

Aus der geburtshülflichen Universitäts-Klinik der Charité  
zu Berlin (Professor Gusserow).

---

## Ueber Eklampsie.

Von

Privatdocent Dr. A. Dührssen.

---

### 2. Theil.

Nachdem ich die Arbeit „Ueber die Behandlung der Eklampsie“ vollendet hatte, schien es mir erwünscht, noch eine Reihe von in der Arbeit berührten Fragen an der Hand einer grösseren Statistik genauer zu prüfen, bez. an der Hand einer solchen Statistik den Nachweis zu führen, dass die bisherige Therapie der Eklampsie vielfach auf falscher Grundlage, auf Anschauungen beruhte, die nicht mit der Verwendung der Narkose und der Antisepsis bei geburtshülflichen Operationen, nicht mit der Vervollkommnung in der Behandlung der atonischen Blutungen und der Operationstechnik überhaupt rechneten. Die vorhandenen Statistiken waren zu lückenhaft, um mir auf alle mich interessirenden Fragen Antwort zu geben: Eine befriedigende Antwort konnte ich nur erhalten durch die Einsicht in die betreffenden Geburtsjournale selbst.

Mit gütiger Erlaubniss meines hochverehrten Chefs, des Herrn Geheimrath Gusserow, habe ich daher vom 1. Januar 1880 bis zum 31. März 1892 sämmtliche in der geburtshülflichen Klinik der Charité vorgekommenen Eklampsiefälle zusammengestellt, von denen das Geburtsjournal<sup>1)</sup> noch vorhanden war. Auf diese Weise habe ich 194 Fälle zusammenbekommen; denselben habe

---

1) Nur in den Fällen 19 und 20 lag mir das Journal nicht vor. Ich habe sie trotzdem verwerthet, weil die Fälle aus den Jahren 1884 und 1885 nach dem Berichte der Charité-Annalen von meinem Collegen und Freund Dr. Schäfer für mich bereits tabellarisch zusammengestellt waren.

ich dann noch unter der Nr. 195—200 die von mir bereits im 1. Theile dieser Arbeit angeführten 6 Fälle von Eklampsie angefügt, so dass die Zahl der verwertbaren Fälle 200 beträgt.

Ausgeschlossen sind also aus dieser Zusammenstellung die zahlreichen poliklinischen Fälle und diejenigen klinischen, die zwar in dem Jahresberichte der geburtshülflichen Klinik der Charité

Tabelle

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- falle bis	v. letz- ten An- falle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
1	1880. 22./XI., Morgs. 5 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	D. M. Pitscha, 25j. Ip.	26, 27,5, 19,5, 11,5	3 am 18./XI.	keiner	4 Tage	—	erbsengross, Portio verstrichen	—
2	1881. 16./I., 1 Uhr Nachts	Frau Miecke, IV p.	normal	9 (inner- halb d. letz- ten 6 Stdn. a. p.)	18 von Nachts 1 bis Nachm. 3 Uhr	—	—	3 St. a. p. markstück- gross	—
Sectionsbefund: Status puerper. Nephritis parenchymatosa, rebri. Hyperaemia pulm. Atelectases et broncho-pneumoniae multiplices									
3	6./XII., 10 <sup>o</sup> Uhr Morgs.	Nickel, 26j. Ip.	normal	Zahl- reiche heftige Anfälle 2 Stdn. a. p., vorher Benom- men- heit	2 (6./XII., 7 Uhr Abds.)	2 St	keiner	fünfmark- stückgross (2 St. a. p.)	völlig erweitert
4	1882. 6./V., 9 Uhr Abds.	Arbeitsfrau Hesse, 20j. Ip.	24, 25, 20	1 ( <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. a. p.)	1 leichter <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p.	keiner	—	—	—
5	1./VIII., 2 <sup>20</sup> Uhr Nachm.	Arbeiterin Jahn, 33j. VI p.	normal	1 ( <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. a. p.)	keiner	keiner	—	—	—
6	25./XI., gegen 12 Uhr N.	Arbeiterin Kreuz, 20j. Ip.	—	keiner	4	—	—	—	—

erwähnt sind (s. Charité-Annalen), von denen ich aber das Geburtjournal nicht auffinden konnte. Die Ausschliessung dieser Fälle geschah deshalb, weil die Berichte mir vielfach über die Punkte keine Auskunft gaben, auf die es mir besonders ankam.

Ich lasse zunächst die Tabelle I folgen.

## I.

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
0,01 Pilocarpin nach dem 2. Anfalle.	Zange (Dammriss, 8 Nähte), Nachblutung aus einem Cervixriss.	4./XII. ge- sund ent- lassen.	Leb. Knabe, 49, 3650.	18./XI. Wenig Eiweiss, keine Formelemente, Oedeme, 22./XI. Enor- mer Eiweiss- gehalt u. Cylind.	Letzte Men- ses Ende Fe- bruar 1880.
Kreissende wird in Nar- kose eingeliefert. Gleich da- nach 1 Anfall und Geburt. Die 18 Anfälle wurden jedes- mal durch leichte Narkose coupirt (80 g).	Spontan.	17./I. an Lungenödem †.	Leb. Mädch., 41, 1700.	Urin gerinnt beim Kochen, Cylinder. Spec. Gew. 1060. Der Urin enthält Methaemo- globin.	In der letzten Zeit Oedeme, Erregungs- zustände.
Haemorrhagiae cutaneae, musculi tempor. dextri, subpleurales, punctatae cerebri corticalis. Anaemia ce- lobi inferioris utriusque. Degeneratio myocardii adiposa.					
Narkose nur zur Entbin- dung. Später Narkose nach den 2 Wochenbettsanfällen, Morphium u. Chloralklysma.	Zange (2 Damm- incisionen, die weiter- rissen).	19./XII. geheilt ent- lassen.	Leb. Knabe, 49, 3015.	Starker Eiweissgehalt.	Seit Monaten Oedeme, seit 1 Monat Kopfschmer- zen.
Narkose nach beiden An- fällen.	Zange (Dammriss, 4 Nadeln).	26./V. geheilt ent- lassen.	Leb. Mädch., 50, 3030.	Viel Eiweiss, Cylinder.	Letzte Men- ses Anfang August.
—	2 Extrac- tionen am Fusse.	16./VIII. geheilt ohne Albumen entlassen.	L. M. u. Kn., 49 46 2750 2350.	Mässig viel Eiweiss, Cylind- er, wenig rothe Blutkörper.	Letzte Men- ses Mitte Nov. Seit 8 T. stär- kere Oedeme.
Narkose, Morphinum. Der 1. Anfall trat 9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p. beim Nä- hen eines Dammrisses, der 4. 16 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St. p. p. bei einer Scheiden- ausspülung auf.	—	8./XII. gesund ent- lassen.	Leb. Mädch., 51, 3800.	Spärlicher Eiweissgehalt.	Letzte Men- ses Febr.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
7	14./XII.  1883.	Näherin Bohrer, 26j. Ip.	normal	1 (b. Ein- schnei- den des Kopfes)	keiner	1/4 St. a. p.	—	—	—
8	2./I.	Arbeiterin Krüger, 18j. Ip.	—	—	—	—	—	—	—
9	16./I., Abends 11 Uhr.	J. M. Heese, 18j. Ip.	—	2	keiner	?	5 1/2 St.	kaum mark- stückgross (5 1/2 St. a. p.) u. Herztöne hörbar	—
10	20./I., Morgs. 2 Uhr.	Näherin Bogge, 22j. Ip.	normal	meh- rere (1 am 19./I., Nachm. 5 1/2 Uhr beob- achtet)	keiner	—	8 1/2 St.	für 1 Finger durchgängig, Portio im Verstreichen (8 1/2 St. a. p.)	—
11	23./I., Morgs. 1 3/4 Uhr.	Frau Semann, 21j. Ip.	—	4 am 19./I.	1 am 3. Tage	Etwa 65 St.	55 St.	Muttermund flaches Grüb- chen, Portio erhalten, Herztöne normal	—
12	6./II., Morgs. 1 Uhr.	Wittich, 23j. Ip.	—	14 (am 5./II. 2 letz- ten beob- achtet)	—	?	?	markstück- gross (5./II., Nachm. 4 1/2 Uhr), keine Herztöne	—
13	6./V., Morgs. 7 <sup>55</sup> .	Frau Müller, 29j. Ip.	25, 28, 20,5	zahl- reiche	1 am 2. Wochen- bettstage	72 St.	—	für 1 Finger durchgängig, Portio fast verstrichen (72 St. a. p.)	—

Sectionsbefund: Ruptura vaginae. Colpitis phlegmonosa traumatica  
Peritonitis universalis seropurulenta. Nephritis parenchymatosa et meta-

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Narkose, Ritgen.	—	27./XII. ohne Eiweiss- gehalt ent- lassen.	Leb. Knabe, 50, 3565.	—	Letzte Men- ses Ende Fe- bruar.
3 g Aether, leichte Nar- kose. 10 Minuten nach der Aufnahme †.	Sectio cae- sarea post mortem.	†	Todt. Mädch., macerirt, 47, 2185.	—	Letzte Men- ses im März.
Narkose von 5 1/2 Uhr Nachm. bis 11 Uhr Abends.	Spontan.	Wegen Hal- lucinationen im Wochen- bette nach d. Irrenstation zurückverlegt u. dort 19./I. †.	Todt. Mädch., 42, 1800.	Eiweiss.	—
Leichte Narkose von 4 1/4 Uhr Nachm. bis 11 Uhr Abends (19./I.); 8 Uhr Abds. 0,015 Morph. Nach d. Ent- bindung Excitantien u. Ein- wicklung.	Spontan.	20./I., Abds. 10 Uhr † unter Erscheinun- gen v. Lun- genödem u. Herzschwä- che, ohne aus d. Coma er- wacht zu sein.	Knabe, un- mittelbar p. p. †, 42, 1440.	Viel Eiweiss. Oedeme des ganzen Kör- pers.	—
7 stündige Narkose nach dem 2. Anfalle, dann 0,015 Morph. Nach dem Wochen- bettsanfälle 2 stündige Nar- kose.	Spontan.	2./II. an Sepsis †.	Todt. Knabe, macerirt, 47, 2100.	Viel Eiweiss. Oedem.	Letzte Menses im Juni. Seit 3 Wochen Kopf- schmerzen, Uebelkeit u. Druck im Epi- gastrium.
Etwa 4 stündige Narkose, dann 2 Mal Morph. 0,01.	Spontan.	7./II. † an Herzschwä- che (P. 160— 180, Athmung nicht auffällig beschleunigt).	Todt. Mädch., 49, 2340.	Eiweiss, Cy- linder, keine Oedeme.	Die Eklampsie trat im An- schlusse an heftige Ge- müthsbewegg. (Entdeckg. der bisher verheim- lichten Schwän- gerschaft) auf.
Am 3., 4., 5. u. 6. Mai Narkose mit Verbrauch von 500 g Chloroform; ausserdem Morphium- und Aetherinjection. Trotzdem zahlr. heftige Anfälle. Nach d. Wo- chenbettsanfälle 0,01 Morph.	Zange (Dammriss), nachdem die Blase 1 1/2 St. a. p. gesprun- gen war.	10./V. † an Sepsis. D. Fie- ber begann am 4. Tage, nach- dem am 1. 2 stündl. aus- gespült war. (Infect. erst im Wochenbette?)	Leb. Mädch., 52, 3365.	Geringer Ei- weissgehalt, Oedeme seit 14 Tagen.	Letzte Men- ses Anfang August.

ichorosa. Parametritis et Pericolicitis phlegmonosa. Phlegmone retroperitonealis pelvicalis et lumbalis. statica multiplex sin. Icterus hepatis universalis. Anaemia cerebri.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
14	1./X., Morgs. 12 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Näherin Lacher, 18j. Ip.	—	keiner	7 (in d. ersten 4 St. p. p. 5, 13 St. p. p. noch 2 An- fälle)	—	—	—	—
15	12./XII., Morgs. 9 Uhr.	Näherin Krowsacka, 22j. Ip.	—	—	6	—	—	—	—
16	1884. 11./II., Abends 10 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Emma Bolz, 24j. Ip.	—	2	9 (bis z. 12./XII., Morgs. 11 Uhr)	4 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	1 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	—	—
Sectionsbefund: St. puerper. Ruptura vaginae et cervicis uteri per- chymatosa. Myocarditis parenchymatosa. Oedema pulmonis et glottidis.									
17	29./VIII., Morgs. 5 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Aug. Buchholz, 19j. Ip.	—	2	—	10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	4 St. a. p. markstück- gross, Herz- töne zu hören	genügend erweitert, Herztöne nicht mehr zu hören
Sectionsbefund: Hydronephrosis duplex. Nephritis parenchyma- Oedema pulmonum.									
18	3./IX., Morgs. 8 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	L. Petzel, 23j. Ip.	25, 30, 5, 22	2	—	2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St.	<sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	für 1 Finger durchgängig	—
Sectionsbefund: Hydronephrosis duplex et Nephritis parenchyma- Oedema et Hyperaemia pulm. Oedema glottid. Obesitas. Hyperplasia									
19	3./IX.	Fraedrich, 22j. Ip.	—	—	6	—	—	—	—
20	3./IX.	Wittstock, 45j. VIIp.	—	—	2 am 3. T. p. p.	—	—	—	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Zunächst 8½ stünd. Nar- kose, nach den letzten bei- den Anfällen weitere 9 stün- dige Narkose.	Spontan.	11./X. gesund entlassen.	Leb. Mädch., 49, 3000.	Viel Albumen, Körnchen- cylinder, viel Blutkörper- chen.	Letzte Men- ses 19. Dec.
6 St. p.p. 1. Anfall, 3¼ Uhr Nachm. (1½ St. später) 2. Anfall, 4 Uhr Nachm. 3. Anfall; danach 1½ stündige Narkose. 13./XII., Abds. 8 Uhr 4. Anfall; danach 1 std. Narkose. 14./XII., Morg. 2 Uhr, 5. Anfall, 2¼ Uhr 6. Anfall; danach 2 st. Narkose.	Spontan (Dammriss; 6 Nähte).	10./I. 84 ver- legt wegen Geschwüre am Unter- schenkel. Bis zum 16. Tage fieber- haftes Wo- chenbett.	Leb. Knabe, 53, 3860.	Kein Albumen.	—
13 stündige Narkose mit 2 maliger Unterbrechung, wo- nach jedesmal ein neuer An- fall auftrat.	Zange (sei- tens des Unterarztes).	†	Lebend, 52, 3400.	Viel Albumen, Oedeme.	Letzte Men- ses Anfang August.
magna. Anaemia universalis.	Haemorrhagia multiplex hepatis.	Icterus universalis.	Nephritis paren-		
8½ stündige Narkose in der Anstalt, 80 g. Bäder, Einwicklung, Excitantien. Schon nach 1 stündiger Nar- kose treten Erscheinungen von Lungenödem auf. Puls 110, Temperatur 38,3 (7¼ Std. a. p.).	Zange.	12 St. p. p. †.	†, 53, 3040.	Spec. Gew. = 1016, klar, wenig Albumen.	Letzte Men- ses 15. Dec. (aus d. Poli- klinik ein- geliefert).
tosa recens. Dilatio ureter.	Hypertrophia cordis.	Aorta angusta.	Myocarditis	parenchymatosa.	
Nach dem 1. Anfalle Mor- phium 0,01, nach dem 2. Narkose (15 g). Exitus.	Sectio cae- sarea post mortem.	†	Zwillinge: beide tief asphyktisch, † † je 51 cm, je ca. 3100 g.	Kein Albu- men, Oedeme.	Letzte Men- ses 23. Dec. früher stets gesund.
tosa et interstitialis papillaris duplex. Dilatio et Hypertrophia cordis atrophicans. Aorta angusta.	lien. Todesursache: Herzparalyse.				
Nach dem 5. Anfalle 8 stündige Narkose.	Spontan.	Am 12. Tage als geheilt entlassen.	—	Viel Albumen, Cylinder, Epi- thelien.	Normale Dauer der Schwanger- schaft.
3 stündige Narkose.	Spontan.	Wochenbett normal, wegen progressiver Paralyse ver- legt.	—	—	Normale Dauer der Schwanger- schaft.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- falle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- falle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
21	22./VI., Mittags 1 <sup>50</sup> Uhr.	Siebers, 20j. Ip.	Allgem. verengtes Becken, Conj. diag. 18	6	2 im An- schlusse an eine Uterus- ausspülg.	22 St.	15 St.	15 St. a. p. markstück- gross, Herz- töne nicht zu hören	—
22	7./IX., Nachm. 3 Uhr.	Hiller, 20j. Ip.	—	3	3 am 2. Wochen- bettstage, aber leicht	42 St.	29 St.	29 St. a. p. für 1 Finger durchgängig	—
23	8./IV., Nachm. 3 Uhr.	Voss, 20j. Ip.	—	1	—	2 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	—	—	—
24	14./IV. Abends 9 Uhr.	Müller, 30j. Ip.	—	5	—	66 St.	48 St.	58 St. a. p. für 1 Finger durchgängig	völlig er- weitert
25	28./VII., Abends 8 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Ipach, 39j. Ip.	—	4	—	4 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	2 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St.	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. vor der Entbin- dung fünf- markstück- gross	—
26	29./VII., Morgs. 6 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Grocholl, 25j. Ip.	—	4	—	6 St.	—	—	—
27	2./VIII., Morgs. 3 Uhr.	Hasselbach, 19j. Ip.	—	2	—	6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	5 St.	4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. a. p. für 1 Finger durchgängig. Temp. 39,2, Puls klein	—
28	25./X, Morgs. 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr.	Gruneberg, 20j. Ip.	—	2 vorher Kopf- schmer- zen	—	1 St.	<sup>3</sup> / <sub>4</sub> St.	—	—
29	23./XI., Nachm. 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr.	Lösche, 19j. Ip.	—	1	—	5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	—	erweitert	—



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
1½ stündige Narkose.	Spontan.	Am 11. Tage entlassen.	Frischtodt (bei der Auf- nahme keine Herztöne), 52, 3400.	Schmutzig- grün. Eiweiss- gehalt sehr stark. Cylinder, Epithelien.	Letzte Men- ses Ende September.
13 stünd. Narkose (300 g Chloroform) nach den An- fällen, im Wochenbette 2,0 Chloral.	Spontan.	Am 12. Tage entlassen. Icterus im Wochen- bette.	Lebend, 48, 2920.	Eiweiss, spär- liche Harn- menge.	Letzte Men- ses Ende November.
—	Spontane Ge- burt (in den Eihüllen).	Geheilt ent- lassen am 11. Tage (Ic- terus sclerae im Wochen- bette).	†, Fehl- geburt im VI. Mon.	Eiweiss und Epithelien, Oedeme.	Vom 7.—8. profuse Blu- tungen.
6 stündige Narkose (Mor- phium 0,02) am 12./VI.	Zwillinge: I. Perfora- tion, II. Wen- dung u. Ex- traction.	Vom 5. Tage Zeichen geistli- cher Störung. Mehr wöchent- liche Behand- lung auf der Irrenabtheilg. Geheilt.	I. Kind: † u. macerirt. II. Kind: todt. (Bei der Auf- nahme keine Herztöne.)	Eiweiss, Epi- thelien. Urin dunkelbraun (Urobilin).	Ende der Schwanger- schaft.
1½ stündige Narkose.	Zange.	Am 13. Tage entlassen.	Tief asphyk- tisch, wieder belebt, 51, 3160.	Viel Eiweiss, Epithelien. Urin braun- roth, Oedeme.	Letzte Men- ses Ende October.
Etwa 6 stündige Narkose.	Hohe Zange (2 Damm- einschnitte.)	Am 11. Tage entlassen.	Lebend, 52, 3570.	Schmutzig-braun, trüb, viel Ei- weiss, wenig ge- formte Elemente, Oedem.	Letzte Men- ses 15. Oct.
Morph., Bad, Einwick- lungen.	Spontan in Steisslage.	Am 11. Tage entlassen.	† 37, 1150.	Viel Eiweiss u. Cylinder.	Nach d. Ab- sterben des Kindes kein neuer Anfall.
¾ stündige Narkose.	Zange. 2 seit- liche Incisio- nen (trotz- dem Damm- riss).	Geheilt ent- lassen. Im Wochenbette Icterus.	Lebend, 52, 3890.	Spärlicher Eiweiss- gehalt.	Letzte Men- ses Anfang Januar.
Kurze Narkose.	Zwillinge: I. Extraction am Steiss, II. Zange.	Geheilt ent- lassen.	Lebend, 46, 46, 2240. 2110.	—	L. Menses Anf. März. Starke innere Blutung, hochgrad. Anä- mie nach Ge- burt d. I. Kin- des, die um 9¾ Uhr Vorm. erfolgte.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- falle bis	v. letz- ten An- falle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
30	16./III., Morgs. 9 $\frac{1}{2}$ Uhr.	Kaselow, 19j. Ip.	—	4	—	—	11 $\frac{1}{2}$ St.	10 St. a. p. markstück- gross	erweitert
31	1885. 12./II., Mitter- nacht.	Soll, 40j. IX p.	normal	3	—	—	3 Tage	am 10./II. markstück- gross	—
32	14./VIII. Morgs.	Treptow, 30j. Ip.	—	7	2 in der ersten Stunde p. p.	3 Tage	3 Tage	—	—
33	11./I., Nachm. 4 <sup>50</sup> Uhr.	Woitscheck, 25j. Ip.	—	3	—	12 St.	7 St.	8 St. a. p. 50 pfennig- stückgross	—
34	17./II., Nachm. 3 $\frac{1}{4}$ Uhr.	Fuhrmann, 19j. Ip.	—	5	—	11 St.	6 St.	4 $\frac{3}{4}$ St. a. p. für 1 Finger durchgängig	—
35	24./III., Morgs. 11 Uhr.	Deckert, 29j. Ip.	—	4	8 (die ersten 5 bis zum 24. Abends trotz an- dauernder Narkose, der 6. am 25., der 8. am 26.)	5—6 St.	1 St.	23. März Nachts für 1 Finger durchgängig	—
36	22./X., Abends 8 Uhr.	Geserick, 21j. Ip.	—	3 beob- achte- te An- fälle	6 in den ersten 24 St. p. p.	32 $\frac{1}{2}$ St.	1 $\frac{1}{2}$ St.	8 $\frac{1}{2}$ St. vor der Entbin- dung für 1 Finger durchgängig, 3 $\frac{1}{2}$ St. a. p. noch Herz- töne zu hören	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Vom letzten Anfalle ab 8stündige Narkose.	Zange (Inci- sionen, trotz- dem Damm- riss).	Geheilt ent- lassen am 26./III.	Leb. Knabe, 47, 2150. † am 20./III.	—	Letzte Men- ses Mitte August.
Mehrstündige Chloro- formnarkose. Morphium u. auch Aether.	Spontan.	Normales Wochenbett. Vom 4. Tage ab kein Ei- weiss mehr.	†, etwas macerirt, 4700 g.	Viel Eiweiss u. hyaline Cylinder, Oedeme.	9. Febr. in Nar- kose zur An- stalt gebracht. Temp. 36, Puls 140, kaum fühl- bar. Narkose fortgesetzt, öfter Aether- injectionen.
Narkose nach den 7 An- fällen. Morphium. Pilocar- pin.	Spontan.	Normales Wochenbett. Vom 4. Tage ab kein Ei- weiss mehr.	Lebend, 46, 2570.	Spärlich; spec. Gewicht 1017. Eiweiss $\frac{2}{3}$ Vol., Cylinder; Ei- weiss u. Oede- me bereits 8 Tage vor der Geburt con- statirt.	—
$7\frac{1}{2}$ stündige Chloroform- narkose.	Zange (Damminci- sionen).	Wochenbett normal.	Lebend, mässig asphyktisch, 50, 3240.	$\frac{2}{3}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedem.	Seit 4 Woch. Oedeme und heftige Kopf- schmerzen.
Narkose.	Zange (Damminci- sion).	Wochenbett normal.	Lebend, tief asphyktisch. Männlich, 49, 2800.	Wenig Eiweiss u. Cylinder. Menge nicht besonders ver- ringert. Oe- deme seit 8 Tagen.	Letzte Men- ses Anfang April.
Protrahirte Narkose.	Zange.	Am 18. Tage wegen Albu- minurie auf innere Ab- theilung verlegt.	Lebend. Männlich, 43, 1910.	Sehr gering. $\frac{4}{5}$ Vol. Eiweiss, Cylinder, rothe Blutkörper- chen, starke Oedeme.	Patientin litt schon 10 Jahre an Krämpfen, die oft tägl. auf- traten, theil- weise mit Ver- lust des Be- wusstseins. Ebenso lange hat sie Oedeme der Beine.
Längere Narkose (200 g Chloroform), Morphium vor dem Tode des Kindes. Im Wochenbette noch 420 g Chloroform.	Zange (Dammriss).	Am 41. Tage als geheilt entlassen. Vom 4. T. ab starker Icte- rus, am 5. T. Sensorium frei. Druck- gangrän am Kreuzbeine.	Frischtodt (mit starker Gelenk- starre), 50, 3110.	Mässig Ei- weiss, wenig granulirte Cy- linder.	—

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Geburt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
37	15./XII.	Wolf, 27j. Ip.	allgemein verengtes Becken, 24, 26, 18,5, 9	9 (5 am 12., 4 am 13. Dec.)	2 (am 6. Tage, Abortiv- anfälle)	3 Tage	1½ Tag	13 St. a. p., kurz nach dem Blasen- sprunge, für 1 Finger durchgängig	Beid. Wen- dung für 4 Finger durchgän- gig, bei der Extraction mangelhaft erweitert. 3 Stunden vor der inneren Wendung vergeb- licher Ver- such der combinir- ten Wen- dung.
38	20./I., Abends 10½ Uhr.	Schulzki, 18j. Ip.	25, 28, 21, 12	2 be- obach- tet, von 1—2 Min. Dauer	1, 1½ St. p. p.	2½ St.	—	2½ St. a. p. zweimark- stückgross	fünfmärk- stück- gross
Obductionsdiagnose: St. puerper. Nephritis parenchymatosa. Anaë- Oophoritis cystica. Icterus universalis.									
39	21./XII., Morgs. 4¾ Uhr.	Schulz, 27jähr. IIIp.	—	2, 1. An- fall mit schwe- ren Col- laps- erschei- nungen 12¾ St. a. p. Puls 150, 44 Resp., Lun- gen- ödem	—	12¾ St.	7¾ St.	9¼ St. vor der Entbin- dung ein- markstück- gross	—
40	1886. 8./I., Abends 6 Uhr.	Fr. Prangel, 23j. Ip.	normal	zahl- reiche	keiner	36 St.	?	—	—
41	—	Fr. Kühn, 25j. Ip.	27, 28, 20	3	keiner	1½ St.	½ St.	—	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Narkose, zusammen 5 Stunden, vom 12.—13. Dec. 3 St., am 13. noch 2 St. (380 g Chloroform u. Mor- phium).	Wegen Quer- lage Wen- dung; nach 10 Stunden Extraction. Dammriss.	Geheilt ent- lassen am 22. Tage. Wochenbett fieberlos.	Frischtodt (bei d. Wen- dung noch Herztöne zu hören), 50, 2650.	Stark eiweiss- haltig. Oedeme.	Bei der Ent- lassung Por- tio mit viel- fachen Nar- ben bedeckt. Muttermund verschlossen, durch Sonde geöffnet.
Narkose (Dauer 2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St.), während derselben stieg der Puls auf 130, und es traten Erscheinungen von Lungen- ödem auf.	Wendung aus Schädellage, bei stehen- der Blase, <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. später Extraction.	† 11 St. p. p.	Frischtodt (bei d. ersten Untersuchg. waren die Herztöne noch zu hö- ren).	Stark eiweiss- haltig ( <sup>2</sup> / <sub>3</sub> Vol.). Oedeme. Spär- licher Urin schon seit 3 Monaten.	—
mia renum; Myocarditis parenchymatosa. Oedema pulmon. dextr. Hypertrophia permagna hepatis;					
Narkose am 20./XII. von 5—7 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> und von 8 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> —10 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr Nachm., am 21./XII. von 3 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> —4 <sup>50</sup> Uhr Morgens, spä- ter Excitantien.	Fusslage. Ver- suchte Extrac- tion nach Blä- sensprengung. Dabei reissen beide ödema- tös geschwol- lene Beine aus. Eröffnung der durch Ascites stark aufgetrie- benen Bauch- höhle, Extrac- tion d. Restes mit Knochen- zangen. Pla- centa wog 2625 g.	In der Nacht des 2. Wochen- bettages †. Diagnose: Ne- phritis paren- chymatosa, De- generatio ad- iposa substan- tiae corticalis renum. Endo- carditis levis aortica verru- cosa inveterata. Hydrops, Ascites, Anasarca; Hypertrophia cordis. Hyper- aemia et Oede- ma pulmonum. Stat. puerper.	Macerirte, hydropische Frucht (seit längerer Zeit keine Kinds- bewegung).	Sehr viel Ei- weiss ( <sup>1</sup> / <sub>2</sub> — <sup>2</sup> / <sub>3</sub> Vol). Seit 4 Wochen Oedem und Abnahme des Urins.	Letzte Men- ses Anfang Mai 1885. Pat. war seit 8 Tagen vor d. Geburt in Behandlung auf d. inneren Abtheilung wegen Oe- dem, Albumi- nurie etc., die seit 4 Wochen be- standen.
Am 6./I. Morgs. nach heftigem Aerger Krämpfe, anfangs alle 10 Minuten, mit Bewusstlosigkeit verbunden. Am 7./I. zwei Mal mehrstündige Narkose.	Blasenspren- gung, 1 St. später spon- tane Geburt.	19./I. wegen Pleuronpneum- onie verlegt, im Urin noch Al- bumen.	†, Knabe, 970.	Urin erstarrt fast beim Kochen. Cylinder, r. Blutkrpr.	Letzte Men- ses 1./VI. 85.
Narkose nur zum Zwecke der Entbindung.	Ausserhalb durch Forceps entb. (Zuerst 2 vergl. Zangen- versuche: tiefe Scheidenrisse und Dammriss I. Grades.)	30./I. mit ge- ringem Ei- weissgehalt entlassen.	Leb. Kind, 3100.	<sup>1</sup> / <sub>2</sub> Vol. Ei- weiss. Cylin- der, zahlreiche rothe Blut- körperchen.	Letzte Men- ses 18./IV.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
42	10./II., Abends 10 $\frac{1}{2}$ Uhr.	Fr. Brockmann, 19j. Ip.	27, 29, 20	7 (vor- her Amau- rose)	2, 3 $\frac{1}{2}$ resp. 8 $\frac{1}{2}$ St. p. p.	16 St.	9 $\frac{1}{2}$ St.	50pfennig- stückgross Mittags 12 $\frac{3}{4}$ Uhr. Portio ver- strichen. Herztöne normal.	—
43	4./III.	Fischbach, 17j. Ip.	—	—	1 unmittel- bar p. p.	—	—	—	—
44	6./III.	Fr. Bohrmann, 36j. Ip., Schenk- wirthin, Poliklinik.	—	meh- rere kurz vor d. Ent- bindg.	1 (am 1. Wochen- bettstage)	—	—	—	—
45	17./III., Morgs. 8 Uhr.	Kranig, 17j. Ip.	—	—	1 (am Nach- mittage des 17.)	—	—	—	—
46	26./III., Morgs. 12 $\frac{1}{4}$ Uhr.	Arb. Polzin, 28j. Ip.	24, 26,5 19	2	keiner	$\frac{3}{4}$ St.	$\frac{3}{4}$ St.	völlig er- weitert	völlig er- weitert (Blase schon 24 St. vorher gesprun- gen)
47	18./IV.	Fr. Gulle, 22j. Ip.	—	—	2 (24 St. p. p.)	—	—	—	—
48	23./IV., Morgs. 5 $\frac{1}{2}$ Uhr.	Fr. Schulze, 27j. Ip.	—	3 in der An- stalt beob- achtet, be- wusst- los einge- bracht	keiner	5 $\frac{1}{2}$ St.	1 $\frac{2}{3}$ St.	für 2 Finger durchgängig	völlig er- weitert

