl. beschwfr. 5.—7. T. hoh. P.	26. Tag entlassen. + 150.
Mässige Blutung.	l.	Gut fingerbreit.	Linksseitiger nicht communicirender Scheidenriss. 8 N.	Impress. d. Kopfes. Forceps aus Beckenmitte. Der Kopf passirt das Becken mässig leicht.	M. 51 3100 34	Fieberfrei, 18. T. aufgest. 20. Tag beschwerdefrei entlassen.	20. Tag entlassen. + 280.
Gering.	r.	2 Querfinger.	Frenulumriss 2 N. Cervixincision 5 N.	Impress. d. Kopfes. Forceps aus Beckenmitte. Cervix incision l. Der Kopf passirt das Becken mässig leicht.	M. 50 3300 36	Fieberfrei, 16. T. aufstz., 21. Tag entl. beschwerdefr.	21. Tag entlassen. + 100.
Gering.	l.	ca. 1 cm.	Communicir. Scheidenriss 6 N. (vor dem Forceps, gleich nach Durchsägung festgestellt).	Impress. d. Kopfes. Zange a. Beckenmitte. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 49 3050 36	6. Tag 38,5, Puls 100, sonst fieberfrei, 18. Tag aufst. 20. Tag entl.	20. Tag entlassen. + 90.
? Starke Blutung (Frau bekommt Kochsalz).	r.	Klafft deutlich.	Collumriss r. (3 N.), l. (1 N.). Communicir. Scheidenriss r. 6 N. Scheidendamriss (2 + 5) N. Blutiger Urin.	Kolpeuryse Bossi, vergeblicher Impressionsversuch, Wendung auf d. l. Fuss, Extraction. Der Kopf passirt d. Beckenschwer.	K. 50 3200 37	Bis 17. T. febril (bis 38°), 2. Tag aufst. 27. Tag entl. Scheidennarbe am Knochen adhaerent, nicht durchzutasten, ob Knochenspalt vorhand. Gehfähigkeit gut.	27. Tag entlassen. + 350.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch.	Cr. Conj. ext.		
				Diag.	Vera		
66. 95	14. 1. 1908	Schrö., Frau 28 J.	IIp. 1. Abort 2. Mon.	Allg. verengt platt rach. 22 23 29 17 9,5 7 ³ / ₄		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes.
67. 162	25. 1. 1908	Ra., Lina 20 J.	IIp. 1. Spontangeb. eines ausgetragenen Knaben.	Platt rach. 25 26,5 29 16,5 9 ¹ / ₄ 7 ¹ / ₂		1b. Schädellg.	Nichteintreten des Kopfes. Blasen- sprengung b. fast vollständig. Mm. Contractionsring in Nabelhöhe. Schwank. kindl. Herztöne.
68. 202	1. 2. 1908	Jack., Flora 20 J.	I p.	Allg. verengt platt rach. 22 33 30 16,5 9,5 7,5		1. Schädellage.	Blasensprengung ausserh. Nicht- eintreten des Kopfes trotz Wal- cher. Wachsende Kopfgeschwulst.
69. 235	13. 2. 1908	Gün., Frau 38 J.	IIp. 1. Perforat. des lebend. Kindes.	Allg. verengt platt rach. 24 25 31 17 8 ³ / ₄ 6 ³ / ₄ —7		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes. Myomata uteri interst. Nephritis. Oe- deme d. Beine u. d. Abdomens. Wegen des schw. Allgemeinzust. besser Perforat. d. leb. Kindes. Sectio nicht.