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens (d. 10./II.) 3 Morphininjectionen à 0,01, von 1 Uhr Mit- tags ab 4stündige Narkose. Nach Abbrechen derselben keine Herztöne mehr. Nach dem 1. Wochenbettsanfälle 1 $\frac{1}{2}$ , nach dem 2. 3 $\frac{1}{2}$ stün- dige Narkose u. Morph. 0,01. 0,01 Morph.	Spontan.	22./II. gesund entlassen mit Spur von Al- bumen. Vom 3.—8. Wo- chenbettstag starker Icte- rus.	♂, Knabe, 51, 3000.	$\frac{1}{3}$ Vol. Albu- men.	Letzte Men- ses 27. Mai. Oedeme seit 8 Tagen.
—	Spontan und rasch.	15./III. ge- sund ent- lassen.	Leb. Knabe, 49,5, 3540.	$\frac{1}{3}$ Vol. Albu- men. Blut- körperchen, Cylinder.	Letzte Men- ses Ende Mai.
—	Sehr schwie- rige Zangen- extraction (Dammriss II. Gr.). Ma- nuelle Lösung der Placenta.	6./V. gesund entlassen. Im Wochen- bette Fieber und heftige Cystitis.	♂, reifes Kind.	Wenig Albu- men.	Letzte Men- ses Mai 1885. Protrahirte Geburt
Vom 13.—17. Diaphore- tica etc. Nach dem Anfalle 1 $\frac{1}{2}$ stündige Narkose. Mor- phium 0,015.	Spontan und rasch.	25./III. ge- sund ent- lassen mit Spur von Albumen.	Leb. Knabe, 46,5 2310.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss (unver- ändert vom 13. bis 17./III.), zahlr. Blut- körperchen, Cylinder.	Letzte Men- ses Ende Mai. Seit Ende Januar starke Oedeme.
Narkose nur zur Entbin- dung, die direct nach den Anfällen vorgenommen wird.	Zange (Dammriss I. Gr.).	7./IV. gesund entlassen.	Leb. Knabe, 52, 3200.	Spuren von Albumen.	Letzte Men- ses Ende Juni.
Narkose nach den An- fällen.	Spontan (ausserhalb).	28./IV. ge- heilt ent- lassen.	—	$\frac{1}{3}$ Vol. Albu- men. Oedem.	—
5stündige Narkose vom 1. beobachteten Anfalle an. Nach der Entbindung Mor- phiuminjection.	Zange (1 Damm- incision).	5./V. gesund entlassen.	Leb. Mädch., 51,5, 3330. (Tief asphyk- tisch gebo- ren.)	Stark eiweiss- haltig.	—

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
49	9./V., Abends 7 Uhr.	Fr. Höndorf, 24j. Ip.	—	13, 5 aus- serhalb in der Nacht v. 8.—9., 8 am 9. V. auf der Krampf- station (von 10 Uhr M. bis zum Mittag)	keiner	minde- stens 16 St.	minde- stens 4 St.	9./V., Nach- mittags 3 Uhr markstück- gross, keine Herztöne	völlig er- weitert
Sectionsresultat: Hypertrophia cordis, praecipue ventriculi sinistri. perinei, vaginae et cervicis. Beide Nieren sehr stark trübe geschwollen. Das Perineum bis 8 cm von der hinteren Vaginalwand hinauf zerrissen. In diesem Falle fand Virchow (cf. Berliner klinische Wochen-									
50	12./VI., Morgs. 12¼ Uhr.	Fr. Jasmund, 25j. Ip.	—	3	4 (1 St. p. p. 2 heftige, 2 leichte kurz hinter- einander)	circa 10 St.	4 St.	8 St. a. p. nicht ganz markstück- gross, Herz- töne nicht zu hören	völlig er- weitert
Obductionsresultat: Pachymeningitis chron., Haemorrhagia arachnoid. getrübt, an der Innenfläche etwas verdickt. Pia mässig getrübt, besonders Grösse, Kapsel getrübt, leicht abziehbar. Oberfläche stark gelb verfärbt Markstrahlen sind mässig getrübt, von blasser Farbe. Rechte Niere zeigt bollen.									
51	26./VI., Nachm. 5 Uhr.	Arbeiterin Backhofer, 20j. Ip.	22,5, 22,5, 17	3 (nach protra- hirter 48 stün- diger Geburt)	1 6 St. p. p.	gerin- ger Zwi- schen- raum	—	—	—
52	1./VII., Morgs. 9 Uhr.	Arbeiterin Harling, 18j. Ip.	—	keiner	6	—	—	—	—



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
5 g Chloral am 8./V. auf der Krampfstation. Die Ent- bindung wurde trotz Abster- ben des Kindes und desola- ten Zustandes der Kreis- enden (Temp. 40,7, Resp. 52, Puls klein, sehr frequent) 4 Stunden hinausgeschoben.	Zange. Ma- nuelle Lösung der Placenta.	11./V. †, nachdem das Eiweiss auf eine Spur herunter- gegangen, Patientin aber nicht mehr aus dem Coma er- wacht war.	† Mädch., 44, 2080.	Urin erstarrt gänzlich beim Kochen. Viele Cylinder, Oedeme.	—
Metamorphosis adiposa myocardii. Nephritis parenchymatosa. Hyperaemia et oedema pulm. Ruptura die Rindensubstanz graugelb, abgesetzt gegen die rothe Marksubstanz. Links leichte Hydronephrose. Tiefer Riss der Cervix uteri. Gehirn ödematös, von mittlerem Blutgehalt. schrift 1886, S. 490) Fettembolie der Lungen in grosser Ausdehnung.					
Nach dem 2. Anfälle (5 Uhr Nachm.) 1½stündige Narkose; während derselben Puls 120. Um 8 Uhr 3. An- fall, abermals 1½stündige Narkose; während derselben Puls 130, kleiner. Danach noch eine Morphininjection. Nach den Wochen- bettsconvulsionen 1½stün- dige Narkose und Morphin- injection.	Zange (Dammriss I. Gr.)	† am 12./VI., 22 St. p. p., ohne aus dem Coma erwacht zu sein.	† Knabe, 48, 2180.	½ Vol. Ei- weiss. Cylin- der, Oedeme.	—
Nephritis et Hepatitis parenchymatosa. Hyperaemia pulm. Pneumonia hypostat. lob. inf. sin. Dura auf der linken Convexität, weist starke Blutungen auf. Gehirn normal. Linke Niere von normaler und getrübt, ebenso die Rinde, starke Füllung der Gefässe der Oberfläche mit Blutungen. Auch die dieselben Veränderungen, nur stärker. In den Capillaren der Lungen und der Glomeruli Fettem-					
Narkose zum Zwecke der Entbindung, ferner 2stün- dige nach dem Wochen- bettsanfälle und Morph. 0,01.	Zange (in d. Poliklinik) wegen 39 Temp., 120 Pulse.  Spontan (ausserhalb).	19./VII. geheilt entl., nachdem sie ein fieber- haftes Wochen- bett durch- gemacht.	Leb. Mädch., 51, 3570.	Spuren von Al- bumen, keine Oedeme.	Letzte Men- ses 20. Sept.
10½ Uhr 1., 11½ Uhr 2. An- fall; danach Narkose bis 1 Uhr Mittags. 3 Uhr Nachm. 3. An- fall, Narkose bis 4 Uhr. 6¼ Uhr 4. Anfall, Narkose bis 7¼ Uhr. Um 7½ u. 7¾ Uhr 5. u. 6. An- fall, danach 2stündige Narkose. Während derselben lebhaftes Schweisssecretion, der Puls wird kleiner, die Athmung stertorös. Einwickelung in nasse Tücher. Allmähig wird die Athmung wie- der ruhig, Puls voller.		11./VII. ge- heilt ent- lassen.	Leb. Mädch., 46, 2340.	⅔ Vol. Ei- weiss, keine Oedeme.	Letzte Men- ses Anf. Oct.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
53	1./VII., Morgs. 2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Fr. Metze, 37j. VIIp.	normal	Am 29./VI. starke Blutung aus einem Varix des Unterschenkels, andauernde Ohnmacht; in der Nacht auf den 30. zahlreiche Krampfanfälle. 30./VII. Temperatur 39, Puls 128, Bewusstlosigkeit, die, mit Nackenstarre verbunden, auch nach der Geburt anhält.					
			Obductionsresultat: Anaemia universalis. Hyperaemia et oedema duplex centralis. Varices parametriorum et crurum. Nephritis bacterica, emittend dem von Virchow erwähnten, wo keine Fettembolie vorhanden war, sondern nur von vielen kleinen Einrissen am Cervix.)						
54	22./VI.	Näherin Giese, 23j. Ip.	—	1	4	Patientin bekam am Vormitt. des 22. 1. Anfall mit nachfolgender Bewusstlosigkeit eines lebenden, 8monatl. Kindes. Auf weitere u. bei der Aufnahme ein 4. Anfall. leiteten 4stünd. Narkose ein kurzer, leicht. 128. Nachts von 11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> —3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr wegen kose. Während derselben Dyspnoe, 184 Excitantien. 23./VI. Puls 136. Resp. 72. 24./VI. Icterus, Resp. 88, Temp. 40,6.			
			Sectionsresultat: Gastroenteritis duodenalis haemorrhagica. Icterus Broncho-pneumonia multiplex pulmonum partialis ex aspiratione. Haeist mit hellrothen zahlreichen Hämorrhagien besetzt, die auch auf dem capillaren fanden sich zahlreiche Fettembolien.						
55	26./IX., Abends 8 Uhr.	Arbeiterin Burge- meister, 20j. Ip.	—	5	2, 1. 3 St., 2. 7 St. p. p.	1 St.	keiner	—	völlig erweitert
			Hypertrophia ventriculi sin. cordis. Hyperaemia pulm. Pleuritis faucium.						
56	3./XI., Nachm. 3 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Kasch, 21j. Ip.	—	4	keiner	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	markstück- gross (7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. a. p.), Herz- töne normal	vordere Lippe bildet noch einen finger- breiten Saum
			Obductionsresultat: Hyperplasia tabulae int. Pachymeningitis int. lob. inf. dextr. Hyperaemia et oedema faucium. Haemorrhagiae punc-						
57	25./XII.	Kranken- wärterin Fr. Wanrich, 22j. IIp.	vor <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Jahren geistes- krank	meh- rere	keiner	Wird bewusstlos und entbunden ein- gebracht. Kein Anfall mehr. Später Hal- lucinationen.			

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
—	Spontan (2 St. nach der Auf- nahme).	2./VII. †, nachdem die Temp. a. 41,5, d. Puls a. 132 gestieg. war.	Macerirter Knabe, 42, 1610.	Nur Spuren von Albumen.	— <i>Kohl Tetan u. geringen</i>
arachnoides et cerebri. Endocarditis verrucosa maligna mitralis. Hyperplasia lienis. Pneumonia bolica, mycotica multiplex et parenchymatosa. Hepatitis parenchymatosa. (Der Fall ist wohl identisch Von Verletzungen der Scheide, die Virchow erwähnt, ist allerdings im Protokolle nicht die Rede,					
heftige Kopfschmerzen, dann keit; während desselben Ge- d. Transporte zur Charité 2 Während der sofort einge- ter Anfall. Temp. 39, Puls grosser Unruhe leichte Nar- Pulse. Nasse Einwicklungen, Urin enthält $\frac{1}{6}$ Vol. Eiweiss. Puls unfehlbar. Exitus.	—	24./VI. †, ohne aus dem Coma er- wacht zu sein.	Leb. Kind im 8. Mon.	$\frac{2}{3}$ Vol. Ei- weiss. Cylinder, Oedem.	—
universalis, hepatis et renum. Haemorrhagiae hepatis. Anaemia renum. Infarctus. multipl. lienis. morrhagia intrameningea parietal. dextr. levis. Osteophytæ puerperales. Die Leber sieht blassgrau aus, Durchschnitt, der sonst eine gelbbraune Farbe aufweist, hervortreten. In den Lungen- und Nieren-					
Narkose zum Zwecke der Entbindung. Heisses Bad, Schwitzen, Excitantien.	Zange (in der Poli- klinik).	27./IX. †. 21 St. p. p. (Cheyne- Stokes'- sches Phänomen).	Leb. reifes Kind.	Viel Eiweiss. Oedem.	Letzte Men- ses Anfang Decbr.
adhaesiva. chron. Perisplenitis chron. Nephritis parenchymatosa et interstitialis. Cyanosis et oedema					
Nach dem 1. Anfalle 4stünd. Narkose, in welcher 3 weitere Anfälle. Danach Lungenödem. Puls klein. Aetherinjection.	Zange.	6./XI. †, nachdem Icterus auf- getreten war, das Coma angedauert hatte, der Ei- weissgehalt bedeutend zurückgegan- gen war.	† Mädch., 49,5, 2775.	$\frac{2}{3}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der, Oedeme.	—
vascul. Icterus. Pleuritis haemorrhagica duplex. Pneumonia sin. circumscripta. Broncho-pneumonia tatae hepatis. Gastritis catarrh. parenchymatosa.					
—	Ausserhalb entbunden.	30./XII. ver- legt zur Irrenstation.	† Knabe, 41, 1500.	Sehr viel Ei- weiss. Cylin- der. Starke Oedeme.	—

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
58	1887. 31./I., Abends 11 Uhr.	D. M. Kohwald, 22j. Ip.	25, 27, 21, 10,5	3 (vor d. 1. An- fälle Kopf- schmer- zen), Schwin- del, Erbre- chen, Seh- schwä- che	1 (am 2. Tage), danach 1 stünd. Narkose u. Morph. 0,01,	17	9	fünfmärk- stückgross (17 St. a. p.), Blase steht	völlig erweitert
59	9./II., Nachm. 4½ Uhr (Poli- klinik).	Fr. Mönchmeyer, 30j. Ip.	—	1	5	—	—	—	—
60	13./II.	Näherin Ringel, 19j. Ip.	—	mehrere wäh- rend und nach der Geburt (in der Anstalt keiner)		—	—	14./II. bewusstlos eingeliefert.	
61	5./II.	Fr. Langner, 24j. III p.	normal	—	8	—	—	—	—
62	12./II.	Arbeiterin Bordihn, 32j. II p.	normal	—	—	—	—	—	—
63	12./III.	Arbeiterin Elzner, 18j. Ip.	24, 27,5 19,5	meh- rere im Laufe d. Ta- ges, nur d. letzte in der Anstalt beob- achtet	keiner	ca. 24 St.	15 St.	fünfzig- pfennigstück- gross	völlig erweitert

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach dem 1. Anfalle $\frac{1}{2}$ stünd. Narkose, nach dem 2. (9 Uhr Vorm.) 2 stünd. Narkose, nach d. 3. (2 Uhr Nachm.) $1\frac{1}{2}$ stünd. Narkose, $7\frac{1}{2}$ Uhr Abends 1. Zangen- versuch in Narkose, 11 Uhr Abends 2. Zangenversuch in Narkose wegen unregel- mässigen u. frequenten Pul- ses (120).	Perforation des leb. Kin- des (Damm- riss II. Gr.) nach 2 ver- geblichen Zangen- versuchen.	18./II. ge- heilt entl., nachdem sie eine Broncho- pneumonie durch- gemacht.	† Knabe, 54,5, 3400.	Urin sehr spär- lich, stark eiweissaltig, Cylinder, Oedeme.	Letzte Men- ses Apr. 1886.
1. Anfall 4 Uhr Nachm., kurz vor der Geburt, 3 we- tere bis $7\frac{1}{2}$ Uhr Nachm.; von 8—9 Uhr Nachm. Nar- kose, während derselben, $8\frac{1}{2}$ Uhr, 5. Anfall. 10 Uhr Abends 6. Anfall, danach 2 stündige Narkose, unter- brochen durch ein Bad. Mor- phium 0,01.	Spontan.	19./II. mit geringem Ei- weissgehalt entlassen.	Leb. reifes Mädchen.	$\frac{3}{4}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der.	Letzte Mens. Mitte Mai. Seit 1. Juli 1886 Oedeme, seit Mitte Jan. sehr stark.
—	—	26./II. ge- heilt entl. mit einer Spur Albumen.	Leb. Knabe, 51, 3030.	Geringer Ei- weissgehalt.	Letzte Men- ses 4. Mai.
Nach rascher Geburt von Zwillingen (11 Uhr Vorm.) 6 Anfälle. 1 Uhr Mittags (in der Charité) 2 weitere, Er- scheinungen von Lungen- ödem, Puls klein, 120. 2 stün- dige Narkose, Abends $11\frac{1}{2}$ Uhr Morph. 0,01.	Spontan.	16./II. ge- heilt entl. mit Albumen.	Leb. Knabe u. Mädch., 47, 49,5, 2460, 2800. Knabe 12./II. †.	$\frac{1}{3}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedeme.	Letzte Men- ses Mai.
Patientin wird bewusstlos u. entbunden eingeliefert. 10 Mi- nuten später Anfall. Heisses Bad, $1\frac{1}{2}$ stünd. Narkose. $1\frac{1}{2}$ St. später 2. Anfall, $2\frac{1}{2}$ stünd. Nar- kose, Morph. 0,01. Am nächsten Tage 3. Anfall, danach 4 stünd. Narkose u. Morph. 0,01. Vom 4.—10. Tage Icterus.	Spontan.	21./II. ge- heilt entl. mit schwa- cher Trübung des Urins.	† Mädch., 45, 2540.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedeme.	Letzte Men- ses Juli 1886.
Trotz Zeichen beginnen- den Lungenödems $2\frac{1}{2}$ stün- dige Narkose nach dem letz- ten Anfalle.	Zange.	30./III. ge- heilt entl. mit einer Spur von Albumen.	Leb. Mädch., 44,5, 1900.	Reichlich Al- bumen u. Cy- linder.	Letzte Men- ses 13. Juli. Seit 4 Wo- chen Oedem der unteren Körperhälfte.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Geb- urt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
64	28./IV., Morgs. 6 Uhr.	Fr. Stampa, 19j. Ip.	24, 28, 20	5	keiner	?	?	für 2 Finger durchgängig (7 St. a. p.)	—
65	5./VI.	Arbeiterin Neumann, 19j. Ip.	—	4	1 direct p. p. (wird cou- pirt durch Narkose)	4 $\frac{3}{4}$ St.	$\frac{1}{2}$ St.	—	völlig erweitert
Patientin erkrankte am 10./V. mit der linken Seite, Oedemen, spärlichem Herztöne gehört, am 3./VI. nicht mehr, inzwischen von 1,4 Proc. (nach Es- gangen war.									
66	23./V.	Verkäuferin Zienau, 24j. Ip.	normal	—	1 direct p. p.	—	—	—	—
67	10./VI.	Arbeiterin Kelm, 18j. Ip.	—	12	keiner	ca. 30 St.	18 St. (der letzte kurz vor dem Abster- ben d. Kindes)	für 1 Finger durchgängig (21 St. a. p.)	—
68	8./VII., Abends 11 Uhr.	Aufwärterin Bingert, 19j. Ip.	24, 27, 19	2	(1. 2 $\frac{1}{2}$ St., 2. 4 $\frac{1}{2}$ St., 5. 8, 6. 9 $\frac{1}{2}$ St. p. p.)	5 $\frac{3}{4}$ St.	4 $\frac{3}{4}$ St.	zehnpfennig- stückgross, Portio ver- strichen (Herz- töne 150)	—
69	24./VII., Morgs. 7 $\frac{1}{4}$ Uhr.	Restaura- teursfrau Noffke, 24j. Ip.	—	7	—	86 St.	70 St.	21./VII., Mrgs. 5 Uhr, nach d. 5. Anfälle ge- schlossen, Nachm. 3 $\frac{1}{2}$ Uhr für 1 Finger durchgängig	—

Sectionsresultat: Leber und Nieren zeigen starke Blässe. Erstere Herzmuskel blassgelb, fettig degenerirt, desgleichen auch die Leber in blass, aber klein. Uterus gut contrahirt, enthält kein Blutgerinnsel, die

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Zunächst Narkose von $2\frac{3}{4}$ Stunden, Morph. 0.01. Nach $\frac{1}{4}$ stünd. Aussetzen der Narkose die 3 letzten Anfälle. Darauf Narkose von $1\frac{3}{4}$ Stunde.	Spontan.	7./V. geheilt entlassen.	Leb. Knabe, 47, 1880.	$\frac{1}{8}$ Vol. Oedeme.	Letzte Men- ses Anfang Sept.
Narkose nach dem letz- ten Anfalle. Puls sehr klein, 160, starke Cyanose. Fieber und Schmerzen in Urin. Am 18./V. wurden obgleich die Eiweissmenge bach) auf 0,25 zurückge-	Zange. Atonia uteri.	11./VI. auf d. Leyden's- che Station gesund zu- rückverlegt.	Macerirtes Mädchen, 44, 1980.	$\frac{7}{8}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der. Oedeme.	Letzte Men- ses 4. Sept.
Morph. 0,01	Spontan (nach d. Bla- sensprun- ge noch 4 stün- dige Geburts- dauer).	2./VI. geheilt entlassen.	Leb. Mädch., 49, 3070.	$\frac{7}{8}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der. Oedeme seit 4 Wochen.	Letzte Men- ses Mitte September.
Nachdem Patientin in der Nacht v. 8.—9. 7 Anfälle gehabt, wird sie am 9., Morgs. $8\frac{3}{4}$ Uhr eingeliefert und bekommt sofort den 8. Anfall. Die sofort einge- leitete Narkose muss bereits um $9\frac{1}{4}$ Uhr unterbrochen werden, da der Puls sehr klein wird. Morph. 0,01. Als bald hebt sich der Puls wieder. $9^{\text{30}}$ , $10^{\text{30}}$ , $11^{\text{7}}$ , $12^{\text{40}}$ der 9.—12. Anfall. Narkose bis $2^{\text{40}}$ . Unterbrechg. derselben auf Grund des Absterbens des Kindes.	Spontan.	20./VI. ge- bessert auf Wunsch mit starkem Eiweiss- gehalt und Cylindern entlassen.	† Knabe, 45, 2050.	1,5 Proc. Ei- weiss, Urinmenge 300 (30./V.), 0,6 Proc., Menge 1200, (8./VI.). Oedeme (seit dem 20./V.).	Letzte Men- ses Mitte October.
Nach dem 2. Anfalle (6 Uhr Nachm.) 2 stündige Narkose. Der volle kräftige Puls sinkt von 84 auf 45. Nach dem letzten Wo- chenbettsanfälle 2 stündige Nar- kose und Morph. 0,01.	Spontan.	20./VII. geheilt entlassen, nachdem vom 3. Tage ab Icterus ein- getreten war.	Leb. Knabe, 43,5, 1950, 13./VII. †.	Viel Eiweiss. Cylinder, Oedem. Bei der Ent- lassung noch eine Spur Albumen.	Letzte Men- ses Mitte November.
Nach d. 6. Anf. (21./VII., $5\frac{1}{4}$ Morgs.) Narkose, die mit kurzen Unterbrechungen bis 11 Uhr Vm. festgesetzt wird; ausserdem 2,0 Chloral. Nm. $3\frac{1}{2}$ Uhr Blasensprg., warme Scheidendouchen. Nach d. Geburt Uterustamponade erst in extremis. Dieselbe stillte die Blutung sofort.	Spontan.	24./VII. †, $4\frac{3}{4}$ St. p. p., an Atonia uteri.	† Knabe, 41, 1470, in d. Nacht vom 22. zum 23. abge- storben.	Viel Eiweiss, welches nach dem Tode des Kindes fast völlig ver- schwand. Oedem.	Letzte Men- ses Novbr.

ist stark icterisch. Nieren in der Rindensubstanz starke Schwellung und Trübung, Markkegel blass. starkem Grade fettig infiltrirt. Die Lungen ziemlich bluthaltig, nicht blutarm zu nennen. Milz nicht aus demselben entfernte Gaze blutig imbibirt. Seine Muskulatur sehr blass.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
70	25./VII., Abends 7 Uhr.	Arbeitersfr. Grolsch, 35j. VIIp.	—	an- ge- blich 20	1 (leichte Zuckun- gen 2 St. p. p.)	12 St.	keiner	Nach d. Geburt wird 39,5, 184 Pulsen, 42 Resp., los eingeliefert. Narkose durchgeführt werden, da Aetherinject. Später Mor- 3 profuser Schweiss, da- regelmässig 112, Ath-	
71	26./VII., Morgs. 11 Uhr.	Fr. Carl, 28j. IVp.	Bei der ersten Ge- burt Eklam- psie intra partum, 3 tägige Be- wusstlosig- keit post partum	keiner	7	—	—	—	—
72	—	Restaura- teursfr. Schmidt, 22j. Ip.	—	In 12 St. 8 Anfälle (in der Nacht auf den 13. Au- gust)	—	—	—	geschlossen, Portio an- nähernd ver- strichen, Wehen	—
73	21./X.	Fr. Peschke, 20j. Ip.	—	—	In den ersten 24 St. p. p. sehr zahl- reiche An- fälle, zu- weilen in 1/4 St. meh- rere.	—	—	Wird entbunden mit ödem (66 Resp.) und 132 geliefert. Bad. Morph. danach 1 1/2 stündige Nar-	
Sectionsresultat: Endometritis diphtherica, praecipue placentaris, Pleuro-pneumonia fibrinosa duplex, Icterus hepatis et universalis, Hepa-									
74	1888. 5./I., Morgs. 12 1/2 Uhr.	Arbeiterin Tausend- freund, 19j. Ip.	—	9 (am Vormit- tage des 4.)	keiner	—	—	9 1/2 St. a. p. für 1 Fin- ger durch- gängig, Por- tio verstri- chen, Herz- töne 192.	ver- strichen
75	31./I., Abends 11 3/4 Uhr.	Hebamme Ebert, 39j. Vp.	normal	8—9 (am 26. u. 27./I.)	—	ca. 5 Tage	ca. 4 Tage	am 28. für 2 Finger durchgängig, keine Herz- töne	—



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Pat. mit einer Temp. von starkem Stertor, bewusst konnte 2 Mal nur $\frac{1}{2}$ Stunde d. Puls unregelmässig wurde. phium 0,01. Von $11\frac{1}{2}$ bis nach Temp. 37,4, Puls fast mung ruhig und tief.	Spontan.	3./VIII. ge- sund entl. mit einer Spur Albu- men.	† Mädch., 42,5, 1850 (auf dem Transport in die Anstalt geboren).	Urin gerinnt beim Kochen. Sehr zahlreiche Cylinder, Oedem (seit 2—3 Wochen bemerkt, Kopf- schmerzen seit 4 Tagen).	Hatte Mitte Aug. die Ent- bindung er- wartet.
Am 26./VII. von 6—8 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends 7 Anfälle. Nach dem letzten 2stündige Nar- kose u. Morph. 0,02. Bäder.	Spontan.	22./VIII. geh. entl., nach- dem sie eine Endocarditis u. Pleuritis dextr. durch- gemacht.	Leb. Mädch., 51, 3510.	Viel Eiweiss, Cylinder, Oedeme seit mehreren Wo- chen, Kopf- schmerzen seit mehr. Tagen.	Letzte Men- ses Novbr.
3 stündige Narkose nach dem letzten Anfalle, dann Morph. 0,015. Unter dia- phoretischer etc. Behandlung schwindet das Eiweiss rasch, Urin wird reichlicher.	—	26./VIII. als Schwangere mit abge- storbenem Kinde ent- lassen.	† während der Anfälle.	Viel Eiweiss. Oedem und Kopfschmerzen seit 4 Wochen.	Letzte Men- ses Jan. 1887. Schwangere gesteht Ab- usus spirit. zu.
Erscheinungen von Lungen- Pulsen am 22./X. Abends ein- 0,01. 23. Morgens 1 Anfall, kose, Morph. 0,01.	Spontan. Manuelle Lö- sung von Placentar- fetzen (aus- serhalb).	27./X. †, nachdem Icte- rus, septische und Erschei- nungen einer linksseitigen Pneumonie aufgetreten waren.	Leb., aus- getragenes Kind ausser- halb der An- stalt.	$\frac{1}{5}$ Vol. Ei- weiss.	Seit 8 Tagen a. p. Kopf- schmerzen.
Oophoritis dupl. cyst. chron., Myocarditis chron., Degeneratio adiposa partialis levis et Anaemia cordis, titis haemorrhagica levis partialis.					
Nach der Aufnahme (4./I., Nachm. 1 $\frac{1}{2}$ Uhr) 2stündige Narkose (Puls der Mutter dabei 140, Temp. 38,2), dann noch mehrmals Chloral per os.	Zange (Dammriss II. Gr.).	14./I. ge- heilt entl.	4 St. p. p. an Asphyxie †, Mädch., 48, 2430.	$\frac{1}{3}$ Vol. Ei- weiss, spär- liche hyaline Cylinder, Oedeme der Beine.	—
Keine Narcotica, da Pa- tientin bewusstlos war, aber keine Anfälle mehr bekam.	Spontan.	14./II. wegen Nephritis chronica und Retinitis albuminu- rica verlegt.	Macerirter Knabe, 41, 1480.	Urin sehr spärlich, ent- hält $\frac{1}{2}$ Vol. Eiweiss, Cy- linder. Keine Oedeme.	Schwanger- schafts- eklampsie (VII. M.), Kopfschmer- zen seit vielen Wo- chen.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
76	25./III.	Fr. Lehmann, 26j. IIp.	—	keiner	mehrere im Laufe des Ta- ges (2 Anfälle beobach- tet)	—	—	—	—
77	7./V.	Dienstmagd Sokol, 25j. Ip.	—	1 (1. am 30./IV. Abds.)	keiner	ca. 8 Tage	—	am 1./V. ge- schlossen, Portio er- halten	—
78	8./V.	Fr. Mantel, 35j Mp.	25,5, 27,5, 19,5	3 (am 7. Abds.)	2 leichte am 1. Wochen- bettstage	ca. 16 St.	keiner	am 8., Mrgs. 8 $\frac{1}{2}$ Uhr (4 St. a. p.) dreimark- stückgross	weiter geöffnet
79	11./VII.	Fr. Kreutz, 37j. VIIp.	—	2 (in der Nacht zum 8. u. Mit- tags d. 8./VII. je 1)	—	3 Tage	—	8./VII. zehn- pfennig- stückgross, Portio ver- strichen	—
80	13./VII.	Dienstmagd Content, 26j. Ip.	—	—	3 (am 2. Wochen- bettstage)	—	—	—	—
81	13./VII.	Näherin Gleuer, 24j. Ip.	24,5, 28, 18,5, 10,5	1	—	—	—	—	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülftlichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach dem 1. beobachte- ten Anfalle (Abends 9 Uhr) im Laufe der Nacht 0,03 Morph. u. 4,0 Chloralclysma. 2. Anfall (Nachts 12 Uhr) wurde durch Narkose cou- pirt. Puls unregelmässig, 110—120.	—	3./IV. geheilt entlassen.	—	Urin sehr spärlich, stark eiweisshaltig.	Letzte Men- ses Juni.
Patientin kommt in Nar- kose (d. 1./V., Vorm. 11 Uhr) zur Anstalt mit einem flat- ternden, nicht zu zählenden Puls. Die Narkose wird noch kurze Zeit unterhalten. Abds. 11 Uhr Morph. 0,01. Weiter- hin Bäder und Diuretica, welche eine Vermehrung der Urinmenge erzielten.	Spontan.	19./V. geheilt entlassen.	Leb. Knabe, 43, 2110, 10./V. †.	Urin erstarrt beim Kochen, spec. Gew. 1033. Granu- lirte Cylinder. Starke Oedeme seit einigen Wochen. Ascites.	Letzte Men- ses Sept.
Am 8./V., 8 Uhr Mor- gens (nach der Einlieferung) 2. Anfall. Narkose (minde- stens 1 St.), Morph. 0,015, Chloralclysma 2,0. Später, nach dem 3. Anfalle, zum Zwecke der Entbindung Nar- kose.	Extraction nach Herab- holen eines Fusses bei Steisslage.	18./V. geheilt entlassen.	Leb. Mädch., 47, 2260.	Sehr viel Ei- weiss und Cy- linder.	Letzte Men- ses Ende Juli.
Nach der Aufnahme am 8. Chloralclysma von 2,0, Morph. 0,01. Diuretica und Diaphoretica steigern die Urinmenge, vermindern den Eiweissgehalt.	Spontan den 11./VII.	16./VII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 46, 2350.	$\frac{3}{4}$ Vol. Ei- weiss, zahl- reiche Cylin- der, Oedeme.	Letzte Men- ses Ende Oc- tober.
Am Abend d. 2. Wochen- bettstages Kopfschmerzen, Amaurose. 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Abds. 1. Anfall, 11 $\frac{1}{2}$ Uhr trotz Narkose 2. u. 3.; Morph. 0,015, Chloralclysma 2,0. Bäder.	Spontane schnelle Geburt.	28./VII. mit Spuren von Albumen entlassen.	Leb. Mädch., 44,5, 2160, am 27./VII. an Broncho- pneumonie †.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der.	—
Protrahirte Geburt (Blas- ensprung bereits am 11.); als der Kopf zum Einschnei- den kam, 1 Anfall; Nar- kose nur zum Zwecke der Entbindung.	Zange (Dammriss I. Gr.)	23./VII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 50,5, 2770.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der Oedeme der Unter- schenkel (vor dem Anfalle kein Albu- men).	—