Blutung aus den Stichkanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenverletzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Entbindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipito-front. Kopfumfang	Ausgang	
						für die Mutter, Wochenbettsverlauf	für das Kind
Gering, Hämatom.	l.	2—3 Finger breit.	Collumincisionen beiderseits 3 N. Episiotomie l. 6 N. Scheiden-dammriss (4 + 8) N. Hämatom.	Impressionsvers.d. Kopfes. Wendung auf r. Fuss. Extraction. Collumincisionen beiderseits. Der Kopf passirt d. Becken schwer. Am Kopf löffelförmige Impression.	M. 49 2900 36	Temp. zwisch. 37 u. 38°, Puls zwischen 92 u. 108 bis zum 15. T., 15. T. 39°, Puls 112, Reiz. d.l. Mam., dann normal, 23. Tag aufst., 27. Tag entl. Kein Knochenspalt zu föhl. K. Schmerzhaft. Gehfähigkeit gut.	27. Tag entlassen. + 270.
Gering.	l.	1 Querfinger breit.	Kl. Scheidenriss. 2 N.	Impress. d. Kopfes Zange a. Beckenmitte. Der Kopf passirt d. Becken mässig leicht.	K. 41 3100 34	Fieberfrei, 12. Tag aufst., 17. Tag entl. federnde Bewegung des Schaltstückes nicht schmerzhaft. Gehfähigkeit gut. 2.—13. Tag Temp. b. 38,9. Verjauchtes Hämatom, Spaltg., Drain. 25. Tag entl. Portio nach l. oben gezogen, von ihr aus läuft ein derb. Narbenstrang zur Hebosteotomiestelle. Gang gut, bereitet keine Beschwerden. Schaltstück beweglich.	17. Tag entlassen. + 480.
Hämatom der linken grossen Labie.	l.	Reichlich 2 Querfinger breit.	Communicir. Scheidenriss l. 8 N. Collumincision 4 N. Episiotomie 6 N. Hämatom der l. grossen Schamlippe.	Impress. d. Kopfes. Zange a. Beckenmitte. Collumincision. Episiotomie. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	K. 49 3120 35	2.—13. Tag Temp. b. 38,9. Verjauchtes Hämatom, Spaltg., Drain. 25. Tag entl. Portio nach l. oben gezogen, von ihr aus läuft ein derb. Narbenstrang zur Hebosteotomiestelle. Gang gut, bereitet keine Beschwerden. Schaltstück beweglich.	25. Tag entlassen. + 200.
Hämatom der linken grossen Labie.	l.	Nicht communicirender Scheidenriss links 6 N. Frenulumriss 3 N. Hämatom der l. gr. Labie.		Kolpeuryse, Impressionsversuch des Kopfes. Wendungsvers., misslingt wegen Contractionsringes. Hohe Zange bei Querstand. Der Kopf passirt das Becken schwer.	M. 52 3350 —	† Exitus am 15. T. an Sepsis, ausgehend von einer Phlegm. des kleinen Beckens. Thrombophlebitis. Am 10. Tag Spaltung des verjauchten Hämatoms und der Oberschenkelphlegmone l.	† Abspreng. der Hinterschuppe.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch.	Cr. Conj. ext.		
				Diag.	Vera		
70. (20) 374	25. 2. 1908	Richt., Luise 29 J.	IIp. 1. Hebosteotomie r. 1905 (21. 9.) Kind lebt noch.	Allg. verengt platt rach. 22 23 31 16,5 9,5 7,5		1. Schädellage.	1905 Hebosteotomie rechts, dort bleistiftdicke Längsleiste. Nichteintreten d. Kopfes. Gr. Kopf.

Abgangsbefund: Rechts eine alte Narbe, die frei in der rechten oberen Scheidenwand adhärent ist. Uterus frei beweglich, gut zurückgebildet, hinteres Scheidengewölbe etwas schmerzgeschlossen, keine Cystitis. Gehfähigkeit gut, ohne Beschwerden, Treppensteigen nicht wesentlich

71. 406	1. 3. 1908	Schneid., Marie 24 J.	Ip.	Allg. verengt platt rach. 21,5 24,5 31 17 10 8		2. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes tr. 2 1/2 täg. Geburtsdauer. Schwankende kindl. Herztöne. Meconiumhaltiges Fruchtwasser.
72. 683	14. 4. 1908	Tram., Frau 23 J.	Ip.	Allg. verengt platt rach. 23 25,5 31 17 10 8		2. Schädellage, Kopf dem Beckenein- gang aufge- presst.	Nichteintreten des Kopfes trotz kr. Wehen. Blasen- sprung bei voll- ständigem Mm.

Abgangsbefund: Die Blase ist nach dem Uterus zu verzogen, scheint mit ihm verlötet leiste an der Sägestelle zu fühlen. Gehen und Treppensteigen ohne Beschwerden.