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
82	5./VIII.	Neumann, Ip.	—	—	20	—	—	—	—
83	26./VIII., Morgs. 12 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Fr. Ewest, VIp.	Bei der 4. Geb. soll 1 Krampf- anfall da- gewesen sein.	9 (1. am 25., Mrgs. 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr, letzter Nachm. 5 Uhr)	keiner	—	—	4 St. a. p. dreimark- stückgross	fast völlig erweitert
Sectionsbefund: Herz von guter Grösse, schlaff. Lungen stark und Hyperämie der Pia. Die linke Hälfte des Corpus quadrig., der grösste genommen von einem frischen hämorrhagischen Herd. Grosshirnsubstanz									
84	12./IX.	Schröter, 24j. Ip.	—	keiner	3 (2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St. p. p. der 1., 6 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St. p. p. die an- deren)	—	—	—	—
85	18./XII.	Dienstmagd Zeller, 29j. Ip.	23, 29, 19,5	—	2 ( <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p. u. 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p.)	—	—	—	—
86	10./XII.	Fr. Kornthal, 19j. Ip.	24, 26, 20	2 (der 1. trat bei der Unter- suchg. auf, dersel- be war heftig)	1 (5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p., leicht)	1 <sup>25</sup> St.	25 Min.	fünfmärk- stückgross	ver- strichen
87	24./XII.	Dienstmagd Dabergotz, 23j. Ip.	23, 25,5, 18,5	4 (inner- halb 42 Mi- nuten)	2 (2 St. p. p.)	—	—	völlig erweitert, Kopf im Beckenausgange	

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Von 10 Uhr Vorm. (5 St. p. p.) bis zur Aufnahme Abends 7 Uhr 12 Anfälle. Temp. 38,5, Puls 96. Kurz nach d. Aufnahme 13.—15. Anfall. Danach Narkose, Chloralclysmata 2,0, Morph. 0,01. Nach d. letzten Anfälle (11 Uhr Nachts) Chloralclysmata 2,0. Danach Lungenödem, Cheyne-Stokes'sches Phänomen.	Spontan.	15./VIII. geheilt entl.	Leb. reifes Kind.	$\frac{1}{3}$ Vol. Ei- weiss, Cylind- er.	—
Von 11 Uhr Vorm. bis 5 Uhr Nachm. (d. 25./VIII.) ausserhalb Narkose. In der Anstalt 5 Uhr Nachm. Chloralclysmata 2,0, 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends 0,015 Morph.; später Narkose zum Zwecke der Entbindung.	Hohe Zange (schwer) wegen erhöh- ter Puls- frequenz (120) an- gelegt.	27./VIII., Morgs. 5 Uhr †	† Knabe, 57,5, 4570 (Herztöne 4 St. a. p. noch gehört).	Urin erstarrt beim Kochen, Cylinder.	Letzte Men- ses 21./XI.
ödematös. Keine Fettembolie. Nieren erheblich getrübt. Gleichmässige Verdickung der Dura, Oedem Theil des Crus cerebelli ad Corp. quadrig. und der Boden des 4. Ventrikels sind zerstört und ein- von guter Consistenz, von zahlreichen Blutcoagula durchsetzt.					
Nach dem 1. Anfalle Chloralclysmata 2,0, nach d. 2. u. 3. Morph. 0,01. Bäder.	Spontan. 4 $\frac{3}{4}$ stün- dige Aus- treibungs- zeit.	22./IX. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 50, 3510.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, hyaline Cylinder, Oe- deme. Seit 14 Tagen Ab- nahme des Urins.	Decbr. letzte Menses. Kopfschmer- zen vor der Geburt.
Nach dem 1. Anfalle 0,02 Morph., nach dem 2. An- falle 0,015 Morph. u. kurze Narkose.	Spontan u. rasch.	28./XII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 49, 2700.	Viel Eiweiss, Cylinder.	Letzte Men- ses Mitte März.
Nach dem 2. Anfalle Nar- kose zum Zweck der Ent- bindung; nach dem 3. Morph. 0,01.	Zange (Dammriss I. Gr.)	20./XII. geheilt entl.	Leb. Knabe, 49, 2830.	Eiweiss mässig reich- lich, keine Oedeme.	Letzte Men- ses Anfang März.
Nach d. 3. Anfalle Morph. 0,02 und Narkose, nach d. 4. tiefe Narkose behufs Ent- bindung. Nach den zwei Wochenbettsanfällen Morph. 0,02 und Narkose.	Zange (seit- liche Damm- einschnitte).	2./I. 1889 geh. entl.	Leb. Mädch., 50,5, 3310.	Viel Albumen. Seit 14 Tagen starke Oedeme.	Letzte Men- ses Anfang März. Vom 7.—14. Jahre Epilepsie.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
88	25./XII.  1889.	Dienstmagd Kettner, 20j. Ip.	—	4 (nach dem 1. Seh- schwä- che)	Icterus im Wo- chenbette u. am 1. Tage Amaurose	min- de- stens 12 St.	2½ St.	fünfmärk- stückgross (2½ St. a. p.)	fast voll- kommen erweitert
89	12./II.	Arbeiterin Horst, 22j. Ip.	—	—	5	—	—	—	—
90	16./I.	Cornetzkj, 22j. Ip.	normal	4 (nach dem 3. Amau- rose)	keiner	6½ St.	keiner	2½ St. vor der Entbin- dung für 1 Finger durch- gängig	hand- teller- gross
91	27./I.	Arbeiterin Schulz, 22j. IV p.	2 Fehl- geburten	5	keiner	53½ St.	49½ St.	geschlossen u. keine Herztöne zu hören (3½ St. nach dem 1. Anfälle, ½ St. vor dem letzten)	—
92	28./I. eingelie- fert, unentbun- den	Arbeitersfr. Schlossbauer, 24j. Ip.	—	5 (inner- halb 7 St.)	—	—	—	geschlossen, keine Herz- töne	—
93	7./II.	Fr. Schultze, 19j. Ip.	25, 27, 18,5	7	keiner	12 St.	keiner	—	hand- teller- gross, keine Herztöne

Sectionsresultat: Nephritis parenchymatosa levis. Hepatitis haemorrhagica.

Sectionsresultat: Nephritis parenchymatosa. Oedema pulmonum.  
Dickendurchmesser vergrössert, Rinde wenig verbreitert, blassgrau. Mark-  
latur blass, stellenweise getrübt.

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach dem letzten Anfalle Morph. 0,02 und 2 g Chloral.	Zange (Dammriss I. Gr.)	4./I. 1889 geh. entl.	Leb. Knabe u. Mädch., 49, 48,5 2600, 2130. Mädchen 30./XII. †.	Viel Eiweiss, Cylinder.	Letzte Men- ses April. Seit 8 Tagen Oedeme u. Kopfschmer- zen.
Der 1. Anfall trat beim Nähen eines Dammrisses I. Grades auf (11 Uhr Vorm.), 12 Uhr Mittags 2., 4 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr Nachm. 3., 5 Uhr 4. Anfall. Danach bis 7 Uhr Abends Narkose, um 11 Uhr Morph. 0,015. Am 13./II., 9 Uhr Morgens 5. Anfall. Narkose bis 11 Uhr Vorm.	Spontan.	4./III. 1889 geh. entl.	Leb. Mädch., 51, 3720.	Spur Eiweiss, keine Oedeme.	Letzte Men- ses Ende April. Vor dem 1. An- falle Kopf- schmerzen.
Morph. 0,02, Narkose nur während der Operation.	Leichte Zange (2 Damm- incisionen).	5./II. geheilt entl. (Im Urin ab und zu noch etwas Albumen).	Leb. asphyk- tischer Kn., 46, 2190, stirbt einige Stdn. später.	Viel Eiweiss, Urin gerinnt beim Kochen. Cylinder, Leukocyten.	Letzte Men- ses Anfang Mai. Oedeme seit 14 Tagen.
Abends 7 Uhr (nach d. letzten Anfalle, am 25./I.) 0,02 Morph., Abends 11 Uhr 1,5 Chloral u. 0,015 Morph. 26./I. 2 g Chloral. Ausser- dem Bäder.	Spontan u. rasch am 27./I.	4./II. geheilt entlassen.	†, Knabe, 36, 1110 (macerirt).	<sup>3</sup> / <sub>4</sub> Vol. Ei- weiss, keine Oedeme.	Letzte Men- ses Juni 1888. Bleisaum am Zahn- fleische vorhanden.
Nach dem 3. Anfalle (28./I., Nm. 3 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr) 0,015 Morphinum, 4 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr nach dem 4. Anfalle Morphium 0,0075 und Chloral- clysma 2,0, Abends 7 Uhr 5. An- fall. 29./I. früh: Resp. 22, Tem- peratur 40,7, Puls 150. Starke Cyanose. Muttermund fest ge- schlossen. 11 Uhr Vorm.: Ve- nae sectio. <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Stunde später Ex- itus.	—	29./I. unentbun- den †, nachdem sie seit dem 3. Anfalle das Be- wusstsein über- haupt nicht wiedererlangt, u. die Oedeme zugenommen hatten.	—	Sehr viel Albu- men, verein- zelte hyaline Cylinder. Urin- menge von 16 St. 150 ccm.	Schwanger- schafts- eklampsie d. 8. Monates.
(zahlreiche subcapsuläre Hämorrhagien). Atelectasis, Hyperaemia, Oedema pulmonum. Oedema cerebri levis.	Wendung u. Extraction (Dammriss).	7./II. 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p. †, nach- dem Athmg. u. Puls nach d. Entbindg. zunächst bes- ser geworden waren.	†, Mädch., 52, 3680.	Sehr viel Ei- weiss.	Seit 14 Ta- gen Oedeme, auch des Ge- sichtes.

Aorta angusta. Hypertrophia cordis. Bronchopneumonia multiplex. Oedema cerebri. Nieren im  
substanz erheblich geröthet. Ureteren leicht erweitert. In Cervix und Vagina Einrisse. Herzmusku-

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
94	4./V.	Arbeiterin Marien, 18j. Ip.	—	—	3 Anfälle 3 St. p. p. bei d. Naht e. Damm- risses II Gr.	—	—	—	—
95	29./V.	Dienstmagd Smettow, 18j. Ip.	27, 29,5, 20	—	2 Anfälle 6 St. p. p.	—	—	—	—
96	23./VI.	Arbeitersfr. Jüngling, 41j. IIp.	25, 28, 20,5 (1 Abort)	4 inner- halb 12 St.	—	—	—	für 1 Finger durchgängig (4 $\frac{1}{2}$ St. a. p.)	—
97	10./VII.	Fr. Schwerkolt, 23j. Ip.	—	In der Anstalt vom 8. bis 9. Morgs. 4 An- fälle beob- achtet	keiner	über 36 St.	24 St.	zehnpfennig- stückgross, Portio ver- strichen (24 St. a. p.). Keine Herz- töne	—
98	25./VII.	Näherin Hering. 28j. Ip.	25,5, 27,5, 18,5	1 24 St. nach d. Bla- sen- sprung	keiner	—	—	völlig erweitert	—
99	13./IX.	Näherin Knapp, 16j. Ip.	—	1 (wäh- rend des Durch- schnei- dens)	zahl- reiche in- nerhalb 13 St. (in der An- stalt 2 be- obachtet)	—	—	—	—
100	3./X.	Dienstmagd Wegner, 31j. Ip.	—	17./IX. 8 An- fälle	—	—	—	für die Fin- gerkuppe durchgängig, Portio fast verstrichen	—



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Morph. 0,015.	Spontan.	16./V. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 49,5, 3300.	$\frac{1}{7}$ Vol. Ei- weiss, hyaline Cylinder.	Letzte Men- ses Anfang Aug. 8 Tage vor d. Geburt Oedeme der Füsse.
Morph. 0,015 u. 2 g Chlo- ral.	Spontan.	7./VI. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 49,5, 3050.	Geringer Ei- weissgehalt, hyaline Cy- linder.	Letzte Men- ses Ende Aug. Oedeme seit 4 Woch.
Nach den Anfällen mehr- stündige Narkose.	Spontan.	2./VII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 47, 2450.	Albumen mässig reich- lich, hyaline Cylinder.	Letzte Men- ses Anfang Sept. Oedeme der unteren Körperhälfte.
Am Morgen des 9. Chlo- ralclysma 1,5, am Abend Morph. 0,015. Bäder.	Spontan.	20./VII. ge- heilt entl.	† Mädch. (Fehlgeburt), 36,5, 920.	$\frac{2}{3}$ Vol. Ei- weiss. Gran- ulirte Cylin- der.	Oedeme seit 6 Wochen, am 6./VII. Kopfschmer- zen.
Narkose nur während der Operation.	Zange (Dammriss II. Gr.) un- mittelbar nach dem Anfalle.	15./VIII. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 51, 3540.	$\frac{1}{6}$ Vol. Ei- weiss. Granu- lirte Cylinder.	Letzte Men- ses Ende Oc- tober. Seit Jan. Oedeme.
2 Morphiuminjectionen ausserhalb, Chloralclysma 2,0 in der Anstalt.	Spontan.	25./IX. ge- heilt entl.	Leb. reifes Mädchen.	Reichlich Al- bumen. Blut- cylinder.	—
17./IX. Chloralclysma 2,0, Morph. 0,015, Narkose (125 g). Später noch 0,01 Morph.	Spontan am 3./X., nach- dem sie we- gen diffuser Bronchitis auf die Leyden's- che Klinik verlegt war.	Wochenbett normal.	Macerirt, 26./IX. waren noch Herz- töne consta- tirt.	Viel Albumen. Granulirte und Blutcylinder m. Blutkörper- chen. Nach Aufhören der Eklampsie nur noch Spur- en Eiweiss.	Schwanger- schafts- eklampsie (VII. M.).

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maassé, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Geburt	v. letz- ten An- fälle Geburt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
101	28./II.	Fr. Gayk, 18j. Ip.	24,5, 28,5, 19	zahl- reiche (4 in der An- stalt)	1 (am 2. Wochen- bettstage)	65 St.	55 1/2 St.	kleines Grübchen	—
102	30./VIII.	Dienstmagd Mielke, 27j. Ip.	—	—	—	—	—	Nachdem Patientin kommen, wurde sie von und stark blutend vorge- legt das Kind mit dem todt zwischen den Schen-	—
103	20./IX.	Fr. Frischmuth, 38j. II p.	eine Fehl- geburt	keiner	10	—	—	—	—
104	30./X.	Dienstmagd Kniestedt, 20j. Ip.	—	—	1 (1 St. p. p.)	—	—	—	—
105	7./XI.	Näherin Hanisch, 24j. Ip.	—	1	1 (6 St. p. p.) v. kurzer Dauer	—	1 St.	—	völlig erweitert

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
25./II., 3 Uhr Nachm., 2 g Chloral per Clyisma, von 3 bis 9 Uhr Abends Narkose, von 9 $\frac{1}{2}$ —9 $\frac{3}{4}$ Uhr 4 weitere Anfälle, Morph. 0,015 und Narkose. Um 11 u. 12 Uhr werden 2 leichte Anfälle durch Chloroform coupirt. Um 1 Uhr 0,02 Morph., 2 g Chloral, Aussetzen der Narkose. 26./II. Abends 2 g Chloral und 0,01 Morph. Bäder. 27./II. Rückkehr des Sensorium.	Spontan.	9./III. geheilt entl.	Macerirtes Mädchen, 48, 2540. (Herztöne ca. 50 St. vor der Geburt erloschen.)	Ueber $\frac{3}{4}$ Vol. Eiweiss. Granulirte Cylinder. Oedeme der Füsse. Am 26./II. nur noch $\frac{1}{2}$ Vol., am 27. nur noch $\frac{1}{10}$ .	—
2 Stdn. vorher Wehen beiherr Herrschaft in Krämpfen funden. Bei der Einlieferung Gesichte in einer Blutlache keln der Person.	—	13./IX. mit systolischem Geräusch u. Albumen auf d. Leyden'sche Klinik verlegt. Von dort geheilt entlassen.	†, Knabe, 53, 3660.	$\frac{1}{6}$ Vol. Eiweiss. Granulirte Cylinder.	Letzte Menses Novbr. 1888. Oedeme seit Jan.
$\frac{3}{4}$ St. p. p. 1. Anfall, 1 St. später (4 Uhr Morgs.) 2. Anfall, 6 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgs. 3. Anfall. Narkose von 6 $\frac{1}{2}$ —9 $\frac{1}{4}$ Uhr. Um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr 4. Anfall, Narkose bis 10 $\frac{1}{2}$ Uhr. 5. Anfall 12 $\frac{20}{10}$ Uhr, Narkose bis 1 Uhr Mittags. 4 weitere coupirte Anfälle von 2 $\frac{1}{2}$ bis 6 $\frac{1}{4}$ Uhr. Gesamtmenge des Chloroforms ca. 150 g, ausserdem Abends 6 Uhr Morph. 0,015 und Chloralclyisma von 2,0.	Spontan.	30./IX. geb. a. W. mit Albumen entl.	Leb. reifer Knabe.	$\frac{7}{8}$ Vol. Eiweiss. Nierenepithelien.	Seit 4 Wochen Oedeme, auch des Gesichts.
Chloroform und Morph. 0,015 nach dem Anfalle. Bäder.	Spontan.	8./XI. 1889 geheilt entl.	Leb. Mädch., 47, 2710.	Wenig Albumen, granulirte Cylinder, wenige rothe und weisse Blutkörperchen.	—
Zunächst Narkose nur während der Entbindung, dann Morph. 0,015. Dieselbe Therapie nach d. 2. Anfalle.	Zange (Dammriss).	16./XI. geheilt entl.	Leb. Mädch., 49,5. 2900. 13./XI. † an Pneumonie.	$\frac{1}{4}$ Vol. Eiweiss, granulirte Cylinder.	Letzte Menses Anfang Febr. Seit Anfang August Oedeme der Beine.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
106	10./XI.	Fr. Müller, 21j. Ip.	—	7 beob- achtet	1 (4 $\frac{1}{2}$ St. p. p.) von mässiger Inten- sität	?	keiner	4 St. vor d. Entbindung, nach dem 4. Anfälle dreimark- stückgross	nicht voll- ständig erweitert, klein- hand- teller- gross
107	5./XII.	Fr. Jacobi, 22j. Ip.	26, 29, 20	2 (vorher Kopf- schmer- zen u. Amau- rose)	—	6 $\frac{1}{2}$ St.	6 St.	5 $\frac{1}{2}$ St. a. p. zweimark- stückgross, Portio ver- strichen	fast voll- ständig erweitert
108	6./XII.	Arbeitersfr. Scypansky, 28j. Ip.	31, 33, 21	zahl- reiche (am 5./XII., vorher Kopf- schmer- zen u. Magen- drük- ken)	keiner	24 St.	?	7 St. a. p. markstück- gross, keine Herztöne	—
109	26./XII.	Fr. Ganzkow, 21j. Ip.	—	zahl- reiche (vorher Kopf- schmer- zen, Schwin- del)	keiner	2 Tage a. p.	?	Die Schwangere be- falle, am 25. Abends station der Klinik für wo sie 24 Stunden in Sie wurde hal bentunden legt.	
110	1890 1./II.	Arbeiterin Wennrich, 17j. Ip.	—	10	7 (inner- halb der ersten 5 St.)	7	keiner	—	—
111	3./II.	Dienstmagd Brückmann, II p.	normal	meh- rere	1 (10 Uhr Abends).	—	—	Am 2./II. Kopfschmerz und Erbrechen, sich stei- gernd bis zum 3. Mittags, wo Wehen eintreten und Krämpfe, unter denen Nachmittags die Geburt erfolgte.	

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach dem 4. Anfalle Narkose, Chloralclysma 2,0, Morph. 0,012. Beim Nachlasse der Narkose 3 neue Anfälle in 1 $\frac{1}{4}$ St. Nach d. Anfalle im Wochenbette 0,01 Morph. und Narkose.	Zange, bi-manuelle Compression wegen Atonie.	18./XI. wegen acuter hal-lucinatori-scher Ver-wirrtheit ver-legt, dann bald geheilt entlassen.	Leb. Mädch., 47,4, 2160.	1 $\frac{1}{2}$ Vol. Ei-weiss, granu-lirte Cylin-der.	—
Nach dem 2. Anfalle 5 $\frac{1}{2}$ stündige Narkose und 0,015 Morphium.	Zange.	16./II. ge-heilt entl. Im Wochen-bette Icterus und Mitral-stenose.	Leb. Knabe, 50, 3020.	1 $\frac{1}{2}$ Vol. Ei-weiss, Fett-körnchen-cylinder.	Letzte Men-ses 11. April. Oedeme seit mehreren Wochen.
Am 5. ausserhalb Morph. und Narkose.	Spontan.	16./II. ge-heilt entl.	†, Knabe, 43, 1990.	1 $\frac{1}{2}$ Vol. Ei-weiss, granu-lirte Cylinder.	Letzte Men-ses Anfang April. Oede-me seit 14 Tagen.
kam am 24. zahlreiche An-wurde sie auf die Krampf-Geistesranke eingeliefert, unbesinnlichem Zustand lag. auf die Gebäranstalt ver-	—	7./I. 1890 geheilt entl.	Leb. Mädch., 37, 1200, nach 12 St. †.	2 $\frac{3}{4}$ Vol. Ei-weiss.	Letzte Men-ses 23. Mai.
Poliklinische Geburt (For-ceps). Vor und nach der-selben Narkose. Die An-fälle post partum waren stär-ker, als die ersten 10. In der Anstalt: Bad, Narkose, Chloralclysma 2,0, Morph. 0,01.	—	12./II. ge-heilt entl.	Leb. Knabe, 48,5, 3140.	1 $\frac{1}{2}$ Vol. Ei-weiss. Schwache Oedeme.	—
Nach dem Anfalle Mor-phium 0,01 und kurze Nar-kose.	—	Am 1. Wo-chenbetts-tage Amau-rose, Urin enthält nur noch eine Spur Albu-men. 11./II. geheilt ent-lassen.	†, Mädch., 46,5, 2230.	Urin von tief burgunder-rother Farbe, erstarrt beim Kochen, ent-hält Cylinder, weisse u. rothe Blutkörper-chen u. Methä-moglobin. Sp. Gew. 1033.	Letzte Men-ses Anfang Mai 1889.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur burt	v. letz- ten An- fälle Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
112	13./II.	Schneiderin Klinkmüller, IIp.	25, 27,5, 21, normal	—	3 (in kur- zen Pau- sen, 3 St. p. p.)	—	—	—	—
113	15./II.	Arbeiterin Walter, 24j. Ip.	26,5, 28, 19	4	keiner	24 St.	5 St.	5 St. vor d. Entbindung thalergröss	völlig erweitert
Sectionsresultat: Hydrothorax duplex, Hydropericardium, Dilatatio sin. Hypertrophia myocardii. Aorta angusta. Pneumonia lobularis mul- matosa levis. Status puerperalis.									
114	22./II.	Arbeiterin Seeger, 15j. Ip.	—	—	6, der 1. 4 St., der 6. 10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p.	Je 3 Anfälle folgten um 7 resp. 11 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr kurz hintereinander.			
115	10./III.	Arbeitersfr. Binder, 28j. IIIp.	normal	—	einen Tag p. p. Krämpfe	In der Anstalt nur noch 1 Anfall am 11./III. Abends.			
116	13./III.	Dienstmagd Olschewsky, 21j. Ip.	23,5, 26,5, 21	—	Seit 8 Tagen leichte Oedeme, am 3. Wo- chenbettstage 5 Anfälle, am 4. Kopfschmerz, am 5. Tage der 6. Anfall.				
117	10./IV.	Kinder- gärtnerin, 32j. Ip.	27, 32, 23	Seit 3 Tagen täglich 1—2 Anfälle u. Ab- gang von viel Blut.	keiner	In der An- stalt der 1. 5 St. vor d. Ent- bindg.	—	10 St. vor der Entbin- dung zwei- markstück- gröss	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Morphium 0,015, leichte Narkose. Kal. acet., Wil- dunger Wasser, Bad.	Spontane Geburt.	22./II. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 48,5, 3170.	Kein Eiweiss, leichte Oedeme der Fuss- rücken.	Letzte Men- ses Ende Mai.
Circa 1 stündige Narkose nach dem letzten Anfälle, dann 2,0 Chloral. cordis praesertim ventriculi tiplex. Nephritis parenchy-	Forceps (Damminci- sionen) we- gen plötz- lichen Lun- genödems u. Herz- schwäche.	Am 20./II. infolge von sich immer mehr stei- gernder Herz- schwäche † (nur am 3. Tage 38,7, Puls stets 120—140).	Leb. Knabe, 51,5, 3150.	$\frac{4}{5}$ Vol. Eiweiss. Cylinder u. Nie- renepithelien. Oedeme der Beine u. des Leibes. Urin- menge schon vom 2. Tage an 1400—2750 mit nur noch einer Spur Al- bumen.	Seit 14 Ta- gen Oedeme, seit 3 Tagen heftige Kopf- schmerzen u. Schwarz- sehen.
Nach den ersten 3 An- fällen Narkose, 2,0 Chloral; nach dem 5. Anfälle Nar- kose, 0,015 Morph., dieselbe Therapie nach dem 6.	Spontan in 12 St.	5./III. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 50, 3217.	Spuren von Eiweiss.	Letzte Men- ses Ende April.
Ausserhalb Morphium, in der Anstalt wegen Herz- schwäche (Puls 154) Ana- leptica, nach dem Anfälle Morphium und geringe Nar- kose.	—	26./III. ge- heilt entl.	Zwillinge.	Urin tief bor- deauxroth, gerinnt beim Kochen und enthält Oxy- hämoglobin, wenig rothe Blutkörper- chen u. Cy- linder.	—
3 Uhr Morgens 1., 5 Uhr Morgens 2. Anfall, 0,02 Mor- phium, Chloralclysm; 7 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens 3. Anfall, Nar- kose. Bad. Nach dem 6. An- falle tiefe Narkose, Morph. und 2,0 Chloralhydrat per Clysm.	Spontane leichte Ge- burt	25./III. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 48,5, 2820.	Spur Albumen.	Letzte Men- ses Anfang Aug. 1889.
Nach dem 1. in der An- stalt beobachteten Anfälle (6 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends) Chloral- klystier von 2,0, nach dem 2. Anfälle (10 $\frac{3}{4}$ Uhr Abds.) wegen Sinkens der kind- lichen Herztöne Forceps.	Im Anfange sehr schwerer Forceps (seitliche Incision).	16./IV. geb. a. W. mit Spuren von Albumen entl.	† Mädch., 45, 2360 (in hoch- gradiger Todtenstarre geboren).	Urin enthält rothe Blut- körperchen u. Nierenepithe- lien.	Letzte Men- ses 1./X. 1889. Schon län- gere Zeit Oedeme des Gesichts.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
118	11./IV.	Bildhauers- frau Bensing, 28j. IIIp.	normal	über 12 An- fälle	5 (am 2. Wochen- bettstage)	18 (2 Tage vorher schon Kopf- schmer- zen, Schwin- del, Frö- stein)	9	6 St. a. p. dreimark- stückgross	—
119	16./IV.	Klempners- frau Nischewsky, 43j. 14p.	normal	4	keiner	?	minde- stens 4 St.	—	—
120	21./IV.	Schneiderin Hantsch, Ip.	—	nur 1 beob- achtet	keiner	?	1 St.	fünfmärkstückgross	—
Sectionsbefund: Myocarditis parenchymatosa gravis, Dilatatio cor- lich vorhanden, besonders an den Trabekeln des rechten Herzens.									
121	12./V.	Näherin Bär, 24j. Ip.	24, 26, 17,5	—	4 Im Anschlusse an die Uterusausspülung erfolgte der 1. Anfall 9 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr Abds.	—	—	—	—
122	13./V.	Näherin Dahm, 22j. Ip.	—	—	—	Morgens 6 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr (5 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St. p. p.) 1. Anfall, " 7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> " " " " " 2. " " 8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> " " " " " 3. " " 10 <sup>5</sup> " " " " " 4. " Nachm. 12 <sup>40</sup> " " " " " 5. " " 2 <sup>30</sup> " " " " " 6. " " 3 <sup>40</sup> " " " " " 7. " " 5 <sup>40</sup> " " " " " 8. "			



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
4 Uhr Morgens (nach dem 9. beobachteten Anfalle) Nar- kose, trotz derselben noch 3 schwächere Anfälle bis 6 $\frac{1}{2}$ Uhr, dann tiefe Narkose bis 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens, Bad. Um 12 $\frac{1}{2}$ Uhr Zeichen von Lungenödem. — 13./IV., Nachm. 2 $\frac{3}{4}$ Uhr, nach dem 1. Wochenbettaufanfall Mor- phium 0,02, Narkose; 4 Uhr, nach dem 2. Anfalle, Nar- kose und Chloralclisma von 2,0; 9 $\frac{1}{4}$ Uhr Abends, nach 3 Anfällen, Narkose, Morph. 0,01, Chloralclisma.	Spontan.	21./IV. ge- heilt entl.	12./IV. †, Knabe, 51,5, 3200 (Atelectase).	$\frac{1}{3}$ Vol. Albu- men.	Letzte Men- ses 12./VII., 3 Wochen vor der Ent- bindung Schwellung des Gesich- tes. Icterus im Wochen- bette.
In unserer Beobachtung keine Krämpfe mehr, daher nur am 1. Wochenbettstage 0,015 Morph. und Bäder.	Spontan.	25./IV. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 43,5, 1870.	$\frac{1}{10}$ Vol. Ei- weiss.	Letzte Men- ses Mitte August.
Nachdem Patientin 1 St. nach der Einlieferung chlo- roformirt gehalten war, wurde der Muttermund u. die Vulva nach 2 Seiten incidirt und ein Zwilling in Vorderhaupts- lage durch Zange, der zweite wegen Querlage durch Wen- dung und Extraction ent- wickelt.	Zange. Wen- dung u. Ex- traction.	5 St. später †, nachdem eine Uterusatonie eingetreten war, gegen welche die Ute- rustamponade zu spät ange- wandt war; die Blutung wurde durch dieselbe gestillt.	2 leb. Knab., 44,5, 45,5, 2050, 2380.	Oedeme der Beine.	—
dis, Nephritis parenchymatosa. Herzfleisch wie gekocht, schlaff, graugelblich, fettige Degeneration deut-					
Narkose. 12 Uhr Nachts während der Application eines Clysmas von 2,0 Chloro- form. 2. Anfall. Morgens 8 <sup>50</sup> Uhr 3. Anfall, Chloroform, Chloralclisma 2,0. Abends 6 Uhr 4. Anfall, Chloro- form.	Wegen Quer- lage Wendg. u. Extraction (vorgefallene Nabelschnur war pulslos).	23./V. ge- heilt entl.	† Knabe, 43, 1350.	Sehr viel Ei- weiss, granu- lirte Cylinder, Leukocyten.	—
Ordo: Chlorof., " " Morph. 0,01 " " Chloralclys- " " [ma 2,0 " " " " " " " " " "	Spontan in 18 St., davon 1 auf die 2. Periode.	24./V. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 51, 3480.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, spärliche weisse u. rothe Blutkörper- chen.	Seit 18 Wo- chen Oedeme der Beine u. Kopfschmer- zen.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
123	—	Kutschers- frau Rost, 23j. Ip.	—	Patientin hat angeblich bei und nach der Geburt bis zur Aufnahme 17 eklamptische Anfälle gehabt.		—	—	—	—
124	9./VI.	Frau Hoffmann, 31j. Ip.	—	3 (nur der letzte beob- achtet)	keiner	?	keiner	—	fast völlig erweitert
125	7./VII.	Dienstmagd Lobenstein, 40j. Ip.	normal	1	keiner	Um 7 Uhr Morgens, mit Beginn der Bewusstlosigkeit, die 12 Stunden dauerte. Nachmittags in die Anstalt gebracht weiterem Muttermunde sofort die Ent-			
126	11./VII.	Arbeitsfrau Schubert, 34j. Ip.	normal	16	keiner	Nachdem Kreissende v. Mittag 1 Uhr gehabt, wurde sie um 4½ Uhr Nachm. Um 5¼ Uhr ist der Muttermund fünfzig- 6½ Uhr sind keine Herztöne mehr zu in einer Frequenz von 89 gehört waren. Morgens (11./VII.) wurden 200 g Chloro- Morph. verbraucht. Trotzdem traten noch nuten Dauer. Die Lungen blieben frei, Puls durch die dauernde Narkose sicht-			
Sectionsbefund: Myocarditis et Hepatitis parenchymatosa, Oedema schen der Pia an der Convexität, besonders am Scheitel der linken kreuzung und weiter nach vorn an den Riechnerven mässig ausgedehnte Nieren nicht vergrössert, Rindensubstanz ganz wenig getrübt, ganz skopisch nicht zu sehen. Leber sehr stark mit Fett infiltrirt, von Blu-									
127	22./VII.	Arbeiterin Graetz, 28j. IIp.	—	4	2	21./VII. 3 Krampfanfälle. 22./VII. 1 Anfall. Während oder bald nach dem- selben Geburt.			
128	7./VIII.	Fr. Häuer, 26j. Ip.	—	4	keiner	6 Uhr Morgens Beginn der Geburt, dem Patientin 1½ Uhr Morgens (den fünfmarkstückgrossen Muttermunde, er- fall. Daher bei völlig erweitertem Mutter-			