73. 1136	18. 6. 1908	Ulb., Elsa 26 J.	IIp. 1. Operativ, we- gen Nabelschnurvorf- fall. Kind ausgetrag- lebt. Welche Ope- ration vermag die Frau nicht anzugeb., kann seitdem Flatus nicht mehr halten, wohl Stuhl.	Allg. verengt platt rach. 22,5 24 28 16 9 7		1. Schädellage.	Blasensprung aus- serhalb. Hintere Scheitelbeinein- stellung. Fast bis zum Anus reich. alter Dammriss.
-------------	----------------	---------------------	--	---	--	-----------------	---

Abgangsbefund: Parametrien frei. An der hinteren Wand des linken Schambeines ist

74. 1239	3. 7. 1908	Nicht., Emma 27 J.	IIp. 1. Entbindung durch Forceps. Kind lebt.	Allg. verengt platt rach. 22,5 24,5 29 17 9 1/2 7 1/2		2. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes. Sinken d. kindl. Herztöne.
-------------	---------------	-----------------------	--	---	--	-----------------	---

Blutung aus den Stichkanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenverletzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Entbindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipitofront. Kopfumfang	Ausgang	
						für die Mutter, Wochenbettsverlauf	für das Kind
? 750 Kochsalzinfusion.	l.	?	Geplatzter Varix in der Scheide 4 N. Frenulumriss 1 N. Blasenverletzung.	Impressionsvers.d. Kopfes. Wendung, Extraction. Der Kopf passirt das Becken mässig leicht.	K. 53 3900 35	Blasenverletzg. Urinfist. durch die obere Einstichöffnung. Cystitis. Thrombose des linken Beines. 46. T. aufgest. 51. Tag entl.	51. Tag entlassen. + 830.

verläuft, links fühlt man eine kurze straffe Narbe, die zum Theil mit dem aufsteigenden Knochenast haft, keine Resistenz. An der linken Knochennarbe ist eine geringe Verdickung. Urinfistel erschwert.

Mässig.	r.	2 Querfinger breit.	Einriss d. hint. Muttermundslippe und der l. Commissur, 3 N. Scheidenriss 3 N. Frenulumriss 2 N. Blasenverletz.	Impress. d. Kopfes. Zange a. Beckenmitte. Der Kopf passirt d. Becken mässig leicht.	K. 49 3200 35	Thrombophl. Gonokokken. Exitus a. 15. T. an Lungenembolie.	15. Tag entlassen. + 300.
Mässig.	r.	ca. 2 Querfinger.	Collumriss r. 3 N. Commun. Scheidenriss r. 4 N. Episiotomie 10 N.	Impress. d. Kopfes. Forc. aus Beckenmitte. Episiotom. Der Kopf passirt d. Becken mässig leicht.	M. 53 3300 34	7.—18. Tag Fieber um 40°. Parametritis. Cystitis. Bronchitis Gonokokken? 39. Tag aufst., 38. Tag entl.	38. Tag entlassen. + 470.

zu sein. Uterus beweglich, etwas vergrößert. Knochenstück etwas beweglich. Keine Knochen-

Gering, Hämatom.	l.	1 Querfinger.	Hämatom der grossen Labie.	Impressionsvers.d. Kopfes. Wendung, Extraction. Der Kopf passirt das Becken unt. Hofmeier.	K. 50 2800 34	Am 5. T. 38,4. Puls 116, sonst fieberfrei, am 25. T. aufgest. am 26. T. entl.	26. Tag entlassen. —20.
------------------	----	---------------	----------------------------	--	------------------------	---	-------------------------

nur verdicktes Gewebe zu fühlen, kein Spalt, keine Beweglichkeit, keine Schmerzen. Sicherer Gang.

Gering.	r.	1½ cm.	Scheidenfrenulumriss (2 + 3) N.	Impress. d. Kopfes. Zange. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 52 4000 37,5	Am 9. T. 38°, Puls 80, am 12. Tag 38,4, Puls 92, sonst fieberfrei, am 26. T. aufgest. am 29. T. entl.	29. Tag entlassen. + 500.
---------	----	--------	---------------------------------	---	--------------------------	---	---------------------------

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch.	Cr. Conj. ext.		
				Diag.	Vera		
75. 1567	24. 8. 1904	Un., Frau 25 J.	Ip.	Allg. verengt platt rach. 21,5 22,5 28 17,5 10 8		2b. Schädellg.	Hinterer Scheitel- beineinstellung. Mekoniumhaltig. Fruchtwasser. Wechselnd kindl. Herztöne.

Abgangsbefund: Gehen ohne Beschwerden, von der Scheide aus fühlt man einige Centi-empfindlich ist. Uterus retroflectirt, leicht beweglich, leicht aufzurichten. Allgemeinbefinden gut.

76. 1712	15. 9. 1908	Thom., Marie 29 J.	Ip.	Allg. verengt 22,5 25 30 17,5 10 $\frac{1}{4}$ 8 $\frac{1}{4}$		2. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes tr. Wal- cher u. Hofmeier- sche Impression. Kolpeuryse.
-------------	----------------	-----------------------	-----	---	--	-----------------	---

Abgangsbefund: Treppensteigen ohne Beschwerden, Adnexe frei, Uterus anteflectirt,

77. 37	5. 1. 1909	Nat., Frau 35 J.	III p. 1. Forceps + ge- boren. 2. Wendung, Perforation d. nach- folgenden Kopfes.	Allg. verengt platt rach. 21,5 23 29,5 16,5 9 7-7,5		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes.
78. 283	11. 2. 1909	Ku., Frau 20 J.	Ip.	Allg. verengt platt rach. 23 23,5 29,5 17,5 10,25 8		1. Schädellage.	Hinterscheitel- beineinstellung. Contractionsring.

Abgangsbefund: Links im Bereich der Sägefurchen eine tiefe buchtige Narbe, die auf anteflectirt, nirgends druckempfindlich. Keine Schmerzen beim Aufstehen.

79. 668	7. 4. 1909	Schm., Selma Frau 29 J.	V p. 1. u. 2. Zange, Kind + geboren. 3. Frühg., Zange, + geb. 4. Frühgeburt 6. Monat, + nach 24 Std.	Allg. verengt platt rach. 22 24,5 29 16,5 9 7,5		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes
80. 736	16. 4. 1909	Fisch., Frau 28 J.	III p. 1. u. 2. + geb. operativ beendet. (weiss nicht, wie.)	Allg. verengt platt rach. 20 22 28 16 9 $\frac{1}{2}$ 7 $\frac{1}{2}$		2. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes.

Abgangsbefund: Spalt 1 $\frac{1}{2}$ em breit, auf Druck ganz wenig schmerzhaft. Portio in der

81. 770	21. 4. 1909	Hau., Frau 26 J.	II p. 1. Perforation.	Allg. verengt platt rach. 18 21 28 17,5 9 $\frac{1}{2}$ 7 $\frac{1}{2}$		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes.
------------	----------------	---------------------	-----------------------	---	--	-----------------	-------------------------------

Abgangsbefund: Hämatom gut zurückgebildet, an der Hinterfläche des Knochenspaltes

Blutung aus den Stich- kanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenver- letzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Ent- bindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipito- fract. Kopf- umfang	A u s g a n g	
						für die Mutter, Wochenbetts- verlauf	für das Kind
—	r.	—	Communicir. Scheidenriss. Prolaps der Blasenwand. Blasenverletz. Scheidentamp.	Impress. d. Kopfes. Fore. aus Becken- mitte. Der Kopf passirt d. Becken mässig leicht.	K. 52 3480 36	72. Tag entl. Thrombose l. Blasenscheid.- Fistel a. 53. T. geh. Ing.-Absc. r. a. 36. T. eröff.	45. Tag entlassen. + 650.

meter rechts von der Symphyse im Schambein eine fingerbreite Lücke, die auf Druck etwas

Stark.	r.	?	Rechts. com. Scheidenr. 5 N. Episeot. 12 N. Urin nach Ope- ration blutig.	Impress. d. Kopfes. Forceps. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	K. 50 3300 35,5	Fieberfrei, am 19. Tag aufst., am 22. T. entl.	22. Tag entlassen. + 80.
--------	----	---	---	--	--------------------------	--	--------------------------------

Scheide rechts narbig, nicht schmerzhaft. Spalt rechts zu fühlen. (Röntgenbild: Kleinfingerdick.)

Gering.	r.	?	Frenulumriss 1 N.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 52 3800 36	Thrombose l. 36. T. aufgest. 39. Tag entl. Geheilt.	39. Tag entlassen. + 300.
Gering.	l.	?	Scheiden- dammriss (8 + 12) N. Hämatom der linken Labie.	Impress. d. Kopfes. Forceps.	M. 49 3150 34	Temp. b. 17. T. Zerfall. Hämat. Zerf. Scheiden- dammr. 23. T. aufg. 37. T. entl.	37. Tag entlassen. + 100.

Druck etwas empfindlich ist. Sägefureche glatt, Mittelstück etwas verschieblich. Uterus klein,

Gering, Hämatom.	l.	?	Scheiden- dammr. 8 N. Gr. Hämatom an der gr. l. Labie.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken schwer.	M. 49 3300 35	Fieberfrei, 13. T. aufgest. 17. Tag entl. Gang ungest. Beschwerdefr.	17. Tag entlassen. + 300.
Gering.	r.	?	—	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 51 3500 34	Thrombose l. Am 44. T. aufst. am 47. T. entl.	47. Tag entlassen. + 830.