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
1. beobachteter Anfall 3 Uhr Nachm. ( $\frac{1}{4}$ St. nach der Aufnahme), Chloroform. Chloralclysma 2,5. 2. Anfall 6 <sup>50</sup> Uhr Nachm. Chloroform, Morph. 0,01. Bäder. Narkose und dann sofortige Entbindung durch Zange. Wegen Rigidität 2 seitliche Dammnisionen.	—	31./V. ge- heilt entl.	—	Wenig Eiweiss, Nierenepithe- lien, wenig rothe Blutkör- perchen, Oede- me der Beine.	Letzte Men- ses Mitte Sept. 1889.
Wehen, ein Anfall, danach Als Kreissende gegen 3 Uhr war, wurde bei völlig er- bindung vorgenommen.	Schwierige Zange (2 Dammrein- schnitte), ma- nuelle Pla- centarlösung	23./VI. geb. a. W. mit etwas Eiweiss entlassen.	Leb. Knabe, 50,5, 3300.	Reichlich Ei- weiss, Cylin- der, weisse Blutkörper- chen.	Letzte Men- ses Ende Septbr.
(d. 10./VII.) ab 7 Anfälle in die Charité aufgenommen. pfennigstückgross, gegen hören, die um $5\frac{1}{4}$ Uhr noch Bis zur Entbindung $2\frac{1}{2}$ Uhr form, 2,0 Chloral und 0,02 9 Anfälle auf von 1— $1\frac{1}{2}$ Mi- doch verschlechterte sich der lich.	Bei thalagr. Mm. 2 seit- liche Cervix- incisionen, 1 Scheiden- dammnci- sion (trotz- dem Damm- riss III. Gr.), hohe Zange.	17./VII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 44,5, 2310.	Reichlich Ei- weiss, Cylin- der, Nieren- epithelien.	—
		36 St. p. p. †, nachdem Icterus auf- getreten, unter den Erscheinun- gen der Herz- schwäche.	† Mädch., 50, 2975.	Fast völlige Anurie bei sehr reich- lichem Eiweiss- und Hämö- globingehalt.	—
pulmonum (Fettembolie), Haemorrhagiae cerebri et hepatis. Nephritis parenchymatosa. In den Ma- Hemisphäre, auch etwas am rechten Schläfenlappen, ferner an der Basis in der Gegend der Opticus- Blutungen. Gefässe überall zart, dünnwandig, Gehirnschubstanz blass, mässig stark ödematös. Beide schwach ictetisch. Marksubstanz nur ganz schwach cyanotisch. Keine Blutungen. Glomeruli makro- tungen durchsetzt. Beckenbindegewebe ausgedehnt zertrümmert und sugillirt.					
Am 5. Wochenbettstage 2 eklamptische Anfälle, nach dem 1. Morphinum 0,01, nach dem 2. Chloralclysma von 2,5.	Spontan.	2./VIII. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 49, 3200.	Mässig viel Eiweiss.	Letzte Men- ses Decbr. 1889, seit 2 Monaten Oedeme der Füsse und dunkler Urin.
Nachm. 3 Anfälle. Nach- 7./VIII.) eingeliefert war mit folgte um 3 Uhr der 4. An- munde Zange.	Zange (seitliche Dammnci- sionen).	22./VIII. mit Spuren von Albumen entlassen.	Leb. Knabe, 50, 2830.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der.	Letzte Men- ses Ende October. Mit $13\frac{1}{2}$ Jahren Nieren- wassersucht.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Geburt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
129	25./VIII.	Fr. Schiffen- bauer, 36 j. X p.	—	?	keiner	Patientin wird benommen mit Zungen- narkotisiert, erhält dann ein Chloralclysma Danach kein weiterer Anfall beobachtet.			
130	1./X.	Hartung, ?	—	zahl- reiche, schwe- re An- fälle	—	über 30 St.	ca. 20 St.	geschlossen, keine Herz- töne (20 St. vor der Ent- bindung)	mark- stück- gross
131	30./IX.	Fr. Lehmann, 33 j. II p.	normal	—	24 St. p. p. 6 Anfälle kurz hintereinander. Nach tin Morphinum 0,01, ein Chloralclysma und Bad. hintereinander, 2. Bad, Chloral 2,0. Nach weiteren Erscheinungen von Lungenödem bei kräftigem Pulse Danach noch, $\frac{3}{4}$ St. später, ein 14. Anfall, Mor-				
132	8./X., Abends 10 Uhr.	Jankow, 25 j. Ip.	—	den Tag über viele An- fälle	3 St. p. p. neue An- fälle, da- her Ueber- führung in die Charité	?	?	?	fast er- weitert
133	4./XI.	Arbeiterin Pliecke, 23 j. Ip.	normal	2	—	2 Tage	—	zehnpfennig- stückgross, für 1 Finger durchgängi- ger Cervix	—
134	6./XII.	Arbeiterin Heilmann, 21 j. Ip.	26,5, 29,5, 20	—	1 ( $\frac{1}{2}$ St. nach der Geburt des Kin- des)	—	—	—	—

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
biss aufgenommen. Sie wird von 2,0, dann 0,15 Morph.	Combinirte Wendung wegen Quer- lage.	3./IX. geb. a. W. mit mässigem Ei- weissgehalte entlassen.	Frischtodter Knabe, 42, 1440.	Viel Eiweiss, Cylinder.	In der letz- ten Zeit Oedeme.
Chloral und Morphinum, wonach die Anfälle aufhö- ren, aber Lungenödem und Herzschwäche eintrat.	Perforation des todten Kindes u. Kranio- traction ohne Narkose.	Unmittelbar p. p. †, trotz schon vor der Entbindung angewandter Excitantien.	† Mädch., 2630.	—	Oedeme.
der Aufnahme erhält Patien- Nach 4 St. 6 Anfälle kurz 4 St. der 13. Anfall, danach von 84. Venaesectio 250,0. phium 0,015.	—	16./X. geheilt entlassen, nachdem sie eine leichte katarrhali- sche Pneu- monie durch- gemacht.	Leb. Mädch., dem 8. Mo- nate ent- sprechend.	Viel Eiweiss, Cylinder, weisse und rothe Blut- körperchen.	In den letz- ten Tagen d. Schwanger- schaft Oede- me der Beine.
2stündige Narkose vor der Entbindung. Nach der Aufnahme als Entbundene Bad, Morphinum 0,02, keine weiteren Anfälle.	Incisionen in d. Mutter- mund, Schei- dendamm- incision, For- ceps (Poli- klinik).	25./XI. entlass., nachdem sie erst am 5. Tage des Wochen- bettes das Sen- sorium wieder- erlangt u. eine Bronchopneu- monie durch- gemacht hatte. Es bestand noch bei der Ent- lassung rechts hinten eine Dämpfung mit abgeschwäch- tem Athmen.	Mädch., früh- reif, nach 2 Tagen an Apoplexie †.	1/2 Vol., Cylinder, rothe u. weisse Blutkörperch.	Letzte Men- ses Ende Jan.
Schwitzbäder, Diuretica (Kal. acet., Wildunger), Sen- na.	Spontane Geburt bin- nen wenigen Stunden ohne neue Anfälle.	13./XI. ge- heilt entl.	Lebensunfä- hige Fehl- geburt, 8 T. p. p. †.	Sehr viel Ei- weiss, 3/4 Vol. Cylinder.	Letzte Men- ses Ende April. Oe- deme des Ge- sichtes seit mehreren Wochen.
Nach dem Anfälle Mor- phinum und 2stündige Nar- kose, dann Bad, später noch einige Centigr. Morphinum u. Chloralclysma.	Spontane Geburt in 8 St.	16./XII. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 48,5, 3230.	1/2 Vol. Ei- weiss, Cylin- der.	Letzte Men- ses März. Gedunsenes Gesicht schon im Anfange der Geburt.

Sectionsbefund: Nephritis levis paren-  
chymatosa, Haemorrhagia multiplex hepatis.  
Pneumonia dextr. sup. Oedema pulmonum.

Sectionsresultat des Kindes: Grosse  
Apoplexie an der Convexität des Cerebrum  
in der Gehirnrinde, beiderseits von der Me-  
dianlinie. Hämorrhagien im Schädeldache,  
fast die ganze Sagittalnaht entlang. Kleine  
Hämorrhagien (und kleine Fractur?) am  
linken Orbitaldach. Ausgedehnte Lungen-  
atelectase.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
135	6./XII.	Arbeitersfr. Leibecke, XII p.	5 Kinder leben	zahl- reiche, 5 da- von beob- achtet	keiner, dagegen maniaka- lische Zustände und Hal- lucinatio- nen	ca. 12 St.	2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St.	für 2 Finger durchgängig, dehnbar	fast völlig erweitert
136	8./XII.	Arbeiterin Hähnel, 22j. Ip.	29, 32, 20	1 beim Durch- schnei- den	5	keiner	—	—	—
137	14./XII.	Näherin Klemm, 25j. Ip.	—	—	2	Wöchnerin bekommt 10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr Mor- 10 Min. darauf einen 2. Darauf Einlei- 1 Uhr Erscheinungen von Lungenödem Rasselgeräusche über der linken Lunge),			
138	16./XII.	Dienstmagd Klebingat, 37j. Ip.	—	mehre- re; in der An- stalt weiter- hin 3 beob- achtet (am 14. u. 15. Morgs.)	—	53 St.	40 St.	Muttermund geschlossen, Portio noch nicht ver- strichen.	—

Sectionsbefund: Nephritis parenchymatosa acuta gravis. Myocar-  
morrhagicae ventriculi. Haemorrhagia ventriculi letalis. Osteophytæ  
substantz stark getrübt, gelblich gefärbt. An der Oberfläche der Leber  
sich in grosser Ausdehnung in die Tiefe der Leber fort, haben dort  
tragen ca. 2 Liter und reichen bis gegen das untere Ende des Dünn-  
ständige Abhebung der Schleimhaut in der Ausdehnung einer Erbse.

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bzw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Morphiuminjection, spä- ter ca. $\frac{1}{2}$ stündige Narkose. In der Klinik heisses Bad mit kalter Uebergiessung des Kopfes, worauf der letzte Anfall. Danach 0,02 Morph. und Narkose von $2\frac{3}{4}$ St.	Wegen Cyanose Perforation u. Kraniotraction. Partielle ma- nuelle Lösung der Placenta. Wegen starker atonischer Nachblutung Uterustampo- nade, welche die Blutung stillt.	16./XII. ge- heilt entl.	† Knabe, 49, 2500.	Eiweiss, Cy- linder, Oedeme der Unter- schenkel.	Letzte Men- ses Anfang Febr.
Nach der Geburt 2stün- dige Narkose, dann Mor- phium 0,02 und ein Chloral- clysma von 3,0. 1 St. spä- ter ( $3\frac{1}{2}$ Uhr Nachm.) 2. An- fall, 2stünd. Narkose, Mor- phium 0,02, warmes Bad. Um 7 Uhr Abends 3. Anfall, 2stünd. Narkose, dann Chlo- ralclysma von 3,0. 3 Uhr Morgens (d. 9./XII.) 4. An- fall, Narkose, Bad, Morph. 0,01. 5 Uhr Morgens 5. An- fall, 2stünd. Narkose. Wäh- rend derselben Lungenödem, daher Venaesectio (200 g). Danach Nachlass der Oede- me, 4 Uhr Nachm. abermals Lungenödem. 60 Respirat., 140 Pulse.	Spontan.	6./I. 1891 geh. entl.	Leb. Mädch., 50, 3120, 22./XII. †.	$\frac{1}{10}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedeme des Gesichtes und der Beine.	Letzte Men- ses Anfang März. Kypho- skoliose. Im Wochenbette Icterus.
gens (8 St. p. p.) 1 Anfall, tung der Narkose. Gegen (Trachealrasseln, feuchte Aether, Campherinj.	Spontan und rasch.	14./I. 1891 geh. entl.	Leb. Mädch., 46, 2760. 3./I. 1891 †.	$\frac{1}{2}$ Vol. Albu- men, Cylinder.	Letzte Men- ses März.
Vom Mittage des 14. bis zum 15. (3 Uhr Morgs.) wurde Patientin mit Unterbrechun- gen 7 St. tief narkotisiert u. erhielt ferner 0,06 Morph. und 2 Mal Chloralhydrat. Ausserdem Bäder. Am 15. u. 16. noch 0,03 Morphinum.	Am 16./XII., Abends 7 Uhr, spontane Ge- burt, nachdem d. Muttermund sich gegen Morgen schon geöffnet hatte und um 10 Uhr Vorm. bereits handteller- gross war.	16./XII. †, 5 St. p. p., nachdem d. Sensorium schon wieder frei war, plötz- lich an Ver- blutung aus Magen- geschwüren †.	15./XII. (intrauterin) †. Mädch., 52, 3270.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der. Oedeme der Beine seit 2 Mo- naten.	Aufhören der Anfälle nach Absterben des Kindes.

ditis parenchymatosa. Pneumonia hypostatica ex aspiratione. Haemorrhagiae hepatis. Erosiones hae-  
tabul. int. Hepar adiposum. Icterus universalis. Myomata subserosa. Nieren vergrößert, die Rinden-  
mehrere etwas eingesunkene blauröthliche Stellen; die grösste am rechten Leberlappen. Die Flecke setzen  
dunkelrothe Farbe. Im Duodenum dicke grünliche Massen, desgleichen im Magen. Die Massen be-  
darmes. Magenschleimhaut mit zähem Schleim bedeckt. An 3 Stellen der vorderen Wandfläche voll-  
Schleimhaut ganz trübe. Die ganze Schleimhaut mit hämorrhagischen Erosionen durchsetzt.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Geb- urt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
139	1891. 11./I.	Tischlersfr. Schölisch, 18j. Ip.	—	—	1 St. p. p. Aufreten eklampti- scher An- fälle	In der Anstalt wurden 3 beobachtet den. Patientin erhielt ausserhalb Mor- subcutan, darauf Narkose, die wegen Tra- nach dem 1. Anfalle unterbrochen wurde. dige Narkose, worauf Besserung; 3. An- clysma, 2. Bad. $4\frac{1}{2}$ St. nach dem letz-			
140	22./II.	Fr. Raab, 27j. Ip.	25, 28, 30, 19	Be- wusst- losig- keit, dann 2 Anf., worauf Einlie- ferung. Rück- kehr d. Sen- sorum am 30./I.	—	24 Tage (vom 29./I. bis 22./II.)	—	—	—
141	23./II.	M. Kliem, Ip.	$25\frac{1}{2}$ , 27, $31\frac{1}{2}$	wird im (6.) eklam- ptisch. Anfälle einge- liefert	—	Vom Mor- gen des 23. bis Nach- mitt. 5 Uhr	4 St.	fast hand- tellergröss, Kopf tief im Becken	von der- selben Grösse
142	18./III.	M. Blaustein, 20j. Ip.	26, 28, 30, $18\frac{1}{2}$	ausser- halb 2 eklam- ptische Kräm- pfe, dann Am- blyopie	—	3 Wochen (vom 27./II. bis 18./III.)	—	—	—
143	18./III.	Dienstmagd Miesen, 20j. Ip.	25, 28, 31, 20	6	—	21	6	einmark- stückgröss (12 St. vor der Entbin- dung)	dreimark- stück- gröss
144	8./IV.	Dienstmagd Menzel, 32j. Ip.	26, 28, 30, 20, 5, 13	—	—	Patientin kam am 1./IV. zur Klinik wegen Tags zuvor aufgetretener Oedeme, auch des Gesichtes, Uebelkeit und Kopf- schmerzen. Bäder, Schwitzen, Inf. Sennae, Liq. Kal. acet. Trotz dieser Therapie am 4./IV. urämischer Anfall.			



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
in einer Zeit von $3\frac{3}{4}$ Stun- phium, in der Anstalt 2 cg chealrasseln u. Herzschwäche Im Bade 2. Anfall, $1\frac{1}{3}$ stün- fall schwächer. Chloral- ten Anfälle 2 cg Morphium.	—	Nach 10 Ta- gen geheilt entlassen.	—	Starker Ei- weissgehalt, bei der Ent- lassung noch eine Spur.	Entbunden u. bewusstlos herein- geschickt.
Morph subcutan, warme Bäder, Schwitzen, Infus. Sennae, Wildunger. 4 cg Morphium am 29./I.	Spontan.	4./III. ge- heilt entl.	Seit dem 15./II. abge- storbener Knabe, 49,5, 2600.	Gerinnt beim Kochen, Ei- weissmenge nimmt schon vor dem Kinds- tode rasch ab; im Wochen- bette zeitweise noch etwas Albumen.	Letzte Men- ses Anfang Juni 1890.
4 stündige tiefe Chloro- formnarkose. Nach der Ent- bindung 0,02 Morph., $\frac{1}{3}$ St. später Clysma von 3 g Chlo- ral, 3 St. nach der Entbin- dung 0,02 Morph.	Mehrere tiefe Cervixincisio- nen, Zange wegen Gef- ährdung der Mutter durch die Narkose u. Sinken der kindl. Herz- töne.	9./III. geheilt entl.	Leb. Knabe, 52, 3680.	$\frac{1}{2}$ Vol. Ei- weiss, später noch Spuren.	—
Heisse Bäder, Schwitzen. 2 cg Morphium. Liqu. Kal. acet.	Spontan.	26./III. geh. entl. (ohne Eiweiss und sonstige ab- norme Urin- bestand- theile).	Macerirter Knabe von 7 Monaten.	Albuminurie, Oedeme, Nie- renepithelien, Cylinder, weisse Blut- körperchen.	Letzte Men- ses 17./VIII. 1890.
Von 3 Uhr Morg. bis 10 Uhr Abds. 0,09 Morph., 2 Chloralclysmata, nach d. 2. u. 3. Anfälle Narkose, weiter- hin bis 7 Uhr Abds. noch $3\frac{3}{4}$ stünd. Narkose. Nach d. Entbindung Excitantien.	Perforation u. Kraniotrac- tion d. todtten Kindes wegen Collaps und Lungenödem.	19./III., 22 St. nach d. Ent- bindung † an Pleuropneum. fibrin. lob. inf. utriusque.	† Mädchen, 2920.	Eiweiss, Oedeme.	—
0,01 — 0,015 Morphium pro Tag. Nach dem Anfalle 2 g Chloral per Clysma.	—	2./IV. entlassen. Urinmenge 3 Liter, mässiger Eiweissgehalt, fast keine Formelemente (Nierenschrum- pfung?).	Macerirter Knabe, 44, 1930. Am 7./IV. wur- den die bis da- hin gehörten Herztöne nicht mehr gehört.	Eiweiss, zahl- reiche rothe und weisse Blutkörper- chen.	Letzte Men- ses Mitte August, Be- wegungen seit 1. Nov. 1890.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Geburt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
145	18./IV.	Arbeitersfr. Rudolph, 21j. Ip.	26, 29, 30, 21	in einer halben Stunde über 3 Anfälle	—	1/2 St.	kein Zwi- schen- raum	handteller- gross	ebenso gross
146	24./IV.	Hutmachers- frau Müller, 34j. Ip.	—	über 6	1	minde- stens 8	kein Zwi- schen- raum	markstück- gross, sein Saum dick.	2- bis 3- mark- stück- gross
147	6./VI.	Schneidersfr. Scheel, 25j. Ip.	—	meh- rere	1 (1 St. nach der Entbin- dung)	—	—	—	—
148	17./VI.	Fr. Leydig, 21j. Ip. (aus der Po- liklinik ent- bunden ein- geliefert).	—	4 in den 3 letzten Stund. vor der Entbin- dung	2, 1. 1 St., 2. 5 St. p. p.	—	—	—	—
149	24./VI.	Fr. Ernst, 23j. Ip.	—	8, davon die 3 letzten in der An- stalt	—	10	1	Muttermund 5 Stunden vor der Entbin- dung für 2 Finger durch- gängig, Por- tio verstri- chen.	fast völlig erweitert

Sectionsresultat: Infiltratio haemorrhagica arachnoides (Arachn. gravis. Hepatitis parenchymatosa. Orificium externum zeigt mehrere

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nur während der Extrac- tion Narkose; nach der Ent- bindung 0,02 g Morphium.	$\frac{1}{4}$ St. nach dem 1. An- falle Blasen- sprengung, 10 Minuten später Zange (2 Damm- incisionen).	29./IV. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 51, 3173.	Im Anfange mässiger Ei- weissgehalt.	—
Ausserhalb der Anstalt $1\frac{1}{2}$ stündige Narkose, in der Anstalt vom 4. Anfalle ab 0,015 Morphium u. $5\frac{1}{2}$ stün- dige Narkose, da Patientin bei Nachlass der Narkose sofort einen neuen Anfall bekam.	Wegen star- ker Cyanose u. Tracheal- rasseln mehr- fache Cervix- incisionen u. Perforation. Manuelle Lö- sung der Pla- centa, Uterus- tamponade. Perforation (in der Poli- klinik) mit dem Auvard'- schen Kran- nioklasten, Cervixriss; Uterus- tamponade.	Am 26. † bei zuneh- mendem Icte- rus, $\frac{1}{4}$ St. nach einem eklamptisch. Anfalle, nach welchem das Bewusstsein noch wieder- kehrte. Anfängliche Amaurose. 22./VI. ge- heilt entl.	† Mädchen, 40, 1650 (8. Monat).  † Hydroce- phalus.	Eiweiss, viel Cylinder und rothe Blut- körperchen.  $\frac{2}{3}$ Vol. Ei- weiss, das schon am 1. Tage völlig verschwindet.	Fettembolie der Lungen.  Seit 2 Mo- naten Oede- me der Beine.
—	Herabholen eines Fusses bei Steisslage, Damminci- sion, Extract. Manuelle Lö- sung der Pla- centa. Zange.	6./VII. geheilt, ohne Eiweiss entlassen. An der Portio fan- den sich ver- schiedene in die Paramet- rien auslau- fende Risse.	Mädchen, lebend, reif.	$\frac{9}{10}$ Vol. Ei- weiss, Oedeme seit April.	Schon in der letzten Zeit der Schwanger- schaft Schwin- delanfälle, 1 Mal ist sie auf der Strasse umgefallen.
$1\frac{3}{4}$ stünd. Narkose nach dem letzten Anfalle, dann 0,02 Morphium.		† 12 St. nach der Entbin- dung nach 4 stündiger Cyanose, Dyspnoe, Trachealras- seln u. Klei- nerwerden des Pulses.	Leb. Mädch., 47,5, 2350.	$\frac{9}{10}$ Vol. Ei- weiss. Cylin- der.	Schwellung des Gesichtes u. heftige Kopfschmer- zen 4 St. vor Ausbruch der Eklampsie.
Chloroform, Bad (zwischen 6. u. 7. Anfall). Analeptica, Ve- naesectio. Nach dem 1. Anfalle 4 stündige Narkose, während die- ser Zeit 4 Anfälle; nach 1 stün- diger Unterbrechung, während welcher 2 Anfälle, weitere 3 stün- dige Narkose. 1 stündige Unter- brechung, während derselben 8. Anfall, weitere 1 stündige Nar- kose bis zur Entbindung. Nach derselben 0,02 Morphium.					

zeigt auf der linken Seite ausgedehnte Blutinfiltration), Dilatatio cordis. Nephritis parenchymatosa  
Einrisse und ist ödematös.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
150	24./VI.	Näherin Keisschen, 17j. Ip.	28, 29, 31, 18 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	—	1/2 St. p. p. 1., 7 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> St. p. p. 2. An- fall	—	—	—	—
151	13./VII.	Fr. Hochschild, 27j. Ip.	—	—	18 12 St. nach der Geburt Aus- bruch der Eklampsie (in 12 Stdn. 16 Anfälle), in der Anstalt inner- halb 9 Stdn. 2 Anfälle.	—	—	—	—
152	17./VII.	Fr. Andling, 28j. Ip.	—	minde- stens 3, da- von 2 in der Anstalt	—	—	2 St.	markstück- gross	mark- stück- gross
153	19./VII.	Fr. Boehme, 35j. Mp.	Bewusstlos in die Anstalt gebracht; hier 2 Anfälle.	—	—	—	6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St.	Muttermund für 1 Fin- ger durchgängig, rigide.	
154	23./VII.	Marg. Weithe, 17j. Ip.	Sectionsresultat: Nephritis chron. parenchymatosa. Atrophia tatio cordis. Von 8—12 Uhr Morgs. 5—6 An- fälle, in d. Anstalt ein 7., worauf 3 st. Narkose.	—	7	3	fünzig- pfennigstück- gross	dreimark- stück- gross	
155	26./VII.	Schneidersfr. Worath, 24j. Ip. (in d. Poli- klinik ent- bunden).	—	7 Geburtsbeginn am 26. Mittags, in der Nacht zum 27. Blasensprung, am 27., Morgens 7 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr, 1. eklampti- scher Anfall.	1 (4 St. p. p.), 10 St. p.p. krampf- artige Zuckun- gen, Tob- sucht	3	ca. 1/2 St.	—	völlig er- weitert

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach dem 1. Anfalle 1½ stündige Narkose, dann 0,02 Morphinum, 1,25 Chlo- ral, nach dem 2. Anfalle 2,5 Chloral, 0,025 Morphinum.	Spontane Ge- burt in 11 St.	Auf Wunsch nach 5 Tagen geheilt und ohne Eiweiss entlassen.	Leb. Mädch., 51, 3400.	Reichlich Ei- weiss, Cylin- der, kein Oedem.	—
Bad, 2 stündige Narkose (75 g), 0,02 Morph., 2,5 Chlo- ral per Clysm. Nach dem 2. Anfalle 2,5 Chloral, Nar- kose von 10 Minuten, 0,01 Morphium.	Spontan.	25./VII. ge- heilt u. ohne Albumen ent- lassen.	—	2/3 Vol. Ei- weiss, Cylin- der, keine Oedeme. Amaurose.	—
1½ stündige Narkose, un- terbrochen durch ein Bad. Nach der Entbindung Mor- phinum 0,02, Chloralclysm 2,5. 5½ St. nach der Ent- bindung Campher - Aether- injection.	Wegen Fie- bers (40,2) Perforation mit Hilfe von seichten Cer- vixincisionen, manuelle Pla- centarlösung, Uterustampo- nade.	29./VII. ge- heilt u. ohne Eiweiss ent- lassen.	† Mädchen, 41, 1070.	Urin erstarrt beim Kochen. Cylinder.	—
7 St. vor der Entbindung Bad, 0,01 Morph. 6½ St. vor derselben 2½ stündige Narkose, in den nächsten 2½ St. 2,5 Chloral, 0,015 Morph. Nach der Entbin- dung Excitantien, Venae- sectio.	6½ St. vor der Entb. Herab- holen eines Fusses. Entbin- dung mittels Cervixincisi- onen, manuelle Placentar- lösung. Tam- ponade des Uterovaginal- canales.	† 1½ St. nach der Ent- bindung an Lungenödem.	† Knabe, 33, 420.	1/2 Vol. Ei- weiss. Keine Cylinder, rothe Blutkörper- chen.	—
granularis renum, Hepatitis parenchymatosa haemorrhagica. Hyperaemia et Oedema pulmonum. Dila-					
3 stündige Narkose bis zur Entbindung; in den nächsten 7 St. p. p. noch 0,03 Morph. u. 2,5 Chloral.	Mehrere Cer- vixincisionen, Zange, die ziemlich leicht gelang.	1./VIII. ge- heilt u. ohne Albumen entlassen.	Leb. Mädch., 52, 3420.	1/4 Vol. Albu- men, Cylinder. Oedem d. Beine seit einigen Wochen.	—
Portio fühlt man die Incisionsstellen deutlich, da sie nur zum Theil zusammengeheilt sind. Eine In-					
1/2 stündige Narkose zum Zwecke der Entbindung. Nach den Zuckungen 0,02 Morph., 2 stündige Narkose, 2¼ St. später 2,5 Chloral.	Nach Scheiden- dammeincision hohe Zange (Promontorium noch mit ge- krümmtem Finger zu er- reichen).	26./VIII. ge- heilt. Entlas- sung durch einen Blasen- katarrh und Nothwendig- keit der Secun- därnaht (mit Erfolg!) ver- zögert.	Leb. reifes Mädchen.	1/3 Vol. Ei- weiss, Oedeme der Beine; in der Schwan- gerschaft schon Schwindel- anfälle.	Letzte Men- ses October. Icterus im Wochen- bette.



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
8 $\frac{1}{2}$ —10 Uhr Morgens (direct nach dem Anfälle) Narkose. 9 $\frac{3}{4}$ Uhr Morph. 0,02, 11 $\frac{1}{2}$ Uhr Senna. 7 Uhr Abends Clyisma von 2,5 Chlo- ral.	Spontan.	10./VIII. ge- heilt u. ohne Albumen ent- lassen.	Leb. Knabe, 52, 3660.	$\frac{1}{10}$ Vol. Ei- weiss, verein- zelte rothe u. weisse Blut- körperchen.	—
Von 11—1 Uhr Nachts Narkose (75 g), um 1 Uhr 0,015 Morph., um 2 Uhr Chloralclysma von 1,5 g.	Zange (Dammriss I. Gr.)	13./VIII. ge- heilt u. ohne Albumen ent- lassen.	Leb. Mädch., 51, 3200.	Wenig Albu- men, Cylinder, rothe u. weisse Blutkörper- chen.	—
1. Tag: 11 $\frac{1}{2}$ Uhr Morph. 0,02, 12—1 $\frac{1}{2}$ Uhr Narkose, 1 $\frac{1}{2}$ Uhr Chloralclysma 2,5, 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Abends Morph. 0,02. 2. Tag: Liq. Kal. acet. Senna. 3. Tag: Liq. Kal. acet. Senna, Bad. 4. Tag: Spec. diuret. Morph. 0,02, Bad. 5. Tag: Bad, Exci- tantien.	Spontane Zwillings- geburt in 2 Stunden.	4./VIII. †.	1. M. 48, 2. M. 45, 1. M. 3100, 2. M. 2370.	$\frac{1}{2}$ Vol. Eiweiss. Urinsecretion fast ganz auf- gehoben. Cy- linder, Oe- deme der un- teren Körper- hälfte.	—
parenchymatosa gravis; Hyperplasia lienis.					
9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens 0,02 Morphium u. 1 stündige Nar- kose (60 g). 2 Uhr Nach- mittags Chloralclysma 1,5. 6 Uhr Abends 0,01 Morph. 12 Uhr Abends 0,01 Mor- phium.	Spontane Ge- burt in 17 Stunden, da- von die Aus- treibungszeit 1 $\frac{1}{4}$ Stunde.	14./IX. ge- heilt u. ohne Eiweiss ent- lassen.	Leb. Mädch., 45, 2550.	$\frac{1}{16}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, keine Oedeme.	—
Morphium 0,02 u. 1 stün- dige Narkose (60 g), darauf Chloralclysma v. 2,0, Senna.	Spontan, protrahierte 4 stündige II. Periode.	17./IX. ge- heilt entl.	Leb. Mädch., 51, 3880.	Spuren von Eiweiss.	—
Um 4 $\frac{1}{4}$ Uhr (1 $\frac{1}{2}$ St. nach dem Anfälle) 0,02 Morph., 4 $\frac{1}{2}$ —5 $\frac{1}{2}$ Uhr Narkose (50 g). 6 Uhr Chloralclysma 2,0. 7 Uhr 0,015 Morph., 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Schwitzbad.	Spontan. Geburtsdauer 2 $\frac{1}{2}$ Stunden.	18./IX. nach normalem Wochen- bette wegen Vitium cor- dis mit ge- ringem Ei- weissgehalte des Urins zu- rückverlegt.	Leb. Knabe, 50, 3950.	$\frac{1}{4}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, zahlreiche rothe u. weisse Blutkörper- chen.	Seit Mitte Juli an Schwanger- schaftsniere auf der Ley- den'schen Klinik be- handelt.

[illegible]



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind. Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens (nach dem 5. Anfalle) Morphinum 0,02. 9 $\frac{1}{2}$ —10 $\frac{1}{2}$ Uhr Narkose (15 g). 10 $\frac{1}{2}$ Uhr Chloralclysma 2 g. 10 $\frac{30}{10}$ Uhr Schwitzbad, 3 Aetherspritzen. 11 Uhr 3 Aetherspritzen. 12 $\frac{1}{2}$ Uhr Mittags 0,015 Morphinum.	Morgens 3 Uhr spontane Geburt ausserhalb und ohne Hebamme.	21./IX. †.	Leb. Knabe, 49,5, 3000.	$\frac{1}{2}$ Vol. Eiweiss, Cylinder, rothe Blutkörperchen, Oedeme der Beine seit 6 Monaten.	—
embolie), Nephritis parenchymatosa. Infiltratio haemorrhagica telaee retroperitonealis pelvicae. Pnue-gravis.					
um 11 $\frac{1}{2}$ Uhr spontan erwusstlos eingeliefert. Um 9 $\frac{10}{10}$ Uhr weiterer Anfall, Nar-Chloralclysma 2 g. 2 Uhr	—	25./X., Mor-gens 3 $\frac{3}{4}$ Uhr †.	Leb. Mädch., 44,5, 2710.	$\frac{3}{4}$ Vol. Eiweiss, Cylin-der, Oedeme seit 14 Tagen.	—
Hyperaemia pulm. Oedema cerebri et piaee matris levis. Aorta angusta. Metamorphosis circumscripta					
Von 10 $\frac{3}{4}$ —11 $\frac{50}{10}$ Uhr Nar-kose (60 g), 12 Uhr Mittags 0,02 Morph. 3 $\frac{10}{10}$ —3 $\frac{40}{10}$ Uhr Nachmittags warmes Bad mit Schwitzen.	—	11./XI. ge-heilt u. ohne Eiweiss ent-lassen.	Leb. Mädch., 45, 2070, stirbt am 31./X.	$\frac{3}{4}$ Vol. Eiweiss, Cylin-der, reichlich rothe Blut-körperchen.	—
Nach dem 10. (dem in der Anstalt beobachteten 1. Anfalle) Bad, im Bade 11. Anfall. Von 6 $\frac{1}{2}$ —8 $\frac{50}{10}$ Uhr Abends Narkose, 8 $\frac{30}{10}$ Uhr Chloralclysma von 3,75.	—	25./XI. ge-heilt mit einer Spur Eiweiss ent-lassen.	—	Reichlich Al-bumen, Cylin-der, weisse Blutkörperchen.	—
Nach der Wendung 2 $\frac{1}{2}$ -stündige Narkose und 0,02 Morph., $\frac{1}{4}$ St. später 5. Anfall; $\frac{1}{2}$ stündige Narkose. Nach $\frac{3}{4}$ St. 6. Anfall, 2 stün-dige Narkose. Bad nach der Entbindung.	Combinirte Wendung, Extraction erst 8 St. später.	8./XII. ge-heilt u. ohne Eiweiss ent-lassen.	† Mädch., 42, 1345.	Urin erstarrt beim Kochen. Massenhafte Cylinder, Oedeme der Füsse seit 3 Wochen.	—

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
167	31./XII.	Fr. Krüger, 27j. Ip.	23,5, 28, 32, 18 (?)	4	—	Nach 3 Anfällen wird Patientin Mor- tutermund für 1 Finger durchgängig, tanelle rechts vorn. An Herz und Lun- des Sensorium um 8½ Uhr 4. Anfall. 20 Min., Narkose von 7¾—10½ Uhr, kose 3 Mal Aussetzen der Ath- Athmung allmähig wieder spontane Ath- Muttermund markstückgross, Abgang von schwer zu hören, unregelmässig, Erschei- 2 Uhr Nachmittags 0,015 Morph. Zan- gen kehrt das Bewusstsein zurück und schwinden. Bis dahin Resp. 32—36. Der Puls von 120—144 erforderte die Anwen-			
168	Fälle ohne oder mit erst später eruirter Jahreszahl. 20./IV., Morgs. 6¾ Uhr.	Fr. Kairoth, 21j. Ip.	—	—	—	—	—	für 1 Fin- ger durch- gängig	—
169	18./VIII.	Fr. Bayer, 33j. Ip.	Sectionsbefund: Septum membranaceum apertum. Starke Ne-						
			—	1	4 (3 in den ersten St. p. p., 1 24 St. p. p.)	gering	—	—	—
170	24./II., gegen 12 Uhr Nachts.	Kellnerin Schmiedries, 24j. Ip.	—	—	—	Halbentbunden bewusstlos eingelie- ptischer Anfall und Geburt der Placenta, phium, 3 g Chloral. 8½ St. p. p. noch Morph. 0,02, Chloral 2,0.			
171	14./VI.	Arbeiterin Giese, 19j. Ip.	—	12	—	Patientin hatte am 10./VI. 7 Anfälle, auf der Krampfstation noch 5 Anfälle be- auch das Kind geboren.			

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
gens 7 Uhr chloroformirt eingeliefert. Blase steht, Kopf beweglich, kleine Fongen nichts Abnormes. Nach Wiederkehr Darauf 0,02 Morph., warmes Bad von dann 0,01 Morph. Während der Nar- mung, starke Cyanose. Nach künstlicher mung. Um 11 Uhr, beim Blasensprunge, Meconium. 12 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> Uhr Herztöne nur noch nungen von Lungenödem. 12 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr 2. Bad. genextraction. Erst am nächsten Mor- die Rasselgeräusche über den Lungen kleine, öfter aussetzende, unregelmässige dung von Analepticis.		9./I. 92 mit leichter Cystitis und Spur von Albumen entlassen.	+ Mädch., 45,5, 2170. Ascites.	Urin erstarrt beim Kochen fast ganz. Cylinder. Oedeme der Füsse.	Letzte Men- ses Anfang Mai.
Schwangere leidet seit 3 Tagen an Krämpfen und wurde deswegen am 19./IV. auf die Krampfstation über- führt. Anfall; Morphinum. Am 19. Transferirung zur Gebäranstalt. Hier wird kein Anfall wieder beob- achtet. Puls 120, Resp. 40. Morph. 0,015. Cyanose, Dys- pnoe und Pulsfrequenz nehmen während der Geburt sehr zu.	—	20./IV. †, 1/2 St. p. p. im Collaps.	Fehlgeburt des 7. Mon., 36, 981, 21./IV. †.	Starker Ei- weissgehalt.	Seit mehr- ren Jahren Herzklopfen u. Cyanose. Oedeme seit Beginn der Schwanger- schaft.
phritis parenchymatosa. Geringes Lungenödem. Nichts an Kehlkopf oder Gehirn. 2stündige Narkose nach dem 3., 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> stündige Nar- kose nach dem 4. Wochen- bettaufanfall und Morphinum 0,015.	Zange (sei- tens eines hinzugerufe- nen Arztes).	29./VIII. ge- heilt entl., nachdem im Wochenbette Icterus auf- getreten war.	Reifes + Kind.	Mässiger Ei- weissgehalt.	Letzte Men- ses Anfang Nov.
fert. Bald darauf 1 eklam- 3stünd. Narkose, 0,02 Mor- 1 Anfall; 1stünd. Narkose,	—	5./III. ge- heilt entl.	Knabe, 37, 1320, 26./II. †.	Starker Ei- weissgehalt.	—
vom 10. bis 14./VI. wurden obachtet. Dasselbst wurde	—	—	Leb. Knabe, 42,5, 1820.	Viel Eiweiss, Cylinder.	Letzte Men- ses Ende October. Seit 6 Wochen Oedeme, Verminde- rung des Urins.



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Narkose in den letzten 12 St. a. p., Chloral 4,0, Morph. 0,02.	Zange.	11./IV. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 48,5, 2580.	Urin gerinnt beim Kochen, Cylinder, Oedeme.	Letzte Men- ses Juli.
Nachdem 7 Anfälle ausser- halb stattgefunden hatten, trat der 8. am 23./III., 3 <sup>30</sup> / <sub>4</sub> Uhr Nachm. ein. (Grösse des Muttermundes zu dieser Zeit nicht angegeben); 0,02 Morph., Bad. In demselben 4 <sup>30</sup> Uhr 9. Anfall; Narkose bis 5 <sup>30</sup> Uhr, Venaesectio 5 <sup>30</sup> Uhr, 7 Uhr Abends 2 g Chloralclisma. 9 Uhr 10. Anfall, Narkose bis 10 <sup>30</sup> Uhr, Morph. 0,01. Nach der Ent- bindung Excitantien.	Zange, nach- dem die Blase 10 Minuten vorher ge- sprengt war.	24./III. †, 12 St. p. p. an Lungen- ödem, ohne aus dem Coma er- wacht zu sein.	Mädchen, gleich p. p. †, 38, 1253.	—	Letzte Men- ses Ende Juli.
pneumonia pulm. dextr., Pleuritis fibrinosa. Myocarditis parenchymatosa. Endocarditis chron. fibrosa chymatosa gravis. Hyperplasia levis lienis.					
Ganz entbunden einge- liefert. Morph. 0,015.	Spontan in den Eihüllen.	10./III. wegen Erregungs- zuständen zur Deliran- tenabtheilung verlegt.	Todtgeboren. Mädchen, 41,5, 1790.	Urin erstarrt. Cylinder, Oedeme.	—
Diuretica und Diaphore- tica. Im Wochenbette Mor- phium.	Spontan.	28./I. wegen Erregungs- zuständen u. Hallucinatio- nen verlegt und nach län- gerer Zeit gebessert entlassen.	† Mädch., 40,5, 1420.	<sup>2</sup> / <sub>3</sub> Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedem seit 4 Wochen.	—
ohne Kind, bewusstlos zur Puls und Temperatur nor- Anfall, danach 2stündige	Leichte spontane Geburt.	19./VIII. † (Temp. bis 41,3, Puls 132), ohne aus dem Coma er- wacht zu sein.	Lebend reif.	Starker Ei- weissgehalt, Cylinder, Oedeme.	—

gitis ext. levis. Peri- et Endocarditis chronica, Myocarditis parenchymatosa. Dilatatio cordis et Hyper-  
dextr. Nephritis interstitialis chron. et parenchymatosa recens. Hepatitis parenchymatosa. Icterus

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ? para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- falle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- falle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
177	26./IX., Morgs. 7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr.	Dienstmagd Reinhardt, 34j. Ip.	—	10	keiner	ca. 30 St.	15 St. (Auf- hören infolge des Kinds- todes?)	für 1 Finger durchgängig, Herztöne nicht mehr zu hören (12 St. a. p.)	—
178	26./XII., Nachm. 3 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> Uhr.	Arbeiterin Pigolla, 20j. IIp.	1 artifi- cieller Abort von 8 Woch.	2	1 (1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. p. p.)	2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> St.	keiner	zweimark- stückgross (5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> St. a. p.)	—
179	14./VIII., Nachts 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> Uhr.	Fr. Treptow, 30j. Ip.	—	meh- rere nicht, 4 be- obach- tet	2	72 St.	62 St.	?	—
180	6./I.	Dienstmagd Martin, 25j. Ip.	25,5, 27, 18, 10,5	1 bei der vor- letzten Wehe	1 bei der Damm- naht	—	—	—	—
181	1881, 16./VIII., Nachts 2 Uhr.	Schulz, Ip.	24, 27, 18,5, 19,5	3	keiner	?	4 St.	für 1 Finger durchgängig, Portio ver- strichen, Herztöne normal	—

Sectionsbefund: Thrombosis continuata sinus longitudinalis, Hy-  
chronica corticalis. Infiltratio adiposa hepatis. Im Sinus longitudinalis  
frischem Gerinnsel.

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- hülflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
Nach den ersten 3 An- fällen Morph. 0,03, nach den zweiten 3 Anfällen Morph. 0,03, nach dem 7. Anfälle Morph. 0,02, nach dem 9. Anfälle 2stündige Narkose, nach dem 10. Anfälle 1½- stündige Narkose.	Spontan in Steisslage.	1./X. zur in- neren Station zurück- verlegt.	† Mädch., 37, 810.	Starker Ei- weissgehalt, Oedeme. Spec. Gewicht 1038.	Letzte Men- ses Decbr. Icterus im Wochen- bette.
Nach dem 1. Anfälle 1 stündige Narkose, nach d. 2. Anfälle Zange in Nar- kose, nach dem 3. Anfälle 3 stündige Narkose u. Mor- phium 0,01.	Zange.	4./I. geheilt (ohne Albu- men) zur Gefangen- station ver- legt.	Leb. Knabe, 49, 2860.	½ Vol. Ei- weiss. Kein Oedem.	Letzte Men- ses 25. März. Icterus im Wochen- bette.
Nach dem 4. beobachte- ten Anfälle (am 11./VIII.) Morph. 0,01, dann 0,008; 6 stündige Narkose, dann 0,01 Pilocarpin, wonach starke Schweiss- und Spei- chelsecretion mit Abnahme des Albumen. Am 12./VIII. 2 Mal 0,008 u. 0,01 Pilo- carpin. Danach nur noch ½ Vol. Eiweiss. Nach d. 1. Wochenbettsanfälle 0,01 Morph., nach d. 2. 1½ stün- dige Narkose und 0,008 Mor- phium.	Spontan.	26./VIII. geh.	Leb. Knabe, 46, 2570.	¾ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, Oedeme.	Letzte Men- ses Anfang Decbr.
—	Spontan (Dammriss; 2 Nadeln).	31./I. nach fieberhaftem Wochenbette geh. entl.	Leb. Knabe, 49,5, 3020.	Ueber Eiweiss nichts ange- geben.	Letzte Men- ses Anfang April.
4 stündige Narkose bis zur Entbindung. Puls schon vor der Narkose unregel- mässig (110), von wechseln- der Spannung.	Colpeuryse, Zange (bei nicht über 5 cm erweitert. Muttermun- de), Placen- tarlösung. Dammriss erforderte 4 Nähte.	17./VIII. † im Collaps, nachdem das Sensorium bis 1 St. vor dem Tode klar, Eiweiss beinahe ver- schwunden war.	† Knabe, 47, 2495.	Reichlicher Eiweissgehalt, Cylinder, weisse Blut- körperchen, Oedem.	—

peræmia et Oedema cerebri, Hypertrophia cordis, Bronchopneumonia multiplex, Nephritis parenchym.  
bohngrosser, aus einer kleinen Vene fortgesetzter, in Organisation begriffener Thrombus, umgeben von

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis	v. letz- ten An- fälle zur Ge- burt	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
182	6./X., Nachm. 6 Uhr.	Näherin Henschel, 19j. Ip.	—	2	1	3	keiner	gut mark- stückgross	völlig er- weitert
183	—	Dienstmagd Kaiser, 25j. Ip.	—	meh- rere ausser- halb, 1 beob- achtet	2 in der ersten Stunde p. p.	?	keiner	—	—
184	25./XII., Abends 10 Uhr.	Fr. Eggert, 24j. Ip.	—	meh- rere, 1 be- obach- tet	keiner	?	14 St.	16½ St. a. p. für 1 Finger durchgängig, Portio im Verstreichen	—
185	20./VII., Nachm. 2 Uhr.	Fr. Vorath, 22j. IIp.	—	—	—	Nachdem in der Nacht vom 21. bis gewesen, kommt Patientin bewusstlos zur ren Anfälle. Doch sinkt der Puls trotz naesectio bleibt die Athmung stertorös, kes'sche Athmung).			
186	1892, 14./I., Nachts 1 Uhr.	Fr. Wilde, 35j. Vp.	—	keiner	—	Sectionsbefund: Hepatitis haemorrhagica, Hydronephrosis sin. Marksubstanz verschwunden ist. Der Rest des Parenchyms, sowie die blass, zeigt ziemlich ausgedehnte subendocardiale Blutungen. Beide			
						Wird bewusstlos und entbunden ein- vorher (4 St. p. p.) Krämpfe bekommen 2 St. chloroformirt war. Gleich bei der (3 Uhr Nachm.). Therapie: Morph. 0,01, 5¾ Uhr 0,01 Morph., 1,5 Chloralclysma. Bad.			
187	27./I., Morgs. 10¼ Uhr.	Arbeiterin Langner, 21j. Ip.	—	zahl- reiche	2 (1 leich- ter) in der ersten St. p. p.	8	7	Die Obduction ergab: Haemorrhagia corp. striati sin. Nephritis erweiterten Ventrikeln rechts flüssiges Blut, links ein wurstförmiges des Corp. striatum sich fortsetzt. Die Zerreissung der Hirnsubstanz Rinde stark trübe mit kleinen punktförmigen Blutungen.	
								8 St. a. p. markstück- gross, Portio verstrichen	—



Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica.	Art des geburts- helflicheu Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
4stündige Narkose bis 1 St. p. p.; 8 Uhr Abends 1 Wochenbettsanfall im An- schlusse an eine Morphinum- injection; danach 10stün- dige Narkose.	Zange (Dammriss II. Grades trotz Inci- sion).	20./X. ge- heilt entl.	Leb. Knabe, 50, 3760.	Spur von Eiweiss.	Letzte Men- ses Ende De- cember. Ic- terus im Wo- chenbette.
Kurze Narkose a. p., 8stündige Narkose p. p.	Spontan.	Am 28./XII. wegen puer- peraler Manie zu West- phal verlegt.	† Mädch., 49, 2865, mit Todten- starre.	Starker Ei- weissgehalt, keine Form- elemente.	Icterus im Wochen- bette.
ca. 12stündige Narkose bis 3 St. a. p., wo die Ath- mung unregelmässig wurde (400 g).	Spontan, $\frac{1}{2}$ St. nach d. Blasen- sprunge.	5./I. geheilt entl.	Leb. Mädch., 49, 2800.	Mässiger Ei- weissgehalt, Oedem der Füsse seit 6 Wochen.	—
22. zahlreiche Anfälle da- Anstalt. Hier keine weite- aller Excitantien, trotz Ve- aussetzend (Cheyne-Sto-	Spontan.	22./VI. † Abends 7 Uhr.	—	$\frac{1}{3}$ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, rothe Blut- körperchen, Oedem der Füsse.	—
Anaemia universalis. Linke Niere mit starker Hydronephrose, so dass ein bedeutender Theil der rechte Niere normal. In der Leber zahlreiche Blutungen. Herz etwas klein, im rechten Ventrikel Lungen mit zahlreichen lobulären Atelectasen und interstitiellem Emphysem. Gehirn normal.					
geliefert, nachdem sie 6 St. und deswegen ausserhalb Aufnahme noch 2 Anfälle von $3\frac{1}{4}$ — $5\frac{1}{2}$ Uhr Narkose, 16./I. Morgens Excitantien.	Spontan.	16./I. † Mittags $2\frac{3}{4}$ Uhr, ohne aus dem Coma er- wacht zusein.	Leb. Knabe, 51, 3520.	Viel Eiweiss, Cylinder, weisse und rothe Blut- körperchen.	Die Tem- peratur ging am 15., Abds. 7 Uhr auf $34,4$ , der Puls auf $36$ herunter. Respiration 26.
chron. parenchymatosa. Pneumonia hypostatica duplex. Oedema pulm. Hypertrophia cordis. In den derbes, den ganzen Ventrikel ausfüllendes Gerinnsel, welches von einer Ruptur des vorderen Theiles geht bis ins linke Centrum ovale. Die Hirnsubstanz im übrigen blutreich. Beide Nieren blutreich,					
8 St. vor der Geburt Morphiuminjection, nach der- selben 0,01 Morphinum und 2stündige Narkose. Einige Stunden später nochmals Morphium u. Chloral; Bad.	Spontan.	6./II. geheilt entlassen.	Leb. Knabe, 50, 2770.	Mässiger Ei- weissgehalt. Oedeme auch des Gesichtes seit mehreren Monaten.	Letzte Men- ses Ende März. Vom 10. bis 13. Jahre öftere Bewusst- losigkeit.

Nr.	Jahr, Tag und Stunde der Geburt	Name, Alter und Stand, ?para	Becken- maasse, Verlauf früherer Gebur- ten.	Zahl der An- fälle		Zwischen- raum		Grösse des Mutter- mundes	
				bis zur Ge- burt	nach der Ge- burt	v. 1. An- fälle bis zur Ge- burt	v. letz- ten An- fälle	bei der 1. nach Aus- bruch der Eklampsie vorgenomm. Untersuchg.	bei der Entbin- dung
188	1892. 28./I., Mittags 1 Uhr.	Näherin Kestner, 27j. Ip.	27,5, 29, 20	keiner	2	—	—	—	—
189	1./II.	Fr. Kerner, 28j. Ip.	—	4	1	—	—	—	—
190	4./II.	Fr. Lüdtke, 21j. Ip.	—	keiner	6	Unmittelbar p. p. 1. Anfall; 0,02 dem Transporte zur Charité 5. Anfall, fall. Darauf 2stündige Narkose, während Puls zwischen 100 und 164, und die Re- aus. Injection von Tinct. Moschi und			
191	5./II., Morgs. 5 <sup>10</sup> Uhr.	Arbeiterin Kulpenberg, 19j. Ip.	—	4	keiner	13	6	Muttermund 7 St. a. p. noch fast geschlos- sen, Portio fast ganz er- halten. Herz- töne nicht hör- bar. Mutter- mund 3 St. a. p. für 1 Finger durchgängig.	nicht ganz mark- stück- gross, Blase steht
Obductionsresultat: Nephritis parenchymatosa gravis. Broncho-									
192	18./II., Morgs. 3 1/2 Uhr.	Arbeiterin Grass, 18j. Ip.	26, 29, 19,5	2	keiner	3/4 St.	keiner	—	völlig er- weitert
193	21./II., Abends 11 3/4 Uhr.	Dienstmagd Golle, 19j. Ip.	21, 24, 17 1/2, 18, 10	keiner	1, 2 St. p. p.	—	—	—	—
194	—	Dienstmagd Szczeny, 19j. Ip.	24, 28, 19, 12	1 (vorher Amau- rose)	keiner	5 1/4 St.	—	Mm. 5 1/4 St. a. p. dreimark- stückgross. 4 1/4 St. a. p. Blasensprung, Abgang von Meconium, 4 St. a. p. Sinken der kindlichen Herztöne auf 108.	völlig er- weitert

Die Fälle 195—200 sind bereits in dem ersten

Medicamentöse Behandlung. Dauer der Narkose bezw. Menge der verbrauchten Narcotica	Art des geburts- helflichen Eingriffes	Ausgang		Beschaffen- heit des Urins	Bemerkun- gen
		für die Mutter	für das Kind, Ge- schlecht, Länge u. Ge- wicht des Kindes		
2½ St. p. p. in 10 Mi- nuten 2 Anfälle; Morph. 0,01, 2¼ stündige tiefe Narkose (60 g), dann Morph. 0,01 und Bad, 2 St. später noch 1 g Chloral per Clysm.	Spontan und leicht.	10./II. geheilt entlassen.	Leb. Mädch., 51, 2900.	Wenig Eiweiss. Cylinder, Nierenepithe- lien.	Oedem der Füsse seit 4 Wochen.
Entbunden und bewusst- los eingeliefert, bekommt Patientin 0,01 Morph., dann 2 stündige Narkose u. Mor- phium 0,01. Bad.	Zange (Dammriss II. Gr.), ma- nuelle Pla- centarlösung (ausserhalb).	5./III. geb. a. W. entl., nachdem sie an Parame- tritis duplex erkrankt war.	Leb. Kind, reif.	½ Vol. Ei- weiss, Cylin- der, wenig rothe Blut- körperchen.	—
Morph. Kurz darauf 3, auf nach der Aufnahme 6. An- derselben schwankte der spiration setzte mehrmals Digit. aa.	Spontan (Kopf- schmerzen).	9./II. ohne Eiweiss a. W. entl.	Leb. Kind.	Viel Albu- men (1/3), Cylinder.	Seit 8 Tagen Oedeme der Hände und Füsse.
3 stündige Narkose, wäh- rend welcher der Puls zwi- schen 120—150 in die Höhe ging; Cyanose, Tracheal- rasseln.	2 Cervix- incisionen, Perforation u. Kranio- traction.	5./II. †, 15 St. p. p.	† Mädch., 48, 2500.	Starker Ei- weissgehalt. Cylinder, Oedem der Beine.	Seit 8 Tagen Kopfschmerz, seit mehre- ren Tagen Uebelkeit.
pneumonia multiplex. Myocarditis parenchymatosa. Hyperplasia lienis. Hyperaemia et Oedema pul-					
Narkose zum Zwecke d. Entbindung, die nachher noch 2½ Stdn. fortgesetzt wurde.	Zange (Damminci- sion).	9./III. geheilt entl.	Leb. Knabe, 56, 3990. † 5./III. bei künstlicher Ernährung an Brechdurchfall.	Mässig viel Eiweiss, Cy- linder, viel Leukocyten.	Letzte Men- ses 24./IV. 1891.
2 stündige Narkose und Chloralclisma.	Spontan (7 stündige 2. Periode)	9./III. geheilt entlassen.	Leb. Mädch., 48, 3850, am 23./III. † an meningealer Haemorrhagie des linken Schläfen- lappens.	Viel Eiweiss, Cylinder.	Schwanger- schaftsniere, Oedem.
6 stündige Narkose. Wäh- rend derselben Temperatur 34,8, Puls 72.	Schwere Zange (2 Scheiden- risse).	14./III. geh. entl. Amau- rose am 4. Tage völlig verschwun- den.	Leb. Knabe, 51, 3635.	Spuren von Albumen, keine Oedeme.	Letzte Men- ses Ende Mai.

Theile der Arbeit unter der Nr. 1—6 veröffentlicht.

Um späteren Revisoren meiner Tabelle die Arbeit zu erleichtern, füge ich eine zweite Tabelle bei, welche die Einordnung der einzelnen Fälle in die verschiedenen Kategorien der Eklampsiefälle veranschaulicht. Mehrfach war ich zweifelhaft, ob ich die betreffenden Fälle als solche rechnen sollte, bei denen die Eklampsie bereits vor und während oder nur während der Geburt aufgetreten war. Sollte ich in dieser Hinsicht wegen mangelnder Anamnese Fehler begangen haben, so sind dieselben praktisch von keiner Bedeutung. Es kommt praktisch nicht so sehr auf die Feststellung des Beginnes der Eklampsie an als auf die Feststellung der Frage, ob die Eklampsie mit der Entleerung des Uterus aufhört oder nicht. (Tabelle II, S. 117 u. 118.)

Von den 200 Eklampsiefällen sind also 42 Mütter gestorben (21 Proc.). Rechnen wir die Fälle von Eklampsie post partum ab, so ergibt sich für die schon vor der Geburt ausgebrochene Eklampsie eine etwas höhere Mortalität, nämlich auf 152 Fälle 36 Todesfälle (23,7 Proc.). Die Mortalität der Mütter ist also eine etwas geringere als diejenige in der Statistik von Löhlein und Olshausen mit 25 Proc.

Von den 42 Müttern sind 3 an Sepsis gestorben, nämlich die Fälle 11, 13, 73. Rechnen wir diese Todesfälle, als nicht durch die Eklampsie bedingt, ab, so bleiben 39 Todesfälle unter 197 (19,8 Proc.), resp. für die schon vor der Geburt ausgebrochene Eklampsie 34 Todesfälle unter 150 (22,7 Proc.).

Aus diesen 3 Todesfällen an Sepsis kann ich übrigens nicht, wie Olshausen das thut, eine besondere Prädisposition der Eklamptischen für Sepsis herleiten. Der Fall 11 suchte wegen Kopfschmerzen, Uebelkeit und Druck im Epigastrium die Charité auf und bekam auf der sogenannten inneren Weiberaufnahme den ersten Anfall. Die Geburt verlief spontan und leicht. Ich nehme an, dass die Patientin bei der Aufnahme, wo es bei den Untersuchungen im Jahre 1883 (wie ich aus meiner persönlichen Erfahrung als Unterarzt bezeugen kann) nicht sehr streng antiseptisch herging, inficirt worden ist. Der Fall 13 starb infolge einer Infection des Dammrisses, die wahrscheinlich erst im Wochenbett durch die häufigen Scheidenausspülungen erzeugt wurde. Im Fall 73 (Eklampsie post partum) war ausserhalb von einem Arzt die Placentarlösung vorgenommen und hierbei die Frau inficirt worden. Die Sepsis dieser 3 Fälle lässt sich also ohne die Annahme einer besonderen Prädisposition sehr gut erklären und hätte sich mit Sicherheit vermeiden lassen können.

Tabelle II.

Eklampsien ante partum						Eklampsien ante et intra partum						Eklampsien ante et post partum							
I parae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben		I parae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben		I parae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben			
				Müt- ter	Kin- der					Müt- ter	Kin- der					Müt- ter	Kin- der		
1	—	1	1	—	—	10	—	—	—	10	10	11 !	—	—	—	11	11		
8	—	8	—	8	8	12	—	—	—	12	12	22 !	—	—	22	—	—		
18	—	18 post mort.	—	18	18	33	—	33	33	—	—	32 !	—	—	32	—	—		
24	—	24	24	—	24	34	—	34	34	—	—	37 !	—	—	37	—	37		
27	—	—	27	—	27	—	39	39	—	39	39	101 !	—	—	101	—	101		
—	31	—	31	—	31	40	—	—	40	—	40	179 !	—	—	179	—	—		
—	53	—	—	53	53	126	—	126	—	126	126	6	—	1	5	1	3		
67	—	—	67	—	67	—	129	129	129	—	129	—	—	—	—	—	—		
69	—	—	—	69	69	154	—	154	154	—	—	—	—	—	—	—	—		
72	—	72	72	—	72	167	—	167	167	—	167	E. ante, intra et post partum							
—	75	—	75	—	75	171	—	—	171	—	—	I parae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Müt- ter	Kin- der		
77	—	—	77	—	77	173	—	173	—	173	173	—	—	—	—	—	—		
—	79	—	79	—	—	184	—	—	184	—	—	—	—	—	—	—	—		
—	91	—	91	—	91	191	—	191	—	191	191	—	—	—	—	—	—		
92	—	—	—	92	92	196	—	196	196	—	—	—	—	—	—	—	—		
97	—	—	97	—	97	13	2	10	9	6	9	36	—	36	36	—	36		
100	—	—	100	—	100	15						42 !	—	—	42	—	42		
109	—	—	109	—	109							195 !	—	195 !	195	—	—		
133	—	—	133	—	133							3	—	2	3	—	2		
138	—	—	—	138	138														
172	—	—	172	—	—														
140	—	—	140	—	140														
142	—	—	142	—	142														
144	—	—	144	—	144														
—	153	153	—	153	153														
166	—	166	166	—	166														
168	—	—	—	168	168														
174	—	—	174	—	174														
175	—	—	175	—	175														
177	—	—	177	—	177														
181	—	181	—	181	181														
25		6	8	22	9	28	E. ante partum . . . .						25	6	—	8	22	9	28
31		(2 Sect. caes. post mortem)	E. ante et intra partum .						13	2	—	10	9	6	9				
E. ante et post partum .						6	—	—	1	5	1	3							
E. ante, intra et post partum						3	—	—	2	3	—	2							
E. intra et post partum .						40	7	—	27	38	9	19							
E. intra partum . . . .						41	5	4	40	39	11	21							
E. post partum . . . .						35	12	1	—	42	6	(5)							
						163	32	5	88	158	42	82							
						(2 Sect. caes. post mortem)													
						84%	16%	—	44%	79%	21%	54%							

resp. 50,6% Operationen u. 23,7% Todesfälle von den schon vor der Entleerung des Uterus ausgebrochenen Eklampsien (auf 157 Fälle 86 Operationen, 36 Todesfälle)

T a b e l l e II.