Mittellinie, Parametrien frei.

Gering, Hämatom.	r.	—	Hämatom rechts.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 48 2970 32,5	Fieberfrei, am 20. Tag zuerst aufgest., Abds. 37,6, Puls 120, desh. wied. hin- gel., am 24. Tag wied. aufgest., am 28. T. entl.	28. Tag entlassen. —170.
---------------------	----	---	--------------------	--	--------------------------	--	--------------------------------

kein Callus. Spaltstück nicht beweglich, Gehen ohne Beschwerden.

Hebosteotom.-No. Journ.-No.	Datum	Name, Alter	Wieviel Para, frühere Geburten	Becken, Form		Kindeslage	Besonderheiten
				Sp. Troch. Diag.	Cr. Conj. ext. Vera		
82. 811	27. 4. 1909	Göb., Clara Fr. 31 J.	IV p. 1. u. 2. Wendg. u. Extraction, Kind † geb. 3. Künstl. Frühgeb. angebl. im 7. Mon. Kind † geb.	Platt rach. 25,5 26,5 33,5 16 9—9 ¹ / ₄ 7—7,5		2. Schädellage.	—
Abgangsbefund: Hämatom gut zurückgegangen, Knochenspalt klappt unten etwa							
83. 813	27. 4. 1909	Wen., Frau 28 J.	III p. 1. Perforat. des absterb. Kindes (in d. Klinik). 2. Forceps wegen vorlieg. Nabel- schnur, Kind † intra part.	Allg. verengt platt rach. 20 22 31 15,5 9,5 7,5		1. Schädellage.	—
Abgangsbefund: Hämatom gut zurückgebildet. Geringer Callus an der Rückfläche des							
84. 959	17. 5. 1909	Hoff., Martha Frau 26 J.	II p. 1. Perforat. eines ausgetr. Kindes (hie- sige Poliklinik).	Allg. verengt platt rach. 23 23 30 17 9,5 7,5		1. Schädellage.	—
85. 1793	14. 9. 1909	Scho., Frau 24 J.	II p. 1. Perf. d. leb. ausgetr. Kindes.	Allg. verengt platt rach. 22 22 28,5 14,5 9 ¹ / ₄ 7 ¹ / ₂		1. Schädellage.	Nichteintreten des Kopfes. Hinter- scheitelbeinein- stellung.

Blutung aus den Stich- kanälen	Trennung r. od. l.	Breite des Knochenspalts nach der Trennung	Nebenver- letzungen mit Angabe aller gelegten Nähte	Art der Ent- bindung	Kind: Geschlecht, Länge, Schwere, occipito- front. Kopf- umfang	A u s g a n g	
						tür die Mutter, Wochenbetts- verlauf	für das Kind
Gering, Hämatom.	l.	?	Grosses Häma- tom der linken Labie.	Kolpeuryse, Wen- dung, Extraction. Der Kopf passirt das Becken ver- hältnissmässig leicht.	K. 54 3750 löffelförm. Impression am rechten Schläfen- bein	Fieberfrei, am 17. T. aufgest. 24. Tag entl.	†
³ / ₄ cm. Spaltstück nicht beweglich. Keine Blasenbeschwerden. Gehen ohne Beschwerden.							
Gering, Hämatom.	r.	—	Geringes Hä- matom links.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 52 3550 37	Fieberfrei, am 17. T. aufgest. am 23. T. entl.	23. Tag entlassen. + 150.
Knochenspaltes. Knochenstück nicht beweglich. Keine Blasenstörung. Keine Gehstörung.							
Hämatom.	r.	—	Blasenverletz. Hämatom der r. gross. Labie.	Wendung, Extrac- tion. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 50 3500 33	Blasenfistel (Ausstichöff.). am 6. T. Temp. 38,7, sonst fieberfrei, am 22. T. aufgest. am 25. T. entl. Blasenfist. ge- heilt, geh. entl.	25. Tag entlassen. —120.
Hämatom d. r. Labie mains.	r.	?	—	Kolpeuryse, Wen- dung, Extraction. Der Kopf passirt d. Becken leicht.	M. 49 2500 33,5	Fieber bis 39° am 10. Tag. Lochiometra. Thrombose l. Cystitis.	39. Tag entlassen. + 600.