Eklampsien intra et post partum						Eklampsien intra partum						Eklampsien post partum					
Iparae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben		Iparae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben		Iparae	Multi- parae	Ope- rirt	Ge- heilt	Gestorben	
				Müt- ter	Kin- der					Müt- ter	Kin- der					Müt- ter	Kin- der
—	2	—	—	2	—	—	5	5	5	—	—	6	—	—	—	6	—
3!	—	3!	3	—	—	7	—	—	7	—	—	14	—	—	—	14	—
4!	—	4!	4	—	—	9	—	—	—	9	9	15	—	—	—	15	—
13!	—	13!	—	13!	—	17	—	—	—	17	17	19	—	—	—	19	—
16	—	16	—	16	—	23	—	—	23	—	23	—	20	—	—	20	—
21!	—	—	21	—	21	25	—	25	25	—	—	43	—	—	—	43	—
35	—	35	35	—	—	26	—	26	26	—	—	45	—	—	—	45	—
38!	—	38!	—	38!	38	28	—	28	28	—	—	47	—	—	—	47	—
44!	—	44!	44	—	44	29	—	29	29	—	—	52	—	—	—	52	—
50	—	50	—	50	50	30	—	30	30	—	30	—	61 Zw.	—	—	61	61
51!	—	51!	—	—	—	41	—	41	41	—	—	66	62	—	—	62	62
54	—	—	—	54	—	46	—	46	46	—	—	—	71	—	—	66	—
55!	—	55!	—	55!	—	48	—	48	48	—	—	73	—	—	—	71	73
58!	—	58!	58	—	58	49	—	49	—	49	49	—	76	—	—	76	—
59	—	—	59	—	—	56	—	56	—	56	56	80	—	—	—	80	—
(60)	—	—	60	—	—	—	57	—	57	—	57	82	—	—	—	82	—
65!	—	65!	65	—	65	63	—	63	63	—	—	84	—	—	—	84	—
68	—	—	68	—	68	64	—	—	64	—	—	85	—	—	—	85	—
—	70!	—	70	—	70	74	—	74	74	—	74	89	—	—	—	89	—
—	78!	78!	78	—	—	81	—	81	81	—	—	94	—	—	—	94	—
86!	—	86!	86	—	—	—	83	83	—	83	83	95	—	—	—	95	—
87!	—	87!	87	—	—	88	—	88	88	—	88	103	—	—	—	103	—
99	—	—	99	—	—	90	—	90	90	—	90	104	—	—	—	104	—
105!	—	105!	105	—	105	93	—	93	—	93	93	—	112	—	—	112	—
106!	—	106!	106	—	—	96	—	—	96	—	—	114	—	—	—	114	—
110!	—	110!	110	—	—	—	98	—	98	—	—	—	115 Zw.	—	—	115	—
—	111!	—	111	—	111	102	—	—	102	—	102	116	—	—	—	116	—
—	118!	—	118	—	118	107	—	107	107	—	—	121	—	—	—	121	121
(123)	—	—	123	—	—	108	—	—	108	—	108	122	—	—	—	122	—
—	127!	—	127	—	—	113	—	113	—	113	—	—	131	—	—	131	—
132!	—	132!	132	—	132	117	—	117	117	—	117	134	—	—	—	134	—
136	—	—	136	—	136	—	119	—	119	—	—	137	—	—	—	137	137
146!	—	146!	—	146!	146	120	—	120	—	120	—	139	—	—	—	139	—
147!	—	147!	147	—	147	124	—	124	124	—	—	150	—	—	—	150	—
148!	—	148!	148	—	—	125	—	125	125	—	—	151	—	—	—	151	—
155!	—	155!	155	—	—	128	—	128	128	—	—	156	—	—	—	156	—
163	—	—	—	163	—	130	—	130	—	130	130	—	158 Zw.	—	—	158	—
164!	—	—	164	—	164	—	135	135	135	—	135	159	—	—	—	159	—
—	165	—	165	—	—	141	—	141	141	—	—	160	—	—	—	160	—
169	—	169	169	—	169	143	—	143	—	143	113	161	—	—	—	161	—
(170)	—	—	170	—	170	145	—	145	145	—	—	162	—	—	—	—	162
178!	—	178!	178	—	—	149	—	149	—	149	—	—	176	—	—	176	—
180!	—	—	180	—	—	152	—	152	152	—	152	—	185	—	—	185	—
182!	—	182!	182	—	—	157	—	157	157	—	—	—	186	—	—	186	—
183!	—	—	183	—	183	192	—	192	192	—	192	188	—	—	—	188	—
187!	—	—	187	—	—	194	—	194	194	—	—	190	—	—	—	190	—
189!	—	189!	189	—	—	197	—	197	197	—	197	193	—	—	—	193	193
40	7	27	38	9	19	198	—	198	198	—	—	35	1	12	—	42	5
47	—	—	—	—	—	199	—	199	199	—	—	(Iparae?)			—	6	—
—	—	—	—	—	—	200	—	200	200	—	—	48			—	—	—
—	—	—	—	—	—	41	4	5	—	40	39	11	21	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(Iparae?)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Anm. Die Fälle mit Ausrufungszeichen sind solche, wo die Eklampsie sich nach der Entleerung des Uterus besserte.

Hervorzuheben ist bei diesen 3 Fällen noch der Umstand, dass die Sepsis sich nicht etwa an sehr eingreifende Operationen angeschlossen hat, wie deren sich unter den 200 Fällen eine ganze Reihe befinden. Es ist dieser Umstand von Bedeutung für die Indicationsstellung zu geburtshülflichen Eingriffen bei Eklampsie.

2 Fälle (69 und 120) starben an Verblutung ex atonia uteri. Da atonische Nachblutungen bei Eklampsie ungewöhnlich häufig sind, so nehme ich an, dass die Blutung dieser Fälle mit der Eklampsie in Zusammenhang stand und sehe diese Todesfälle als durch die Eklampsie bedingt an. Beide hätten sich mit Sicherheit vermeiden lassen, wenn nicht zu spät tamponirt worden wäre. Die Uterustamponade stillte die Blutung in beiden Fällen prompt, wie sie auch in den übrigen Fällen von Eklampsie, wo sie zur Anwendung kam, stets von Erfolg begleitet war.

Will man indessen den Zusammenhang dieser Fälle mit der Eklampsie nicht gelten lassen, so bin ich auch damit einverstanden. Dann kämen auf 195 Eklampsiefälle 37 Todesfälle (18,9), resp. auf die schon vor der Geburt ausgebrochenen 148 Eklampsien 32 Todesfälle (21,7 Proc.).

Aus diesen letzten Zahlen lässt sich übrigens am besten ein Schluss ziehen auf die heutige Sterblichkeit an Eklampsie resp. ihren Folgen. Bei der bisher üblichen Behandlung der Eklampsie, vorausgesetzt, dass bei den betreffenden Fällen alle Vorsichtsmaassregeln der Antisepsis und eine rationelle Behandlung der Blutungen post partum zur Anwendung gekommen sind.

Nach den von mir vorgeschlagenen Principien sind die Fälle von 195—200 und Fall 132 behandelt. Diese müssen also bei einer Statistik in Abzug gebracht werden, welche uns die Resultate der bisherigen Therapie der Eklampsie wiedergeben soll. Dann sind von 188 Eklampsiefällen 37 (19,6 Proc.), resp. von den 141 schon vor der Geburtsbeendigung ausgebrochenen Eklampsien 32 (22,7 Proc.) an der Eklampsie resp. ihren Folgen gestorben.

Für die Fälle von Eklampsie also, von denen man durch eine strenge Antisepsis resp. Asepsis die septische Infection, durch die Tamponade des Uterus gefahrdrohende atonische Nachblutungen fern hält, beträgt nach unserer Statistik bei der bisherigen Behandlungsmethode die Mortalität der Mütter 19,6 Proc. (für alle Fälle), resp. 22,7 Proc. (bei Ausschluss der Eklampsien post partum).

Die Mortalität der Kinder bei Eklampsie — die Fälle von Eklampsie post partum kommen hier natürlich gar nicht in Betracht — beträgt 54,6 Proc. (von 150 Fällen starben die Kinder in 82 Fällen).

Von den 82 Todesfällen sind 4 in Abzug zu bringen, wo der Tod des Kindes mit der Eklampsie nichts zu thun hatte. In Fall 65 trat die Eklampsie erst nach dem Tode des Kindes auf. In Fall 136 war nur 1 eklamptischer Anfall beim Durchschneiden dagewesen und das Kind starb 14 Tage nach der Geburt. In Fall 147 handelte es sich um einen Hydrocephalus und in Fall 192 waren nur 2 eklamptische Anfälle dagewesen, das Kind starb 15 Tage alt (bei künstlicher Ernährung) an Brechdurchfall.

So ergibt sich eine Kindersterblichkeit von 53,4 Proc. (bei 146 Fällen 78 Todesfälle), die sich auf 49 Proc. ermässigt, falls man die 14 Eklampsiefälle aus dem 7. resp. früheren Monaten in Abzug bringt, bei denen die Kinder sämmtlich starben.

Von den lebensfähigen 132 Kindern, die aus dem 8.—10. Monat und vom normalen Ende der Schwangerschaft stammten, sind somit 49 Proc. gestorben.

Ueber die Vertheilung der einzelnen Fälle auf die verschiedenen Monate der Schwangerschaft giebt beifolgende Tabelle III, S. 121 u. 122, Auskunft.

Aus dieser Tabelle ergibt sich ferner, dass von 42 Eklampsiefällen des 8.—10. Monats (Fall 65 fällt aus dem oben genannten Grunde aus) 30 Kinder (71,4 Proc.), von 90 Eklampsiefällen vom normalen Ende der Schwangerschaft (die Fälle 136, 147, 192 fallen aus den oben genannten Gründen aus) dagegen nur 34 (37,8 Proc.) Kinder infolge der Eklampsie starben.

Von grosser praktischer Wichtigkeit ist die Thatsache, dass von den 14 Fällen, wo die Eklampsie im 7. Monat der Schwangerschaft oder früher ausbrach, in keinem Falle die Schwangerschaft ohne Störung fort dauerte. Vielmehr wurde:

im Fall	23	das Kind nach	$2\frac{1}{4}$	Stunden	tot geboren
" "	27	" "	$4\frac{1}{3}$	" "	"
" "	91	" "	$49\frac{1}{2}$	" "	"
" "	97	" "	24	" "	"
" "	100	" "	16	Tagen	" "
" "	109	" "	2	"	geboren (lebend, bald †)
" "	133	" "	2	"	" (lebend, bald †)
" "	142	" "	21	"	tot geboren
" "	153	" "	$6\frac{1}{2}$	Stunden	" "



Tabelle III.

	Gestorbene Kinder (in der Geburt oder im Wochenbett)					Lebend entlassene Kinder					Kinder ohne An- gabe ihres Schicksals
	vom 1.—7. Mon.	vom 8. Mon.	vom 9. Mon.	vom 10. Monat	Reife Kinder	vom 1.—7. Mon.	vom 8. Mon.	vom 9. Monat	vom 10. Monat	Reife Kinder	
Eklampsia ante partum	27 91 97 100 109 133 142 153 168 177	53 (Ende des 8. M.) 69 72 75 92 166 175	144 174	67 77 181	8 18 (Zwill.) 24 (Zwill.) 31 138 140				79 (Geburt 3 Tage später)	1 (Geburt 4 Tage später) 172 (Geburt 12 Stunden nach Aufhören der Eklampsie)	
Summa 31 Fälle in 28 Fällen K. †, in 3 lebend	10	7	2	3	6	—	—	—	1	2	
Eklampsia ante et intra partum	39 40	10 129 173	—	12 167	126 193	—	—	171 (Geburt einige Stund. später)	196 (Geburt dir. nach dem letzten Anfall)	33 (Gb. 7 St. sp.) 34 „ 6 „ „ 154 „ 3 „ „ 184 „ 14 „ „	
Summa 15 Fälle in 9 Fällen K. †, in 6 lebend	2	3	—	2	2	—	—	1	1	4	
Eklampsia ante et post partum	—	—	—	11	37 101	—	—	—	32 (Gb. 3 T. sp.) 179 (Gb. 3 T. sp.)	22 (Geburt 29 Stunden später)	
Summa 6 Fälle in 3 Fällen K. †, in 3 lebend	—	—	—	1	2	—	—	—	2	1	
Eklampsia ante, intra et post partum	—	—	—	—	36 42	—	—	—	—	195 (Geb. resp. Ent- leerung d. Uterus direct nach dem letzten Anfall)	
Summa 3 Fälle in 2 Fällen K. †, in 1 lebend	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	
Eklampsia intra et post partum	170	146	70 68 (Ende des 9. Mon.) 132 (Ende des 9. Mon.)	65 (Eklampsie erst nach dem Tod des Kindes) 164 (Anfang des 10. Monats)	21 38 44 50 58 105 111 118 136 147 169 183	—	54	2 35	—	3 4 13 16 51 55 59 60 78 86 87 99 106 110 127 148 155 163 178 180 182 187 189	123 165 Bezüglich der Reife ist ebenfalls nichts angegeben, da die Mütter ohne Kinder in die Anstalt geschafft wurden.
Summa 47 Fälle in 19 Fällen K. †, in 28 leb., in 2 unb.	1	1	3	2	12	—	1	2	—	23	2

Tabelle III.

	Gestorbene Kinder (in der Geburt oder im Wochenbett)					Lebend entlassene Kinder					Kinder ohne An- gabe ihres Schicksals
	vom 1.—7. Mon.	vom 8. Mon.	vom 9. Mon.	vom 10. Monat	Reife Kinder	vom 1.—7. Mon.	vom 8. Mon.	vom 9. Monat	vom 10. Monat	Reife Kinder	
Eklampsia  intra partum	23	57 (Ende des 8. Mon.) 152	9 108	49 90 117	17 30 56 74 83 88 (Zwill.) 93 102 130 135 143 192 197	—	—	63 64 119 Ende d. 9. Mon.	125	5 (Zwill.) 7 25 26 28 29 (Zwill.) 41 46 48 81 96 98 107 113 120 (Zwill.) 124 126 141 145 149 157 194 198 199 200	
Summa 50 Fälle in 21 Fällen K. †, in 29 lebend	1	2	2	3	13	—	—	3	1	25	
Gesamtsumme 152 Fälle	14	13	7	11	37	—	1	6	5	56	Kinder mit unbekannt. Schicksal
in 82 Fällen Kinder gestorben, in 68 lebend entlassen, in 2 Fällen Schick- sal der Kinder unbekannt.	82					68					2

im Fall 168 das Kind nach 1 Tage geboren (lebend, bald †)  
 „ „ 170 „ „ während der Anfälle „ (lebend, bald †)  
 „ „ 177 „ „ nach 15 Stunden todt geboren  
 „ „ 39 „ „ „  $7\frac{3}{4}$  „ „ „  
 „ „ 40 „ „ „ 30 „ „ „

Von den Müttern starben 2 (Fall 153 und 168).

Aus dieser Statistik geht also hervor, dass bei Ausbruch der Eklampsie vor der 28. Woche der Schwanger-

schaft die Frucht stets verloren ist. Eine Ausnahme hiervon habe ich auch bei der Durchsicht der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht gefunden. Mithin braucht die Therapie in diesen Fällen nur Rücksicht auf das mütterliche Leben zu nehmen. Die beste Behandlung dieser Fälle besteht daher in der Unterbrechung der Schwangerschaft, bezw. in der raschen Entleerung des Uterus, durch welche wir am sichersten die Eklampsie beseitigen.

Man würde also in einem solchen Falle die Patientin tief narkotisieren und mindestens die Blase sprengen. Am besten geschieht dies mit einer ausgekochten Stricknadel, da es ja einerlei ist, ob das Kind bei der Blasensprengung eine Verletzung erleidet oder nicht. Für rationeller noch würde ich die Dilatation mit soliden Dilatatoren halten, bis die Cervix den Finger passiren lässt; hieran hätte sich dann die combinirte Wendung, die langsame Extraction und eventuell die manuelle Placentarlösung zu schliessen. Auf diese Weise würde sich der Uterus in einer halben Stunde entleeren lassen, natürlich nur, wenn der Operateur in diesen Manipulationen Uebung besitzt. Die Extraction einer derartigen Frucht kann ja insofern Schwierigkeiten machen, als beim Zuge am Rumpf schliesslich der Kopf abreisst. Mit Instrumenten ist derselbe dann allerdings nur sehr schwer, leicht aber in der Weise zu extrahiren, dass man mit dem inneren Finger den Kopf fest gegen die Symphyse andrückt, bis der Schädel nachgiebt und der Finger in die Schädelhöhle eindringt. Ein Ausweichen des Kopfes nach oben verhindert hierbei die äussere Hand. Auch die Abschälung der Placenta mit einem Finger ist nicht übermässig schwierig, wenn man sich die Placentarstelle mit der äusseren Hand kräftig nach abwärts drückt.

Von den 14 Fällen, wo die Eklampsie im 8. Monat ausbrach, starben 13 Kinder (93 Proc.), von den Müttern starben 5 (Fall 53, 54, 69, 92, 146), also 36 Proc.

Von den 13 Fällen, wo die Eklampsie im 9. Monat ausbrach, starben 7 Kinder (54 Proc.), von den Müttern starben 2 (Fall 2 und 9), also 15 Proc.

Von den 15 Fällen, wo die Eklampsie im 10. Monat ausbrach (Fall 65 fällt hierbei fort), starben 10 Kinder (66,7 Proc.), von den Müttern starben 4 (Fall 11, 12, 49, 181), also 26,7 Proc.

Es ergibt sich also für die Schwangerschaft des 8.—10. Monats auch aus unserer Statistik die bekannte

Thatsache, dass die in dieser Zeit ausgebrochene Eklampsie sowohl eine höhere Mortalität der Mütter (26 Proc.), als auch besonders der Kinder (71,4 Proc.) verschuldet.

Im Interesse der Mutter ist auch für diese Fälle die rasche Entleerung des Uterus indicirt. Nur muss dieselbe so vorgenommen werden, dass vor der entbindenden Operation der Muttermund künstlich vollständig erweitert wird. Dann wird man nicht nur der Mutter, sondern auch dem Kinde grössere Chancen für die Erhaltung des Lebens gewähren, als bisher.

Selbstverständlich ist diese Indicationsstellung nur berechtigt, wenn wirklich der Nachweis erbracht ist, dass die Eklampsie mit der spontanen oder künstlichen Entleerung des Uterus aufhört. Auch aus unserer Statistik können wir diesen Nachweis führen.

Aus der Tabelle II geht Folgendes hervor:

65 Mal hörte die Eklampsie mit der Entleerung des Uterus auf (cf. die Eklampsien ante et intra partum und die Eklampsien intra partum). Dabei starben 17 Mütter.

Von 53 Fällen, in denen die Eklampsie nach der Geburt fort-dauerte, besserte sie sich nach der Geburt in 40 Fällen, von denen 5 starben.

Von den 13 Fällen, wo die Eklampsie nach der Geburt in gleicher Stärke andauerte resp. sich verschlimmerte, starben 5 Fälle. (Die Fälle 60, 123, 170 kommen nämlich nicht mit in Betracht, da die betreffenden Angaben zu ungenau sind. Die Fälle, in welchen sich die Eklampsie nach der Geburt besserte, sind durch ein Ausrufungszeichen markirt.)

Somit hörte unter 118 verwerthbaren Fällen von Eklampsie die Eklampsie in 105 Fällen (89 Proc.) im Anschluss an die Entleerung des Uterus sofort oder sehr rasch auf!

Hervorzuheben ist noch der Umstand, dass gerade auch in den schweren Fällen, welche die hohe Mortalitätsziffer der ersten 65 Fälle erklären, die Anfälle prompt mit der Entleerung des Uterus aufhörten. Hier könnte nur der Einwand erhoben werden: Was nutzt das Aufhören der Anfälle, was nutzt die Entleerung des Uterus, durch welche das Aufhören der Anfälle bedingt wird, wenn von 65 Fällen 17 trotz des Aufhörens der Anfälle nach der Geburt gestorben sind. Ich werde weiter unten dem gegenüber

den Beweis führen, dass sich die Mehrzahl dieser Todesfälle hätte vermeiden lassen, wenn die künstliche Entleerung des Uterus früher erfolgt wäre. Diese Fälle waren durch die lange Dauer der Eklampsie bzw. der gegen die Anfälle gerichteten symptomatischen Therapie (Narkose) schon zu so desolaten geworden, dass der günstige Einfluss der Entleerung des Uterus den Tod nicht mehr abzuwenden vermochte, obgleich in den meisten Fällen eine Besserung des Zustandes nach der Entbindung ausdrücklich erwähnt wird.

Eine weitere sehr wichtige Frage ist die, ob die Eklampsie häufiger nach der spontanen oder nach der künstlichen Entleerung des Uterus aufhört, und ob ferner der Tod häufiger nach der spontanen oder nach der künstlichen Entleerung des Uterus eintrat.

Nach Schauta trat bei der Eklampsie sub partu der Tod nach spontaner Geburt in 26,4 Proc., nach künstlicher Entbindung in 40,9 Proc. der Fälle ein.

Von unseren 65 Fällen, wo die Eklampsie mit der Entleerung des Uterus aufhörte, hörte sie 50 Mal nach operativer Entleerung mit 13 Todesfällen, 15 Mal nach spontaner Entleerung mit 4 Todesfällen auf. Der Tod trat also nach operativer Entleerung in 26 Proc., nach spontaner Entleerung in 26,7 Proc. der Fälle ein.

Von den 40 Fällen, wo die Eklampsie sich nach der Entleerung des Uterus besserte, besserte sie sich 25 Mal nach operativer Entleerung mit 4 Todesfällen, 15 Mal nach spontaner Geburt mit 1 Todesfall. Der Tod trat also nach operativer Entleerung in 16 Proc., nach spontaner Entleerung in 6,7 Proc. der Fälle ein.

Von den 13 Fällen, wo die Eklampsie sich nach der Entleerung des Uterus verschlimmerte, trat diese Verschlimmerung 5 Mal nach operativer Entleerung mit 2 Todesfällen, 8 Mal nach spontaner Geburt mit 3 Todesfällen ein. Der Tod trat also hier nach operativer Entleerung in 40 Proc. der Fälle, nach spontaner Entleerung in 37,5 Proc. der Fälle ein.

Somit erhalten wir bei gesonderter Zusammenfassung der operativen und der spontanen Entleerung das Resultat, dass von 80 Fällen von operativer Entleerung des Uterus, unter welchen sich 48 eingreifende Operationen befanden (s. Tabelle IV), die Eklampsie in 75 Fällen (93,75 Proc.) im Anschluss an die Geburt aufhörte und dass von diesen 80 Fällen 19 (23,75 Proc.) starben!

Von 38 Fällen von spontaner Entleerung des Uterus dagegen hörte die Eklampsie nur in 30 Fällen (78,9 Proc.)

im Anschluss an die Geburt auf, von den 38 Fällen starben 8 (21 Proc.).

Unsere Statistik zeigt also, dass die Eklampsie häufiger nach künstlicher als nach spontaner Entleerung des Uterus aufhört, und dass die Mortalität in beiden Fällen nicht wesentlich differirt (2,75 Proc. gegenüber 14,5 Proc. bei Schauta)!

Besondere Bedeutung gewinnt dieses Resultat noch durch die Berücksichtigung des Umstandes, dass die Fälle von Eklampsie, in denen man operirte, vielfach von Haus aus die schwereren waren. Wenn trotzdem die Mortalität dieser operativ beendeten Fälle die der spontan verlaufenen nur um  $2\frac{3}{4}$  Proc. übersteigt <sup>1)</sup>, so kann das nur dadurch bedingt sein, dass eben die operative Entleerung des Uterus mit grösserer Sicherheit die Eklampsie beseitigt, als die spontane Geburt.

Auch wird die Mortalität nach geburtshülflichen Operationen bei Eklampsie noch bedeutend mehr heruntergehen, wenn man sich erst entschliessen wird, die Entbindung bei Eklampsie nicht nur

---

1) Diese Differenz wäre auch ausgeglichen, wenn ich das Journal von einem Fall von Eklampsie, den ich poliklinisch beobachtete und nach der Geburt in die Klinik schickte, hätte auffinden können. In demselben handelte es sich um eine Mehrgebärende, die nach wenigen Anfällen circa 6 Stunden lang narkotisirt wurde, nach der spontanen Geburt weitere Anfälle bekam und starb. Ich hatte in dem betreffenden Falle, den ich 6 Stunden a. p. sah, leider den Kolpeurynter nicht bei mir und instruirte den Praktikanten, nochmals zu schicken, falls der Muttermund sich nicht rasch erweitern sollte. Dies geschah jedoch nicht.

Anbei der Bericht unseres poliklinischen Journals:

22./4. 1891. Schlosserfrau Hein, Höchstestrasse 18.

35jähr. IIpara. Seit 8,30 Morgens vier heftige Anfälle. Befund 11 Uhr: Sopor, Dyspnoe, Zunge zerbissen, blutiger Schaum vor dem Munde. II. Schädel-lage, Kopf im Becken, Muttermund für den Finger durchgängig. Einleitung einer leichten Narkose. Keine Krampfanfälle mehr. 5,40 Nachmittags: Spontane Geburt eines lebenden kräftigen Kindes, als schon Meldung geschickt war, um die Geburt nach der nunmehr völligen Erweiterung des Muttermundes künstlich zu beenden. Patientin wurde darauf ruhiger. Am nächsten Morgen von 6—8 $\frac{1}{2}$  Uhr acht Anfälle, zum Theil sehr heftig und lange dauernd. Ueber-bringung nach der Charité. (Krampfstation?) Dort Exitus am 24. 3 $\frac{3}{4}$  Uhr Nachmittags.

Dass in Narkose vorgenommene Operationen die Prognose der Eklampsie heutzutage nicht verschlimmern, sondern verbessern, zeigen auch die Resultate der Ols hausen'schen Klinik. Hier kamen auf 111 spontane Geburten 24 Todes-fälle (21,6 Proc.), auf 77 operativ beendete 16 (20,8 Proc.).

in tiefer Narkose, sondern viel früher vorzunehmen. Bei Berücksichtigung dieser Grundsätze wäre möglicherweise in den 5 Fällen von operativer Entleerung des Uterus, wo sich nach derselben die Eklampsie verschlimmerte, diese Verschlimmerung und in Fall 16 und 50 der Tod nicht eingetreten.

Denn in Fall 16 ist es wahrscheinlich, dass die Narkose bei der Entbindung keine tiefe war, da der Unterarzt, welcher sonst die Narkosen besorgt, die Zange selbst anlegte. Auch scheint es bei dieser Zangenextraction, wie die Section zeigte (*Ruptura vaginae et cervicis uteri permagna, Anaemia universalis*), nicht so ganz lege artis hergegangen zu sein. Der infolge der mangelhaften Narkose zur Geltung kommende Reiz der schweren Zange überstimmte daher den günstigen Einfluss der Entfernung des Uterus auf die Eklampsie. Letztere wäre übrigens mittels tiefer Cervixincisionen schon  $4\frac{1}{4}$  Stunden früher, gleich nach Ausbruch der Eklampsie, möglich gewesen.

In Fall 35 handelte es sich um eine chronische Nephritis, bei welcher schon öfter urämische Krämpfe eingetreten waren. Da durch die Geburtsthätigkeit wiederum solche ausgelöst wurden, so hätte man mit der frühzeitigen Entbindung nach meiner Methode weiteren Anfällen vielleicht vorbeugen können. Statt dessen wurde möglicherweise durch die protrahierte Narkose die Function der Nieren noch mehr beeinträchtigt.

In Fall 36 dauerte die Eklampsie bis zur Entbindung über  $32\frac{1}{2}$  Stunden. Naturgemäss konnte die Narkose nicht die ganze Zeit durchgeführt werden, so dass der verschlimmernde Einfluss der Geburtsthätigkeit auf die Eklampsie zur Geltung kommen musste und bei der langen Dauer der Geburt (infolge Summierung der schädlichen Reize) auch nach der Entleerung des Uterus noch fortwirkte.

Mittels Incisionen wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde in diesem Falle mindestens  $8\frac{1}{2}$  Stunden früher möglich gewesen.

Auch in dem letal verlaufenen Falle 50 wäre die Entbindung schon 10 Stunden a. p., gleich nach dem ersten eklamptischen Anfalle, möglich gewesen. Im Uebrigen gilt auch für diesen Fall das von Fall 36 Gesagte.

Für den Fall 169 (Zange seitens eines hinzugerufenen Arztes) nehme ich es, wie für Fall 16, als wahrscheinlich an, dass die Kranke nicht chloroformirt wurde, und der Reiz der schweren

Operation (alte Ipara, todtes Kind!) den günstigen Einfluss der Entleerung des Uterus nicht zur Geltung kommen liess.

Ich kann somit auf Grund meiner Statistik und der vorstehenden Ueberlegungen den Satz von Brummerstädt und Schauta: Operationen verschlimmern die Prognose der Eklampsie — gerade umkehren und sagen: Operationen, auch die eingreifendsten, verbessern die Prognose der Eklampsie, wenn sie, wie ich ja schon im ersten Theile dieser Arbeit hervorgehoben habe, unter streng antiseptischen Cautelen und in tiefer Narkose vorgenommen werden. Die tiefe Narkose bei der Operation schaltet die Reflexerregbarkeit aus, und es kommt so der günstige Einfluss der Entleerung des Uterus rein zur Geltung. Bei der spontanen Geburt dagegen wird die Narkose nicht immer gleich eingeleitet oder oft unterbrochen, weil es sich ja um leichtere Fälle handelt. In mehreren unserer Fälle, die ausserhalb spontan niedergekommen waren, hatte vor der Entleerung des Uterus überhaupt keine Behandlung stattgefunden.

Bei der spontanen Geburt ist also Gelegenheit gegeben, dass auf reflectorischem Wege vom Uterus aus neue Krampfanfälle ausgelöst werden, welche den günstigen Einfluss der Geburtsbeendigung oft illusorisch machen.

Wenn unsere Statistik uns somit eine erfreuliche Verbesserung<sup>1)</sup> der erzielten therapeutischen und speciell operativen Resultate kennen lehrt, soweit sie die Mortalität der Mutter betrifft, so deckt sie auch eine Reihe von Nachtheilen der bisherigen Behandlungsmethode auf, durch deren Beseitigung nicht nur die Mortalität der Mutter, sondern auch die der Kinder ganz bedeutend herabgedrückt werden könnte. Zu diesen Nachtheilen rechne ich in erster Linie den protrahirten Gebrauch der Narcotica. So rationell und so wenig gefährlich im Allgemeinen eine kurze tiefe resp. eine längere, aber ganz oberflächliche Narkose bei Kreissenden ist, so irrationell und gefährlich ist die langdauernde und tiefe Narkose, wie sie bei Eklampsie nöthig ist, um die Anfälle zu

---

1) In England betrug übrigens die Mortalität an Eklampsie schon vor 1843 nur 26,5 Proc. Denn von 166 Fällen, die Levers zusammenstellte (Guy's hospital Reports und deren Uebersetzung in Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. XVI, S. 252), starben 44. Seitdem ist sie in England noch mehr heruntergegangen als in Deutschland, da sie nach Playfair (Treatise of the science and practice of midwifery, Vol. II, p. 311) gegenwärtig nur 14 Proc. beträgt.



unterdrücken. Eine solche, viele Stunden andauernde Narkose ist schon für den gesunden Menschen gefährlich, wieviel mehr für eine Kreissende oder Schwangere, bei welcher durch die Einschaltung eines neuen grossen Stromgebietes die Arbeitsleistung des Herzens vermehrt ist, wieviel mehr gefährlich für eine Eklaptische, bei welcher durch die Retention von Harnbestandtheilen der Blutdruck und die Anforderungen an das Herz<sup>1)</sup> gesteigert sind, bei welcher die Leistungsfähigkeit des Herzens aber herabgesetzt ist.

Denn was finden wir bei den Sectionen von an Eklampsie verstorbenen Personen? In der Regel schwere Störungen am Herzen, trübe Schwellung, fettige Degeneration der Herzmuskulatur — Störungen also, bei denen unter anderen Umständen die Narkose auf das Strengste contraindicirt ist. Nach den Untersuchungen von Nothnagel<sup>2)</sup>, Ungar<sup>3)</sup>, F. Strassmann<sup>4)</sup> und Ostag<sup>5)</sup> ist es sogar wahrscheinlich, dass die fettige Degeneration des Herzens, der Leber und der Niere zum Theil direct durch die Chloroformnarkose erzeugt wird. Solche Veränderungen fanden die genannten Autoren bei verschiedenen Thieren, welche in mehreren Sitzungen Chloroformdämpfe, aber nur zum geringeren Bruchtheile von der gesammten Inspirationsluft, eingeathmet hatten, oder denen direct Chloroform injicirt war (Nothnagel). Klinische Beweise für solche Störungen beim Menschen infolge protrahirter Narkose führt Fehling<sup>6)</sup> an, welcher sich an einer grösseren Untersuchungsreihe überzeugte, dass Chloroform Eiweiss- und Cylinderausscheidung hervorbringen kann.

Solche klinischen Beweise für die Schädlichkeit der Narkose bei fettiger Degeneration des Herzmuskels resp. brauner Atrophie haben ferner uns Gynäkologen besonders die Todesfälle bei Laparatomien, speciell bei Myomotomien geliefert.<sup>7)</sup> Es ist daher eigentlich merkwürdig, dass man diese Erfahrungen der gynäkologischen Praxis in der Geburtshilfe bei der Therapie der Eklam-

1) O. Israel, Virchow's Archiv, Bd. LXXXVI.

2) Berliner klinische Wochenschrift 1866.

3) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. Neue Folge. Bd. XLVII, Heft 1.

4) Virchow's Archiv, Bd. CXV.

5) Ebendas., Bd. CXVIII, Heft 2.

6) Dieses Archiv, Bd. XXXIX, Heft 3, S. 482.

7) Hofmeier, Zeitschrift für Geburtshilfe, Bd. XI, S. 366.

Archiv f. Gynäkologie. Bd. XLIII. Hft. 1.

psie nicht verwerthet hat. Denn ausser der trüben Schwellung resp. fettigen Degeneration des Herzmuskels finden wir bei Eklampsie analoge Erkrankungen der Nieren, bei welchen schon Hegar und Kaltenbach<sup>1)</sup>, später ausführlicher v. Herff auf Grund der Erfahrungen von Kaltenbach die Gefährlichkeit der Myotomie betonen. Diese Gefährlichkeit bringt v. Herff<sup>2)</sup> in Verbindung mit der Einwirkung der Narkose auf die Nieren.

Auf eine Auflösung der rothen Blutkörperchen durch das Chloroform (die experimentell durch Böttcher<sup>3)</sup> gefunden wurde), wie sie von Leyden<sup>4)</sup> und Nothnagel<sup>5)</sup> angenommen worden ist, weist der nach längerer Zufuhr von Chloroform eintretende Icterus hin, der von Leyden, Nothnagel, Bernstein<sup>6)</sup> und Fischer<sup>7)</sup> beobachtet wurde. Auch wir sahen denselben, ebenso auch Hämoglobinurie, öfter nach längerer Narkose bei Eklampsie auftreten. Ob derselbe die Folge der Narkose oder der Eklampsie war, lässt sich allerdings für den einzelnen Fall kaum entscheiden.<sup>8)</sup>

Auch die Beobachtungen von Mikulicz (Centralblatt für Chirurgie 1890, Nr. 25, Beilage) sprechen für eine Einwirkung des Chloroforms auf das Blut. Bei 11 Hämorrhoidariern liess

---

1) Operative Gynäkologie, 3. Aufl., S. 509. — Bose, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XIII.

2) Berliner klinische Wochenschrift 1889, Nr. 50.

3) Virchow's Archiv, Bd. XXXII, S. 126.

4) Beiträge zur Pathologie des Icterus. Berlin 1866. Hirschwald.

5) a. a. O.

6) Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften 1867.

7) Citirt von Leyden a. a. O.

8) Unter meinen 200 Fällen ist das Vorkommen von Icterus 31 Mal erwähnt (in den Fällen 13, 16, 18, 22, 23, 28, 36, 37, 38, 42, 53, 54, 56, 62, 68, 73, 88, 107, 118, 126, 136, 138, 146, 155, 158, 169, 176, 177, 178, 182, 183). Er ist aber noch viel häufiger vorgekommen, als es notirt worden ist. Olshausen sah Icterus bei Eklampsie unter seinen 200 Fällen nur 2 Mal. Da unser Material doch das gleiche ist, so lässt sich dieser auffällige Unterschied nur durch die angewandte Therapie erklären. Und dieser Unterschied in der Therapie ist thatsächlich vorhanden, indem die Fälle von Olshausen nicht mit der Chloroformnarkose, sondern mit Morphinum und Chloral behandelt wurden. Aus diesem Vergleiche ist wohl der Schluss gerechtfertigt, dass das häufige Auftreten des Icterus bei Eklampsie meistens durch die protrahirte Chloroformnarkose bedingt ist. — Haemoglobin im Urin fand sich in 4 Fällen (2, 111, 115, 126), Urobilin in 1 Fall (24) aus dem Jahre 1884. In dem Berichte über dieses Jahr heisst es übrigens, dass noch in einigen anderen Fällen Urobilin nachgewiesen sei. In den Journalen ist darüber nichts gesagt.

Mikulicz vor und nach der Operation Hämoglobinbestimmungen vornehmen. Die Operation (Abbrennen der Knoten) wurde in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen; die Narkose dauerte durchschnittlich eine halbe Stunde, der Blutverlust war fast Null. In allen Fällen wurde eine Hämoglobinabnahme von 5—10 Proc., im Mittel von 8 Proc. gefunden.

Aus denselben Gründen, wie das Chloroform, ist auch das Chloralhydrat bei Eklampsie in der bisher gebräuchlichen Weise irrationell. Denn nach Liebreich wirkt ja das Chloralhydrat wie eine langsame Chloroformnarkose, weil das freie Alkali des circulirenden Blutes aus dem Chloralhydrat Chloroform abspaltet. Demgemäss mahnen auch Liebreich<sup>1)</sup> u. A. bei allen organischen Erkrankungen des Herzens zu grosser Vorsicht in der Anwendung des Chloralhydrats.

Ebensowenig wie das Chloroform und das Chloralhydrat können wir Morphinum in grossen Dosen bei Eklampsie für ungefährlich halten. Mehrfach sind Todesfälle durch plötzliche Herzlähmung nach Einspritzungen von Morphinummengen, die unter der maximalen Dosis lagen, bei an Myocarditis Leidenden beobachtet worden, so von Runeberg<sup>2)</sup> und Klamann<sup>3)</sup>. Ich möchte auch an dieser Stelle eine Beobachtung meines Chefs erwähnen, die ich oft bestätigt fand, nämlich die Thatsache, dass Septische, die sich vorher noch relativ wohl befanden, deren Puls noch verhältnissmässig kräftig war, nach einer Morphinum-injection binnen wenigen Stunden im Collaps zu Grunde gehen. Wie bei Eklampsie, so finden wir auch bei Sepsis die oben erwähnten pathologischen Veränderungen der Herzmuskulatur. Wie also bei Sepsis das Morphinum eine Herzlähmung verursacht, so kann es denselben Effect auch bei Eklampsie haben, bei der dieselbe Veränderung am Herzen, wie bei Sepsis, gefunden wird.

Unsere Statistik enthält eine Reihe von Fällen, wo die deletäre Wirkung der Narkose auf die Respiration und Circulation deutlich hervortritt, wenngleich dieser Nachweis für eine andere Reihe von Fällen nicht zu führen ist, da die Eklampsie dieselben Wirkungen entfaltet.

---

1) Das Chloralhydrat ein neues Hypnoticum und Anaestheticum u. s. w. Berlin 1872.

2) Centralblatt für Nervenheilkunde 1883, Nr. 13.

3) Deutsche Medicinalzeitung 1884, S. 432.

In Fall 2 erkennt man die schädlichen Folgen einer leichten, nur im Beginn der Anfälle eingeleiteten Narkose: Die Anfälle traten immer wieder auf, und die Wöchnerin ging an Herzverfettung, Lungenödem und an einer Zerstörung der rothen Blutkörperchen (Beweis: Methämoglobin im Urin) zu Grunde.

Fall 10, in dem nur wenige Anfälle dagewesen waren, weil eine 7stündige Narkose während der Geburt weitere Anfälle verhindert hatte, ging 18 Stunden nach der spontanen Geburt unter Erscheinungen von Lungenödem und Herzschwäche zu Grunde, ohne aus dem Coma wieder erwacht zu sein. Die Entbindung wäre mittels Incisionen schon  $8\frac{1}{2}$  Stunden früher möglich gewesen.

Fall 12, in dem allerdings 14 Anfälle a. p. dagewesen waren, starb am zweiten Wochenbettstage an Herzschwäche (Puls 160—180) bei nicht auffälliger Beschleunigung der Athmung. Während der Geburt 4stündige Narkose und 0,02 Morphium. Die Entbindung wäre mittels Incisionen schon  $8\frac{1}{2}$  Stunden früher möglich gewesen.

Fall 9 hatte nur 2 Anfälle  $5\frac{1}{2}$  Stunden a. p. Nach den Anfällen  $5\frac{1}{2}$ stündige Narkose. Schon  $5\frac{1}{2}$  Stunden a. p. wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde mittels Incisionen möglich gewesen. Nach dem Berichte in den Charité-Annalen ging dieser Fall an den Folgen der Eklampsie zu Grunde.

In Fall 17 traten nur 2 Anfälle  $10\frac{1}{2}$  resp.  $4\frac{1}{2}$  Stunden a. p. auf, worauf nach dem 1. Anfalle  $8\frac{1}{2}$ stündige Narkose, die schon nach einer Stunde zu Erscheinungen von Lungenödem führte. Nach der Entbindung Excitantien, trotzdem 12 Stunden p. p. Exitus. Die Section ergab alte und frische Erkrankungen von Herz und Nieren. Die Entbindung von einem lebenden Kinde wäre mittels Incisionen mindestens schon 4 Stunden a. p. möglich gewesen, da zu dieser Zeit der Muttermund markstückgross war.

Fall 18 ist ein reiner Chloroformtod durch Herzparalyse. Auch hier fanden sich frische und alte Erkrankungen an Herz und Nieren. Als ungünstiges Moment trat noch die Zwillingschwangerschaft mit ungewöhnlich starker Ausdehnung des Uterus hinzu. Für solche Fälle von starker Ausdehnung des Uterus wäre vielleicht vor Einleitung jeglicher Narkose die Blasensprengung indicirt, um zunächst das Volumen des Uterus zu vermindern.

In Fall 31 (geheilt), waren 3 Tage a. p. 3 Anfälle aufgetreten. Während der mehrstündigen Narkose trat sehr bedenkliche Herz-

schwäche ein (Puls 140, kaum fühlbar), die öftere Aetherinjectionen erforderte.

In Fall 38 traten während der  $2\frac{3}{4}$  stündigen Narkose Erscheinungen von Lungenödem auf, der Puls stieg auf 130. Die Section ergab Nephritis und Myocarditis parenchymatosa. Schon vor Einleitung der Narkose wäre mittels Incisionen die Entbindung von einem lebenden Kinde möglich gewesen.

Fall 39 ähnelt in mancher Beziehung dem Falle 18. Auch hier fanden sich alte Erkrankungen am Herzen, frische an den Nieren. Der erste eklamptische Anfall setzte gleich mit schweren Collapserscheinungen ein. Die mehrstündige Narkose konnte nur unter Beihülfe von Aetherinjectionen durchgeführt werden. Der Uterus war auch in diesem Falle durch viel Fruchtwasser, die hydropische Frucht und die colossale Placenta (Gewicht 2625 g) stark ausgedehnt. Patientin ging 24 Stunden nach der Entbindung im Collaps zu Grunde, nachdem die Eiweissmenge des Urins sehr bedeutend nach der Geburt heruntergegangen war. Die Entbindung hätte sich gleich nach dem ersten Anfalle (12 Stunden a. p.) leicht durchführen lassen, zumal auf das abgestorbene Kind keine Rücksicht genommen zu werden brauchte.

In Fall 49 waren trotz Chloral (5 g) noch 8 weitere Anfälle aufgetreten. Dieses Mittel hatte sich somit ganz unwirksam gezeigt. Trotzdem und obgleich das Kind abgestorben, wurde die Entbindung 4 Stunden hinausgeschoben. Wie weit das Chloral als Ursache der bei der Section gefundenen anatomischen Veränderungen zu betrachten ist, lässt sich allerdings nicht abschätzen, da ja zahlreiche Anfälle (13) dagewesen waren.

In Fall 50 wurde der Puls während der Narkose sehr frequent und klein. Trotzdem nur 7 Anfälle, darunter 2 leichte Wochenbettsanfälle, dagewesen waren, erfolgte 22 Stunden p. p. der Tod, ohne dass Patientin aus dem Coma erwachte. Die Entbindung wäre schon 8 Stunden früher, nach dem 1. Anfalle, und zwar mittels Perforation des bereits abgestorbenen Kindes möglich gewesen, und dadurch wäre die Fettembolie wohl vermieden worden.

In Fall 56 trat bei 4stündiger Narkose schon nach 4 Anfällen Lungenödem und Herzschwäche ein. Patientin starb am dritten Wochenbettstage, nachdem das Coma angedauert, der Eiweissgehalt bedeutend zurückgegangen war. Mittels Incisionen wäre

die Entbindung von einem lebenden Kinde schon  $7\frac{1}{2}$  Stunden früher, gleich nach dem 1. Anfalle möglich gewesen.

In Fall 58 (geheilt) trat bei 3 Anfällen nach 4 stündiger Narkose Herzschwäche ein. Im Wochenbette entwickelte sich eine Bronchopneumonie. Die Entbindung mittels Incisionen, Wendung und Extraction wäre schon nach dem 1. Anfalle, 17 Stunden a. p. möglich gewesen. Bemerkenswerth war in diesem Falle noch der Umstand, dass trotz der forcirten Operation (zwei Zangenversuche und später Perforation) nur noch ein eklamptischer Anfall am zweiten Wochenbettstage auftrat.

In Fall 65 (geheilt) wurde in der Narkose der Puls sehr klein und frequent (160), es trat starke Cyanose ein.

In Fall 67 (gebessert) musste die nach dem 8. Anfalle eingeleitete Narkose bereits nach  $\frac{1}{2}$  Stunde wieder abgebrochen werden, da der Puls sehr klein wurde. Mittels Incisionen wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde bereits 21 Stunden a. p. möglich gewesen.

In Fall 68 (geheilt) sinkt in der nach dem 2. Anfalle eingeleiteten Narkose der volle kräftige Puls von 84 auf 45. Die Entbindung von einem lebenden Kinde wäre mittels Incisionen schon  $5\frac{3}{4}$  Stunden früher möglich gewesen.

In Fall 70 (geheilt) konnte die Narkose 2 Mal nur je  $\frac{1}{2}$  Stunde durchgeführt werden, da der Puls, der vorher schon 184 in der Minute zählte (Temp. 39,5, Resp. 42), unregelmässig wurde.

In Fall 74 (geheilt) stieg der Puls während der 2 stündigen Narkose auf 140. Mittels Incisionen wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde schon zu dieser Zeit ( $9\frac{1}{2}$  Stunden a. p.) möglich gewesen.

In Fall 76 (geheilt) wurde der Puls nach Verabreichung von Morphinum und Chloral unregelmässig und frequent (110—129).

In Fall 77 (geheilt) kommt Patientin nach 1 Anfalle in Narkose mit einem flatternden, nicht zu fühlenden Pulse in die Anstalt.

In Fall 113 wurde nach 4 Anfällen 1 Stunde lang narkotisirt und 2 g Chloral gegeben. Wegen plötzlichen Lungenödems und Herzschwäche: Zange. Patientin stirbt 5 Tage nach der Geburt infolge sich immer mehr steigender Herzschwäche (Puls stets 120—140). Die Section ergab Dilatation und Hypertrophie des

Herzens, enge Aorta, Schluckpneumonie und leichte parenchymatöse Nephritis. (Urin enthielt schon vom zweiten Tage an nur noch eine Spur Albumen.) Mittels Incisionen wäre die Entbindung schon mindestens 5 Stunden früher möglich gewesen.

In Fall 126 wurden innerhalb 9 Stunden 200 g Chloroform, 2 g Chloral und 0,02 Morphinum verbraucht. Die Lungen blieben frei, doch verschlechterte sich der Puls durch die dauernde Narkose sichtlich. Tod 36 Stunden post partum unter Erscheinungen von Herzschwäche. Die Entbindung von einem lebenden Kinde mittels Incisionen wäre schon 9 Stunden früher möglich gewesen. Die Section ergab trübe Schwellung des Herzens, der Leber, der Nieren, mässig ausgedehnte Blutungen der Pia und Fettembolie.

In Fall 130 hörten die Anfälle nach Chloral und Morphinum auf, es trat aber Lungenödem und Herzschwäche ein, so dass Patientin unmittelbar post partum (Perforation) starb. Bei der Schwere des Falles wäre hier die künstliche Dilatation der 20 Stunden a. p. geschlossenen Cervix und dann die Perforation des schon todtten Kindes indicirt gewesen.

In Fall 137 (geheilt) wurde nach 2 Anfällen 2 stündige Narkose eingeleitet, danach Erscheinungen von Lungenödem; Aether-Kampherinjectionen.

In Fall 141 (geheilt) wurde nach 6 Anfällen 4 stündige tiefe Narkose eingeleitet und dann wegen Gefährdung der Mutter durch die Narkose nach tiefen Cervixincisionen Zange angelegt. Diese Entbindungsmethode hätte schon früher angewandt werden können.

In Fall 143 (6 Anfälle) bekam Patientin von 3 Uhr Morgens bis 10 Uhr Abends 0,09 Morphinum, 2 Chloralclysmata, nach dem 2. und 3. Anfall Narkose, weiterhin bis 7 Uhr Abends noch  $3\frac{3}{4}$  stündige Narkose. Wegen Collaps und Lungenödem Perforation. Tod 22 Stunden post partum an Pleuropneumonie. Mittels Incisionen wäre die Entbindung schon mindestens 12 Stunden a. p. möglich gewesen.

In Fall 149 (8 Anfälle) wurde Patientin 8 Stunden lang narkotisirt und starb 12 Stunden post partum unter Erscheinungen von Herzschwäche. Die Section ergab unter Anderem: Dilatatio cordis und schwere parenchymatöse Nephritis. Mittels Incisionen wäre die Entbindung mindestens schon 5 Stunden früher möglich gewesen.

In Fall 167 (geheilt) wird Patientin nach 3 Anfällen chloroformirt eingeliefert,  $\frac{1}{2}$  Stunde später 4. Anfall; 0,02 Morphinum,

Narkose von  $2\frac{3}{4}$  Stunden, dann 0,01 Morphinum. Während der Narkose dreimaliges Aussetzen der Athmung, starke Cyanose.  $1\frac{3}{4}$  Stunden später Lungenödem. In den ersten 24 Stunden post partum erforderte der kleine, öfter aussetzende unregelmässige Puls von 120—144 die Anwendung von Analeptici. Mittels Incisionen hätte die Entbindung von einem lebenden Kinde (mindestens) 7 Stunden früher eingeleitet werden können.

In Fall 168 bekam Patientin nur Morphinum, wonach kein Anfall weiter eintrat, wohl aber Erscheinungen von Herzschwäche und Dyspnoe. Die Section ergab ein Septum membranaceum apertum, starke Nephritis parenchymatosa, geringes Lungenödem. Bei dem vorhandenen Herzleiden, worauf die Anamnese hinwies, wäre hier schon 1 Tag a. p. die Entbindung indicirt und auch möglich gewesen.

In Fall 173 fanden sich alte und frische Erkrankungen des Herzens und schwere parenchymatöse Nephritis. Patientin hatte in 8 Stunden 0,03 Morphinum, 2 g Chloral erhalten und war 8 Stunden narkotisirt worden. Mittels Cervixincisionen wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde mindestens 3 Stunden früher möglich gewesen.

In Fall 176 kam Patientin nach 8 Anfällen post partum bewusstlos zur Anstalt, sie erhielt 0,015 Morphinum. Puls und Temperatur waren normal. Am anderen Morgen 11 Uhr erneuter Anfall, danach 2 stündige Narkose und 0,015 Morphinum. Die Section ergab ältere schwere Erkrankungen des Herzens und der Nieren neben frischen.

In Fall 181 wurde nach 3 Anfällen 4 stündige Narkose eingeleitet, Puls schon vor derselben unregelmässig, 110, von wechselnder Spannung. Die Section ergab: Hypertrophia cordis, Bronchopneumonia multiplex, Nephritis parenchymatosa chronica corticalis. Der Tod erfolgte am 1. Wochenbettstage im Collaps, nachdem das Sensorium bis 1 Stunde vor dem Tode klar und das Eiweiss beinahe geschwunden war. Mittels Incisionen wäre die Entbindung von einem lebenden Kinde schon vor Einleitung der Narkose (also 4 Stunden a. p.) möglich gewesen.

In Fall 190 (geheilt) wurde nach 6 Anfällen post partum 2 stündige Narkose eingeleitet, während derselben schwankte der Puls zwischen 100 und 164, die Respiration setzte mehrmals aus: Excitantien.

In Fall 191 wurde nach 4 Anfällen 3 stündige Narkose eingeleitet, während welcher der Puls zwischen 120—150 in die Höhe



ging. Die Section ergab: Nephritis parenchymatosa gravis, Bronchopneumonia multiplex, Myocarditis parenchymatosa. Bei künstlicher Dilatation der Cervix hätte die Perforation des bereits abgestorbenen Kindes schon 7 Stunden früher erfolgen können.

Es sind dies eine Reihe von Fällen, wo theils direct schon während der Narkose und durch diese bedingt Störungen der Herzthätigkeit oder der Respiration eintraten, theils der deletäre Einfluss der Narkose aus der gesammten klinischen Betrachtung gefolgert werden muss. In letzterer Hinsicht scheinen mir besonders die Fälle beweiskräftig, wo nur wenige Anfälle dagewesen waren, wo aber eine längere Narkotisirung stattgefunden hatte und der Tod erfolgt war, obgleich die Nierenerkrankung im Wochenbette rasch schwand. Die ursächliche Bethheiligung der Narkose an dem tödtlichen Ausgange ist ferner bei Fällen kaum von der Hand zu weisen, wo die genannten Vorbedingungen vorhanden waren und die Section alte Erkrankungen des Herzens ergab. Solche finden sich bei Eklampsie im Anschlusse an eine etwa vorhandene wirkliche Nephritis häufig, ohne dass ihre klinische Diagnose immer möglich ist. Auch diese Erwägung hätte, meine ich, die Geburtshelfer von der generellen Empfehlung der protrahirten Narkose bei Eklampsie abhalten sollen.

Die Narkose bei Eklampsie kann direct den Tod herbeiführen — Chloroformtod im engeren Sinne (s. Fall 18) — oder erst Stunden und Tage später — chronische Chloroformvergiftung nach Caspar<sup>1)</sup>, tödtliche Nachwirkung der Chloroforminhalationen nach Ungar. Die letztere Möglichkeit ist neuerdings fast ganz in Vergessenheit gerathen, obgleich Autoritäten, wie v. Langenbeck<sup>2)</sup>, für dieselbe eingetreten sind. Durch die angeführten, jüngsten experimentellen Untersuchungen, von denen die von Ostertag auch die Angaben von Nothnagel bezüglich der durch Chloroform bewirkten Auflösung der rothen Blutkörperchen bestätigten, ist die Aufmerksamkeit wieder auf diese Nachwirkungen der Narkose gelenkt werden. Mit Bezug auf die Eklampsie haben aber die Geburtshelfer die Consequenzen aus diesen Untersuchungen noch nicht gezogen, obgleich Ungar ausdrücklich erklärt: „Für noch gefährlicher muss natürlich eine intensive, viele Stunden lang fortgesetzte Narkotisirung, wie man sie bei Eklampsie anzuwenden

---

1) Caspar's Wochenschrift 1850, S. 49.

2) Berend, Zur Chloroformcasuistik. Hannover 1850.

pflegt, erklärt werden.“ Die besondere Gefahr der langen Narkose bei Eklampsie sieht Ungar, wie es scheint, nur in den physiologisch erhöhten Anforderungen an das Herz bei Schwangeren, ich dagegen ausserdem noch in den pathologischen Störungen, welche die Eklampsie an Herz und Nieren setzt, in dem schwächenden Einflusse, welchen der vorher schon stattgehabte Eiweissverlust auf den Organismus ausübt. Dass solche schwächenden Einflüsse, wie z. B. starker Blutverlust, Hunger, den Eintritt der fettigen Degeneration lebenswichtiger Organe begünstigen, ist von Strassmann auch experimentell erwiesen worden.

Wenn Ungar und Strassmann die Gefahren der Narkose durch dreiste Gaben von Morphinum allein (bei Eklampsie) oder durch die Morphinumchloroformnarkose zu umgehen hoffen, so kann ich dem für die Behandlung der Eklampsie mit Rücksicht auf die oben erwähnten Todesfälle durch Morphinum injectionen bei Myocarditis nicht beistimmen. Denn bei Eklampsie sind eben schon krankhafte Veränderungen am Herzen vorhanden, welche auch die grossen Morphinum injectionen nach G. Veit nicht ungefährlich erscheinen lassen.

Es ist wirklich merkwürdig, wie sich die durch Chloroform bei Thieren erzeugten Veränderungen mit den Sectionsbefunden bei Eklampsie decken. Wenn die eklamptischen Anfälle nicht gewesen wären, so würde man sagen: Diese Veränderungen sind durch die langdauernde Narkose erzeugt, sie stimmen mit den Befunden bei Thieren völlig überein.

Zum Beweise führe ich die Schlussfolgerungen von OSTER-  
tag an:

1) Nach langdauernder Chloroformeinathmung können bei den verschiedenen Thieren Verfettungen der Organe auftreten, und zwar Fettinfiltration der Leber, Fettmetamorphose der Herz- und Skelettmuskulatur, der Nieren und des Magens.

2) Die Fettmetamorphose der angeführten Organe ist die Folge einer Einwirkung des Chloroforms auf das Blut (Zerstörung rother Blutkörperchen) und auf die Gewebszellen selbst.

3) Gewisse Individuen zeigen eine so grosse Empfänglichkeit für die Nebenwirkungen des eingeathmeten Chloroforms, dass sie denselben kürzere oder längere Zeit nach der Anwendung desselben erliegen.

4) Die tödtliche Nachwirkung des Chloroforms äussert sich in einer Lähmung des Herzens, welche durch eine bisweilen nur

wenig bemerkbare anatomische Schädigung des Myocardium und eine allmälige Kohlensäure-Ueberladung des Blutes herbeigeführt wird.

Wenn man nun trotzdem daran festhält, dass bei Eklampsie, auch bei einer solchen mit wenigen Anfällen, die Eklampsie analoge Veränderungen setzt, so wird man doch zugeben müssen — auf Grund der von mir angeführten klinischen Beobachtungen und der experimentell gewonnenen Thatsachen —, dass die protrahirte Narkose diese Veränderungen zu verstärken und hierdurch den Tod herbeizuführen vermag. Denn selbst wenn eine fettige Degeneration des Herzens durch die Eklampsie schon erzeugt war, so kann eine solche sich wieder zurückbilden und Heilung eintreten, eine Thatsache, die Strassmann für die durch Chloroform erzeugten Degenerationen bewiesen hat. Zu einer solchen Rückbildung und Heilung ist natürlich die Aussicht viel geringer, wenn dem Körper ein neues Gift einverleibt wird, welches bei Thieren so hochgradige Degenerationen zu erzeugen vermag, dass dasselbe anatomische Bild wie bei der Phosphorvergiftung entsteht.

Eine andere durch die Narkose erzeugte Noxe, deren Entstehung durch die protrahirte Narkose wohl Niemand anzweifeln wird, sind die Bronchopneumonien, die die Prognose bedeutend trüben. Sie entstehen dadurch, dass die Narkose eine Expectoration der reichlicher gebildeten, bacterienhaltigen Secrete verhindert (v. Herff). Für die Fälle, wo bei Nacht chloroformirt wurde, sind diese Bronchopneumonien vielleicht auch mit der Zersetzung des Gaslichtes durch das Chloroform in Zusammenhang zu bringen — eine Entstehungsart von Pneumonien, wie sie Zweifel<sup>1)</sup> zuerst beschrieben hat.

Derartige Bronchopneumonien fanden sich unter unseren 200 Fällen eine ganze Reihe (19 Fälle), die theils einen günstigen Ausgang nahmen, theils bei der Section gefunden wurden.

Zur Veranschaulichung über die Häufigkeit der Bronchopneumonien und zur übersichtlichen Darstellung einer Reihe von anderen interessanten Thatsachen bei unseren 200 Fällen füge ich folgende Tabelle (IV) bei:

---

1) Berliner klinische Wochenschrift 1889, Nr. 15.

## Tabelle IV.

## A.

Fälle mit Eiweiss (dieselben sind durch die Nr. bezeichnet), mit Formelementen (f), mit Oedem (o), mit sonstigen Symptomen von Nierenerkrankung (s).

1 f o	58 f o s	113 f o s
2 f o s (Methämoglobin)	59 f	114 (wenig A.)
3 s o	60 (wenig A.)	115 f (Oxyhämoglobin)
4 f	61 f o	116
5 f o	62 f o	117 f o
6 wenig Eiweiss	63 f o	118 o s
7 " "	64 o	119
9	65 f o	120 o (A. nicht untersucht)
10 o	66 f o	121 f
11 o s (Magenschmerzen)	67 f o	122 f o
12 f	68 f o	123 f o
13 o (wenig A.)	69 o	124 f
14 f	70 f o s	125 f
15 (kein A.)	71 f o s	126 (Hämoglobin)
16 o	72 o	127 o
17 (wenig A.)	73 s	128 f (chron. Nephritis)
18 o (kein A.)	74 f o	129 f o (Uebergang in Nephritis)
19 f	75 f s	130 o (A. nicht untersucht)
21 f	76	131 f o
22 f	77 f o s	132 f
23 f o	78 f	133 f o
24 f (Urobilin)	79 f o	134 f o
25 f o	80 f o	135 f o
26 f o	81 f o	136 f o
27 f	82 f	137 f
28 s (wenig A.)	83 f	138 f o
29 o	84 f o s	139
30	85 f	140
31 f o	86	141
32 f	87 o	142 f o
33 f o	88 f o s	143 o
34 f o	89 (wenig A.)	144 f o s
35 f o (chron. Nephritis)	90 f o	145
36 f	91	146 f
37 o	92 f o	147 o
38 o	93 o	148 o s
39 o	94 o f	149 o s
40 f	95 f o	150 f
41 f	96 f o	151 f
42 o	97 f	152 f
43 f	98 f o	153 f
44	99 f	154 f o
45 f o (chron. Nephritis)	100 f	155 o
46 (wenig A.)	101 f o	156 f
47 o	102 f o (chron. Nephritis)	157 f
48	103 f o	158 f o (Magenschmerzen)
49 f o	104 f	159 f
50 f o	105 f o	160 (wenig A.)
51 (wenig A.)	106 f	161 f (chron. Nephritis)
52	107 f o s	162 f o
53 (wenig A.)	108 f o s	163 f o (chron. Nephritis)
54 f o	109 s	164 f
55 o	110 o	165 f
56 f o	111 f (Methämoglobin)	
57 f o	112 (kein A. Oedem)	

166 fo	178	190 fo s
167 fo	179 fo	191 fo s
168 o (Vitium cordis)	181 fo	192 f
169	182 (wenig A.)	193 fo
170	183	194 (wenig A.)
171 fo	184 o	195 os
172 fo	185 fo	196
174 o	186 f	197 (wenig A.)
175 fo	187 o	198 os
176 fo	188 fo	199 ?
177 o	189 f	200 ?

Zusammen 192 Fälle, in denen die Eiweissuntersuchung gemacht wurde.

### B.

*Wiederholte Eklampsie (w), Amaurose (a), puerperale Manien (m) bei Eklampsie.*

9 m	80 a	111 a	165 w
24 m	83 w	113 a	174 m
42 a	88 a	135 m	183 m
57 m	90 a	142 (Amblyopie)	194 a
58 a	106 m	147 a	198 a
71 w	107 a	151 a	

### C.

*Fälle mit eingreifenden Operationen.*

1	28	48	87	126	148	181	195
3	30	49	98	128	149	182	196
4	33	50	113	135	152	189	197
13	37	58	117	143	154	191	198
16	41	74	124	145	155	192	199
26	44	83	125	147	169	194	200

Zusammen 48 Fälle.

### D.

*Ausgetragene, aber mangelhaft entwickelte Kinder.*

8	45	65	86	135	187
22	50	74	96	137	195
34	52	81	111	144	
37	56	85	128	178	

Zusammen 22 Fälle.

### F.

*Fälle bei Mehrgebärenden, wo durch mechanische Dilatation die Entbindung möglich gewesen wäre und wieviel Stunden früher.*

2 †	3 Stdn.	78	4 Stdn.	135	? Stdn.
31	48 „	79	72 „	153 †	6½ „
75	72 „	129	? „	166	8 „

Zusammen 9 Fälle.

## E.

*Fälle, in denen die Entbindung durch tiefe Cervixincisionen möglich gewesen wäre und wieviel Stunden früher.*

† (gestorbene Mütter)	† (gestorbene Kinder, die bei früherer Entbindg. geret- tet word. wären)	† (gestorbene Mütter)	† (gestorbene Kinder, die bei früherer Entbindg. geret- tet word. wären)	† (gestorbene Mütter)	† (gestorbene Kinder, die bei früherer Entbindg. geret- tet word. wären)
(1)	96	50 †	8	118	6 †
3	2	56 †	7 $\frac{1}{2}$ †	120 †	1
9 †	5 $\frac{1}{2}$ †	58	17 †	126 †	9 $\frac{1}{4}$ †
10 †	8 $\frac{1}{2}$ †	63	15	133	48
12 †	8 $\frac{1}{2}$	64	7	141	4
13 †	12	65	4 $\frac{3}{4}$	143 †	12
16 †	12	67	21 †	146 †	—
17 †	4 †	68	4 $\frac{3}{4}$ †	149 †	5
21	15	69 †	72 †	152	2
22	29	(72)	312	154	3
25	1 $\frac{1}{2}$	74	9 $\frac{1}{2}$ †	167	7
27	4 $\frac{1}{2}$	86	1 $\frac{1}{2}$	172	4
30	10 †	88	2 $\frac{1}{2}$ †	173 †	3
33	8	90	2 $\frac{1}{2}$ †	175	48 †
34	4 $\frac{3}{4}$	96	4 $\frac{1}{2}$	177	12
35	12 ca.	97	24	178	5 $\frac{1}{2}$
36	8 $\frac{1}{2}$ †	(100)	384	181 †	4 †
37	15 †	106	4	182	3
38 †	2 $\frac{1}{2}$ †	107	5 $\frac{1}{2}$	184	16 $\frac{1}{2}$
39 †	9 $\frac{1}{2}$ †	108	7	187	8
42	9 $\frac{3}{4}$ †	113 †	5	191 †	3
48	5 $\frac{1}{2}$	117	10	194	5 $\frac{1}{4}$
49 †	4				

Zusammen 67 resp. 64 Fälle, 1426 $\frac{1}{4}$  resp. 538 $\frac{1}{4}$  Stunden.

## G.

*Fälle, in welchen durch combinirte Methode die Entbindung möglich gewesen wäre und wieviel früher.*

† gestorbene Mütter, 1 gestorbene Kinder.

77	1	138 †	—	144	—
92 †	—	140	—	168 †	—
101	72 1	142	—	179	—

Zusammen 9 Fälle.

## H.

*Gehirnhämorrhagien (h), Bronchopneumonien (b), Fettembolien (f), Magen-  
hämorrhagien (m) bei Eklampsie.*

2 h b	73 b	131 b (geheilt)	162 (Pneumonie)
40 b (geheilt)	83 h	132 b (geheilt)	173 b
49 f	93 b	138 m b	176 b
50 f	100 b (geheilt)	143 b	181 b
54 f	113 b	146 f	186 b h
56 b	126 f h	149 h	191 b
58 b	130 b		

Bezüglich der Urinbefunde geht aus der Tabelle hervor, dass unter 192 daraufhin untersuchten Fällen 189 Mal Eiweiss gefunden wurde, und zwar 174 Mal in mässigen bis reichlichen Mengen und

nur 15 Mal in geringen Mengen. In 2 dieser 15 Fälle (13 und 53) wies übrigens doch die Section eine Nephritis parenchymatosa auf.

Unter den 8 nicht untersuchten Fällen ergab in 3 Fällen (120, 130, 173) die Section das Vorhandensein einer parenchymatösen Nephritis und unter den 3 Fällen (15, 18, 112), wo kein Eiweiss gefunden wurde, ergab die Section in Fall 18 das Vorhandensein einer chronischen Nephritis und einer Hydronephrose.

Somit konnte in 193 Fällen eine Störung der Nierenfunction resp. eine Erkrankung der Niere constatirt werden.

In einer kleinen Zahl von Fällen, die wenig Eiweiss aufwiesen, war die Störung der Nierensecretion entschieden eine secundäre, erst im Anschlusse an die Eklampsie entstandene. Diese Fälle waren Reflexeklampsen, wo die Reizung der Krampfcentren nicht durch eine fehlerhafte Blutmischung (Eklampsie durch Urämie), sondern auf reflectorischem Wege durch Reizung sensibler Nerven des Genitaltractus resp. durch starke psychische Affecte erfolgte.

Zu diesen Fällen zähle ich die Fälle 6, 7, 12, 46, 51, 89, 114, 160, 197.

In Fall 6 trat der 1. Anfall  $9\frac{1}{2}$  Stunden p. p. beim Nähen eines Dammrisses, der 4.  $16\frac{3}{4}$  Stunden p. p. bei einer Scheidenausspülung auf. In Fall 7 trat nur ein Anfall beim Durchschneiden des Kopfes auf. In Fall 12 brach die Eklampsie im Anschlusse an eine heftige Gemüthsbewegung (Entdeckung der bisher verheimlichten Schwangerschaft) aus. In Fall 49 handelte es sich um einen vorzeitigen Blasensprung mit nachfolgender 24 stündiger Geburtsdauer bei einer 28jährigen Ipara mit etwas allgemein verengtem Becken, in Fall 51 um eine 48stündige Geburtsdauer bei einer 26jährigen Ipara mit allgemein verengtem Becken. In Fall 89 trat bei einer hysterischen Person, die schon früher an hysterischen resp. hysterio-epileptischen Krämpfen gelitten, der erste Anfall beim Nähen eines Dammrisses ein. In Fall 114 handelte es sich um eine 15jährige Ipara. In Fall 160 zog sich die Austreibungsperiode wegen Grösse des Kindes (3880 g) 4 Stunden in die Länge. In Fall 197 (42jährige Ipara) war die Blase bereits mehrere Tage zuvor gesprungen, und war bis zum Ausbruch der Eklampsie schon eine mehrtägige, sehr schmerzhaft, aber erfolglose Wehentätigkeit dagewesen.

In dem Falle 15, wo gar kein Eiweiss im Urin gefunden wurde, trat der erste Anfall nach der Naht eines Dammrisses ein.

Auch in den Fällen, wo schon vor Ausbruch der Eklampsie Symptome einer Schwangerschaftsnierenerkrankung vorhanden waren und sich bei der Untersuchung reichlich Eiweiss fand, schloss sich mehrfach der Eintritt der Krämpfe an äussere Reize resp. psychische Affecte an, wie z. B. Naht eines Dammrisses, innere Untersuchung, Ausspülung des Uterus, heftiger Aerger, Schreck über die Entdeckung der bisher verheimlichten Schwangerschaft u. s. w.

In dem Falle 180, wo über Eiweissgehalt des Urins nichts im Journal angegeben ist, handelte es sich ebenfalls um eine Reflexeklampsie. Denn der erste Anfall trat bei der vorletzten Wehe, der zweite und letzte bei der Dammnaht ein.

Bezüglich der Nierenaffection ergibt sich ferner aus der Columnen A, dass Formelemente 121 Mal gefunden wurden, Oedeme waren in 113 Fällen vorhanden und in 25 Fällen sind sonstige Zeichen einer Nierenkrankung, wie Verminderung des Urins, Kopfschmerzen u. s. w., notirt. Unter den 189 Fällen mit Eiweiss im Urin war nur in 32 Fällen Eiweiss allein (ohne Formelemente im Urin, ohne Oedeme und ohne sonstige Symptome einer Nierenkrankung) zu constatiren.

In einer grossen Zahl von Fällen traten die Symptome einer Nierenstörung, und zwar der Schwangerschaftsnierenerkrankung (Leyden), erst verhältnissmässig kurz vor dem Eintritte der Geburt resp. dem Ausbruche der Eklampsie auf. In einer kleinen Zahl von Fällen (5) bestand ein älteres Nierenleiden, eine wirkliche chronische Nephritis bezw. Stauungsnierenerkrankung infolge von Vitium cordis. Nebestehende Tabelle (V) giebt über diese Verhältnisse Auskunft.

Auch in den Fällen, wo es sich um einfache Schwangerschaftsnierenerkrankung handelte, verschwand durchaus nicht immer das Eiweiss nach der Geburt. Denn ausser den Fällen von chronischer Nephritis bezw. Stauungsnierenerkrankung (Fall 35, 59, 75, 102) war noch in 23 Fällen bei der Entlassung Albumen im Urin vorhanden (in den Fällen 40, 41, 42, 45, 60, 61, 62, 63, 67, 68, 70, 90, 103, 117, 124, 128, 129, 139, 140, 141, 144, 161, 165, 167, 198). Von 158 von der Eklampsie Genesenen hatten somit 26 bei der Entlassung noch Eiweiss im Urin (16,5 Proc.).

Die von Leyden betonte Möglichkeit, dass sich aus einer einfachen Schwangerschaftsnierenerkrankung eine chronische Nephritis ent-



Tabelle V.

Fälle, in denen Angaben über den Eintritt der Nierenstörungen gemacht wurden	Eintritt derselben — wie viel Wochen vor der Geburt?	Fälle, in denen Angaben über den Eintritt der Nierenstörungen gemacht wurden	Eintritt derselben — wie viel Wochen vor der Geburt?
2 (Geburt im 9. M.)	In der letzten Zeit †	105 . . . . .	13 Wochen
3 . . . . .	4—8 Wochen	107 . . . . .	mehrere Wochen
5 . . . . .	1 Woche	108 (Geburt im 9. M.)	2 Wochen
11 (Geburt im 10. M.)	3 Wochen	113 . . . . .	2 „
13 . . . . .	2 „	116 . . . . .	1 Woche
32 . . . . .	1 Woche (Albumen)	117 (Geburt im 10. M.)	In der letzten Zeit
33 . . . . .	1 „	118 . . . . .	3 Wochen
34 . . . . .	1 „	122 . . . . .	8 „
35 (Geburt im 9. M.)	Mehrere Jahre (Nephritis chron.)	127 . . . . .	8 „
38 . . . . .	13 Wochen †	129 (Geburt im 8. M.)	In der letzten Zeit
39 (Geburt im 7. M.)	4 „ †	131 . . . . .	In den letzten Tagen
42 . . . . .	1 Woche	133 (Geburt im 7. M.)	mehrere Wochen
45 . . . . .	4½ Wochen	138 . . . . .	8 Wochen
59 . . . . .	3 resp. 30 Wochen (Nephritis chron. ?)	144 (Geburt im 9. M.)	1 Tag (Schrumpfniere),
63 (Geburt im 9. M.)	4 Wochen	147 . . . . .	8 Wochen
65 ( „ „ 10. „ )	4 „ (Nephritis acuta?)	148 . . . . .	9 „
66 . . . . .	4 „	154 . . . . .	mehrere Wochen
67 (Geburt im 10. M.)	3 „	155 . . . . .	In der letzten Zeit
70 ( „ „ 9. „ )	2—3 „	161 . . . . .	7½ Wochen (Uebergang einer Schwangerschaftsniere in Neph. chron. ?)
71 . . . . .	mehrere Wochen	162 . . . . .	26 Wochen
72 (Geburt im 8. M.)	4 Wochen	163 . . . . .	2 „
73 . . . . .	1 Woche	166 (Geburt im 8. M.)	3 „
75 . . . . .	viele Wochen (Nephritis chron.)	168 ( „ „ 7. „ )	seit Beginn der Schwangerschaft (Stauungsniere infolge Vitium cordis †)
77 (Geburt im 10. M.)	mehrere Wochen	171 (Geburt im 9. M.)	6 Wochen
84 . . . . .	2 Wochen	175 ( „ „ 8. „ )	4 „
87 . . . . .	2 „	184 . . . . .	6 „
88 . . . . .	1 Woche	187 . . . . .	mehrere Monate
90 (Geburt im 10. M.)	2 Wochen	188 . . . . .	4 Wochen
93 . . . . .	2 „	190 . . . . .	1 Woche
94 . . . . .	1 Woche	191 . . . . .	1 „
95 . . . . .	4 Wochen	195 . . . . .	Seit 2 Wochen
98 . . . . .	30 „	196 (Geburt im 10. M.)	mehrere Wochen
102 . . . . .	34 „ (Stauungsniere infolge Vitium cordis)	198 . . . . .	In der letzten Zeit (Uebergang in Nephritis chron.)
103 . . . . .	4 Wochen		

wickeln kann, ist daher wohl im Auge zu behalten und trifft wohl für den Fall 161 und 198 zu. In dem Falle 198 und in einem kürzlich von mir beobachteten Falle von Schwangerschaftsniere bei Eklampsie, der auch in chronische Nephritis überzugehen scheint, waren in der Schwangerschaft kalte Bäder genommen worden.

Die Nephritis chronica des Falles 35 bestand schon jahrelang; in den Fällen 59, 75 aber traten die Symptome einer Nieren-erkrankung erst in der Schwangerschaft auf.

Aus den Sectionsbefunden erhellt ausserdem, dass eine wirkliche chronische Nephritis bei Eklampsie doch häufiger vorkommt, als viele Autoren annehmen.

Tabelle VI.

Nummer des Falles	Sectionsbefund	Nummer des Falles	Sectionsbefund
2	Nephritis parenchymatosa	126	Nephritis par.
16	" "	130	" " levis
18	" par. et interst. Hydro- nephrosis	138	" " gravis
17	" par. Hydronephrosis	149	" " "
38	" " Dilatatio ureter.	153	" chron. " par. Atrophia granularis renum.
39	" " "	158	" par. gravis
49	" " Hydronephrosis	162	" " "
50	" " gravis	163	" chron. c. Atrophia
53	" " et embolica	168	" par. gravis
54	Anaemia renum	173	" " "
55	Nephritis par. et interstit.	176	" " recens. interstit.
69	" " gravis		chron.
83	" " "	181	" par. chron. corticalis
92	" " levis	185	Hydronephrosis
93	" " Dilatatio ureter.	186	Nephritis par. chron.
113	" " levis	191	" " gravis
120	" " "		

Es können somit die verschiedensten Nierenerkrankungen zu Eklampsie führen, worauf ich noch weiter unten zurückkommen werde.

Von selteneren Symptomen, welche der Eklampsie vorausgingen, sind Magenschmerzen und Amaurose hervorzuheben. Während über Druck und Vollsein im Epigastrium, Uebelkeit und Erbrechen öfter geklagt wurde, wurden heftige Magenschmerzen nur einmal in Fall 158 angegeben. Von manchen Autoren wird dieses Symptom ganz besonders hervorgehoben. So erwähnt es schon Osiander (Handbuch der Entbindungskunst, Bd. III, S. 65), von neuen Autoren führt Winckel es mit bekannter Gründlichkeit in seinem Lehrbuche der Geburtshülfe an. Auvard (Traité pratique d'accouchements. Paris 1890) giebt das Symptom mit den eigenen Worten der Kranken wieder: „Oh que je souffre; mais qu'est-ce qui m'arrive, je n'y vois plus; oh! que je souffre de l'estomac, j'étouffe! s'écriait au début même d'un accès éclamptique une malade, jusque là bien portante“. Auch Wieger führt eine Reihe von Fällen an, wo Magenschmerzen dem Ausbruche der Eklampsie vorausgingen. Neuerdings hat Olshausen dieses

Symptom wieder besonders hervorgehoben. Im Falle 158, der zur Section kam, fand sich eine schwere Gastritis parenchymatosa; möglicherweise hängen daher die Magenschmerzen mit dieser anatomischen Veränderung zusammen. Solche parenchymatöse Entzündungen können durch die der Eklampsie vorausgehende Intoxication des Blutes allein gesetzt werden. Indessen, wie schon oben erwähnt, glaube ich, dass dieselben durch die Narkose häufig verschlimmert werden. Und so möchte ich auch in dem Falle 158 den Tod theilweise der Narkose resp. dem Morphinum zur Last legen, besonders mit Rücksicht auf den Umstand, dass es sich in Fall 158 um eine Zwillinggeburt handelte, bei welcher, wie oben auseinandergesetzt, die Narkose besonders leicht schädlich wirken muss. Auch die tödtliche Magenblutung im Falle 138 schiebe ich auf eine combinirte Wirkung der Uratintoxication und der 7stündigen tiefen Narkose. Diese beiden Ursachen führten zu einer Verfettung der Magenschleimhaut mit consecutiven Blutungen in analoger Weise, wie bei der Phosphorvergiftung.

Solche hämorrhagische Erosionen, wie in unserem Falle 138, fanden sich auch in dem von Ahlfeld beschriebenen (Acute gelbe Leberatrophie. Erkrankung unter den Erscheinungen der Eklampsie. Tod. Berichte und Arbeiten, Bd. III, S. 86). Auch für diesen Fall möchte ich die Frage aufwerfen, ob nicht die protrahirte Narkose in erster Linie als Ursache der fettigen Degeneration der Leber, der Nieren, des Herzmuskels, des Pancreas und der Muskulatur des Zwerchfelles und als Todesursache anzusprechen ist, da die Zahl der Anfälle keine übermässig grosse war.

Ausserdem scheint mir dieser Fall ein Beispiel dafür zu sein, wie es, entsprechend der Aetiologie mancher Eklampsien der Kinder, auch durch Darmreizung reflectorisch zum Ausbruche der Eklampsie kommen kann. Die betreffende Schwangere hatte Tags über viele unreife Aepfel und Mittags Gurkensalat gegessen. Um 11 $\frac{1}{2}$  Abends traten heftiger Durchfall und Erbrechen, um 2 Uhr Nachts Convulsionen auf.

Wiederholte Eklampsie trat in 3 Fällen auf (71, 83, 165). Amblyopie resp. Amaurose fand sich in 13 Fällen, die mit Aufhören der Anfälle sehr rasch vollständig schwand. Im Anschlusse an die Eklampsie traten 7 Mal puerperale Manien auf, über deren Ausgang in 3 Fällen (57, 174 und 183) nichts erwähnt ist; Fall 9 starb, die übrigen Fälle wurden geheilt (24, 106, 135).

Die Hirnhämorrhagien und Fettembolien, die in einer Reihe von Fällen den Tod herbeiführten, sind ja, wie schon früher

erwähnt, als Folgen der Anfälle zu betrachten; durch eine frühere Entbindung womöglich nach dem ersten Anfalle hätten sie sich vermeiden lassen.

Dass in einer grossen Zahl von Fällen die Entbindung früher möglich gewesen wäre, zeigt die Columne E der Tabelle. Hier sind 67 Fälle aufgeführt, in welchen die erste nach Ausbruch der Eklampsie angestellte Untersuchung lehrte, dass die Portio bereits völlig verstrichen und der Muttermund mehr minder erweitert war. Lassen wir von diesen 67 Fällen 3 Fälle (1, 72, 100) als Ausnahmefälle ausser Berechnung, weil bei diesen Schwangerschaftseklampsien die Schwangerschaft noch 4 Tage, resp. 2—3 Wochen fort dauerte, so bleiben 64 Fälle, in denen die Entbindung von einem lebenden Kinde mittels tiefer Cervixincisionen  $538\frac{1}{4}$  Stunden früher möglich gewesen wäre. Für den einzelnen Fall ergibt das eine Durchschnittszahl von 8 Stunden.

Die Möglichkeit, bei Eklampsie die Geburt um 8 Stunden abzukürzen, macht natürlich in der Prognose einen gewaltigen Unterschied.

Von den 64 Fällen sind 21 Mütter und 20 Kinder gestorben, welche letztere zur Zeit, als die erste Untersuchung das Verstrichensein der Portio ergab, noch am Leben waren, also mittels sofortiger Entbindung hätten gerettet werden können. Auch die Mortalität der Mutter hätte sich durch eine durchschnittlich 8 Stunden früher erfolgte Entbindung ganz bedeutend herabdrücken lassen.

Es zeigen diese Zahlen die Unrichtigkeit des Ausspruches von Löhlein, mit welchem er die Bedeutung der tiefen Cervixincisionen einschränken will, dass die Geburt bei Eklamptischen spontan sehr rasch vor sich geht, wenn nur erst der supravaginale Theil der Cervix erweitert ist. Unsere Zahlen zeigen dem gegenüber, dass die Geburt bei Eklamptischen nach diesem Zeitpunkte durchschnittlich noch 8 Stunden dauert.

In 9 weiteren Fällen (s. Columne F) brach bei Mehrgebärenden die Eklampsie vor der völligen Erweiterung des Muttermundes aus. Hier hätte man mittels mechanischer Dilatation die Geburt abkürzen und dadurch vielleicht im Falle 2 und 153 das mütterliche Leben retten können.

Bei 9 Erstgebärenden (s. Columne G) war bei der ersten nach Ausbruch der Eklampsie vorgenommenen Untersuchung die ganze

Cervix noch erhalten. Hier hätte man die Geburt durch die Combination der mechanischen und blutigen Dilatation abkürzen und dadurch vielleicht in den Fällen 92, 138 und 168 das mütterliche Leben retten können.

Unter diesen 85 Fällen von Eklampsie also, wo meiner Ansicht nach die beste Therapie in einer früher vollzogenen Entleerung des Uterus bestanden hätte, wäre diese Entleerung in 67 Fällen, d. h. in 80 Proc., mittels tiefer Cervixincisionen möglich gewesen, und nur in je 10 Proc. hätte man zu den beiden anderen Entbindungsverfahren greifen müssen.

Diese Zahlen beweisen somit die Richtigkeit des von mir im ersten Theile dieser Arbeit gethanenen Ausspruches, dass man in den meisten Fällen von Eklampsie, zu denen man gerufen wird, sofort mittels tiefer Cervixincisionen die Entbindung mit Erhaltung des kindlichen Lebens vornehmen kann.

In der Columnne C sind die 48 Fälle von eingreifenden Operationen zusammengestellt. Trotzdem also unter 80 operativen Eingriffen zwecks Entleerung des Uterus 48 Mal eingreifende Operationen nöthig waren, hörte dennoch in 75 Fällen (93,75 Proc.) die Eklampsie im Anschlusse an die Geburt auf, weil eben diese eingreifenden Operationen in tiefer Narkose vorgenommen wurden. Unter eingreifenden Operationen verstehe ich solche, wo bei mangelhaft erweitertem Muttermunde, bei rigidem Damme die Zange oder Wendung zur Anwendung kam, und entweder Einrisse in Muttermund und Damm entstanden, oder nach vergeblichen Extractionsversuchen Incisionen nöthig wurden.

Mögen diese Zahlen bald die Veranlassung dazu geben, dass das Märchen von dem schädlichen Einflusse eingreifender Operationen auf die Eklampsie aus den Lehrbüchern verschwinde, oder man sage wenigstens, dass dieser Einfluss nur existirt, wenn die Operation nicht in tiefer Narkose vorgenommen wird — man rathe dem praktischen Arzte dringend an, bei Eklampsie auch die leichteste entbindende Operation nur in tiefer Narkose vorzunehmen, indem man ihn darauf hinweist, dass bei nicht tief narkotisirten Eklamptischen selbst die einfache Berührung des Uterus, der Katheterismus, neue Anfälle auszulösen vermag. Daher sollte die Unterlassung der Narkose bei der Entbindung einer Eklamptischen als Kunstfehler bezeichnet werden.

In der Columnne D habe ich 22 Fälle zusammengestellt, wo die Kinder nicht das Durchschnittsgewicht eines reifen Kindes

erreichten, wo aber nach den Angaben der Kreissenden die Schwangerschaft die normale Dauer gehabt hatte. Gerade so wie bei chronischer Nephritis können natürlich auch bei Schwangerschaftsnieren die Eiweissverluste einen schädigenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. Aus einem abnorm niedrigen Gewichte des Kindes lässt sich also nicht ohne Weiteres, d. h. ohne Berücksichtigung der letzten Menstruation der Schluss ziehen, dass es sich in dem concreten Falle um eine Frühgeburt gehandelt hat.

In der Tabelle II finden sich 55 Fälle, die als Eklampsie ante partum bezeichnet sind, 97 Fälle von Eklampsie intra partum und 48 Fälle von Eklampsie post partum. Die Bezeichnung „ante partum“ ist allerdings cum grano salis aufzufassen und bedeutet nicht etwa, dass es sich in all' diesen Fällen um Ausbruch der Eklampsie, welche secundär zur Frühgeburt Veranlassung gab, in der Schwangerschaft handelte, sondern nur, dass in diesen 55 Fällen die Eklampsie vor dem Eintritte stärkerer Wehentätigkeit begann. Unzweifelhaft sind unter diesen 55 Fällen eine ganze Reihe, wo die Geburt das Primäre war und die Eklampsie schon nach den ersten schwachen Geburtswehen ausbrach. Nach der Geburt brach die Eklampsie in 24 Proc. der Fälle aus.

Die Tabelle II zeigt ferner, dass die Zahl der Erstgebärenden unter 195 Fällen (bei 5 Fällen ist die Geburtszahl nicht angegeben) 163 (84 Proc.), der Mehrgebärenden 32 (16 Proc.) betrug. Allerdings habe ich mehrere Fälle, die bereits Aborte überstanden, als Erstgebärende angeführt, da mit Rücksicht auf die Methode der Cervixdilatation diese Fälle in die Rubrik der Erstgebärenden gehören.

Unter den Erstgebärenden befanden sich 30 alte, d. h. über 28 Jahre alte Iparae und 36 junge, d. h. unter 20 Jahre alte Erstgebärende — Zahlen, welche die Durchschnittszahl der uns aus diesen beiden Kategorien zugehenden Kreissenden überragen.

9 Mal kamen unter den 200 Fällen Zwillingsgeburten vor, also in  $4\frac{1}{2}$  Proc., 1 Mal Hydramnion (Fall 39), 1 Mal Hydrocephalus (Fall 147), in Fall 31 und 83 handelte es sich um 4700 resp. 4570 g schwere Kinder. Somit war in 13 Fällen ( $6\frac{1}{2}$  Proc.) eine abnorm starke Ausdehnung des Uterus vorhanden.

In mehreren Fällen ergab die Anamnese eine neuropathische Anlage.

Die Beobachtung von Winckel, dass der Tod des Kindes bei Eklampsie ante partum die Eklampsie gewöhnlich beseitigt, wird auch durch eine Anzahl von unseren Fällen bestätigt. Daraus darf natürlich nicht der Schluss gezogen werden, dass bei abgestorbenem Kinde keine Eklampsie ausbrechen kann.

In unserem Falle 15 trat in der Schwangerschaft eine acute Nephritis auf, welche trotz entsprechender Behandlung nach 14 Tagen den Tod des Kindes herbeiführte. Einige Tage nach demselben erfolgte die Geburt unter 4 eklamptischen Anfällen.

Dass eine Eklampsie, welche schon mehrere Tage vor der Geburt aufgehört hat, nach der Geburt wieder auftreten kann, zeigen die Fälle der Rubrik: Eklampsie ante et post partum. (Tabelle II).

Der Beobachtung von Olshausen, dass der Verlust des Gedächtnisses sich bei den Genesenen auch auf die Zeit vor dem Ausbruch der Eklampsie erstrecken kann, vermag ich eine gleiche beizufügen. Ueber den Fall 195 schrieb mir später Herr College Busch Folgendes: „Eigenthümlich ist, dass Frau N. jetzt von der Anwesenheit der Hebamme am Abend des 3. Februars (12 Stunden vor Ausbruch der Eklampsie) nichts weiss, obwohl sie ganz verständig geantwortet haben soll. Auch vom Kommen der Hebamme am Morgen des 4. Februars hat sie keine Erinnerung.“

Einen analogen Fall, wo sich der Verlust des Gedächtnisses auf die ganze, dem Ausbruche der Eklampsie vorausgegangene Weise erstreckte, berichtet auch Playfair (Treatise of midwifery 1889, Vol. II, p. 310).

Das Mortalitätsverhältniss zwischen Erst- und Mehrgebärenden veranschaulicht folgende Tabelle:

	Primiparae		Multiparae	
	erkrankt	gestorben	erkrankt	gestorben
Eclampsia ante partum . . . . .	25	7 (28%)	6	2 (33%)
„ „ et intra partum . . . . .	13	5 (38%)	2	1 (50%)
„ „ et post „ . . . . .	6	1 (17%)	—	—
„ „ intra et post partum . . . . .	3	—	—	—
„ intra et post partum . . . . .	40	8 (20%)	7	1 (14%)
„ „ partum . . . . .	41	9 (22%)	5	1 (20%)
„ post partum . . . . .	35	2 (6%)	12	4 (33%)
Gesammtresultat:	163	32 (19%)	32	9 (28%)

Hieraus geht auch für unser Material die höhere Mortalität der Mehrgebärenden hervor. Nur für die während der Geburt

ausgebrochene Eklampsie ist die Mortalität bei Mehrgebärenden geringer, für die übrigen Kategorien aber ganz bedeutend höher.

Wenn ich zum Schlusse noch mit einigen Worten auf die Theorie der Eklampsie eingehen darf, so müssen wir allerdings zunächst betonen, dass wir mit dem Namen Eklampsie nur einen Symptomencomplex bezeichnen — einen Symptomencomplex aber, welcher in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in Zusammenhang steht mit einer Nierenerkrankung der Schwangeren. Diese Nierenerkrankung ist aber nur in seltenen Fällen eine wirkliche acute oder chronische Nephritis, in den meisten Fällen beruht sie auf einer einfachen Anämie der Niere, welche mit den Vorgängen der Schwangerschaft zusammenhängt und daher von Leyden sehr glücklich als „Schwangerschaftsniere“ bezeichnet worden ist.

Diese Anschauung hat sich auch in ärztlichen Kreisen so eingebürgert, dass jeder Arzt bei Convulsionen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbette, welche mit Bewusstlosigkeit verbunden sind, in erster Linie an das Vorhandensein einer Nierenerkrankung, speciell einer Schwangerschaftsniere, denkt.

Wenn Symptome einer Nierenerkrankung fehlen, so sind vielfach Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass es sich um eine Reflexeklampsie handelt, bei welcher durch Reizung sensibler Nerven des Genitaltractus reflectorisch (durch Vermittelung bestimmter Centren<sup>1)</sup>) die Convulsionen ausgelöst werden. Besonders prägnant sind die Fälle, wo beim Durchschneiden des Kopfes — also im Moment der stärksten Reizung der sensiblen Nerven — ein einziger Anfall auftritt.

Eine Unterabtheilung dieser sympathischen oder Reflexeklampsie bilden dann die Fälle, wo von der Psyche aus jene Centren gereizt werden. Hierher gehören die Fälle, wo starke psychische Affecte, wie heftige Gemüthsbewegungen, Aerger, Eklampsie erzeugen.

---

1) Noch unentschieden ist wohl die Frage, ob das in der Medulla oblongata gelegene vasomotorische Centrum primär auf reflectorischem Wege (durch Reizung pressorischer Fasern) erregt wird und dann secundär eine Anämie (durch Contraction der Hirnarterien) und consecutive Erregung des nach Nothnagel in der Pons gelegenen Krampfcentrums resp. der motorischen Centra der Grosshirnrinde erzeugt, oder ob sich die Reizung der Uterus- und Beckennerven (Ischiadicus nach Wernich) direct auf die letztgenannten Centren überträgt und von diesen aus secundär das vasomotorische Centrum in Erregung versetzt wird (Landois und Eulenburg).



Die Reflexeklampsie ist schon länger bekannt als die durch Uraemie erzeugte Eklampsie. Es ist ebenfalls schon seit dem Anfang dieses Jahrhunderts bekannt, dass diese Reflexeklampsie besonders bei Erstgebärenden und unter den Erstgebärenden wieder besonders bei sehr jugendlichen oder alten Erstgebärenden auftritt, welche entweder die volle Entwicklung noch nicht erreicht oder dieselbe bereits überschritten haben. Ferner ist schon lange bekannt, dass abnorme Ausdehnung des Uterus bei Iparen (bei Zwillingschwangerschaft und Hydramnion) zum Ausbruch der Eklampsie disponirt. Man hat diese Reflexeklampsie schon früher durch eine erhöhte Reizbarkeit erklärt, wie sie unter den Schwangeren besonders den genannten Kategorien eigenthümlich ist<sup>1)</sup> und auf die Analogie mit der Eclampsia infantum hingewiesen.

Durch Lewer's Entdeckung der Nierenerkrankung bei Eklampsischen ist die Reflexeklampsie ziemlich in den Hintergrund gedrängt worden, aber doch niemals ganz von der Tagesordnung verschwunden. In dieser Beziehung erinnere ich nur an den Artikel von Wernich<sup>2)</sup>, an den betreffenden Passus in Spiegelberg's Lehrbuch der Geburtshülfe (2. Aufl.), an die Arbeiten von Osthoff und Lantos.

Ausserdem kommen, und zwar häufig, Mischformen der Eclampsia reflectoria und haematogenes vor, wie ich die genannten zwei

---

1) Zum Beweise führe ich aus dem Handbuch der Entbindungskunst von Osiander (2. Aufl., III. Bd., S. 66) folgenden Passus an: Als nächste Ursache der Convulsionen in der Schwangerschaft und Geburt kann man Irritation des Uterus und Hirn- und Rückenmarksaffection ansehen. Erstgebärende und verweilichte, zu Nervenleiden aller Art geneigte Städterinnen (das wäre also die erworbene neuropathische Anlage von v. Herff), sind den Convulsionen mehr ausgesetzt als andere; ferner unehelich schwangere Personen, deren Gesundheit durch Unglück, heftige Gemüthsbewegungen und die schädliche Einwirkung von Abortivmitteln zerrüttet ist; ferner, die in der Schwangerschaft eine heftige Körpererschütterung erlitten haben, wodurch das Kind abgestorben; ferner übermässige Ausdehnung des Uterus durch ein sehr grosses Kind, durch Zwillinge oder zu viel Fruchtwasser; Ausdehnung der Harnblase bei Harnverhalten; übermässige Anstrengung zur Geburt; gereizter Zustand des Darmcanals, z. B. durch Spulwürmer (bei der Section einer unter Ohnmacht und Convulsionen verstorbenen Neuentbundenen fand man im Magen und Darmcanal 52 Spulwürmer; cf. oben den Fall von Ahlfeld; Verf.); sehr schmerzhaftes Wehen wegen Rigidität oder Verschlussung des Muttermundes; entzündliche Affection des Uterus oder anderer Unterleibsorgane können noch als Gelegenheitsursachen angesehen werden.

2) Berliner klinische Wochenschrift 1872.

Formen nach dem Vorgange von Soltmann (Artikel: Eclampsia infantum — Eulenburg's Realencyclopädie) bezeichnen möchte.

Liegen für diese beiden Formen in dem concreten Falle keine Anhaltspunkte vor, so ist die Möglichkeit vorhanden, dass es sich um Epilepsie handelt. Die Anamnese und der Verlauf werden in solchem Falle bald Klarheit schaffen. Ist Epilepsie ausgeschlossen, so ist bei Convulsionen, die mit Bewusstlosigkeit verbunden sind, noch an eine Gehirnkrankheit zu denken, zumal wenn neben den Convulsionen Lähmungen oder Contracturen vorhanden sind. In diese letzte Kategorie von Fällen gehört unser Fall 20 (Convulsionen bei progressiver Paralyse).

In diesem Rahmen haben sich unsere Nachforschungen bei jedem Falle von Eklampsie schon lange bewegt — und ich weiss daher auch nicht recht, was v. Herff<sup>1)</sup> mit seiner Theorie der Eklampsie will. Wir haben uns doch auch schon vor v. Herff nicht mit der Diagnose Eklampsie begnügt, sondern uns bemüht, in dem concreten Falle die den Convulsionen zu Grunde liegende Krankheit oder Störung zu erkennen.

Das einzig Neue an der Theorie von v. Herff scheint mir die Betonung der von Landois<sup>2)</sup> gefundenen wichtigen Thatsache zu sein, dass in der Grosshirnrinde motorische Centren existiren, deren Reizung durch Kreatin- und Kreatininauftragung das typische Bild der Eklampsie zu erzeugen vermag (s. unten).

Die Eclampsia haematogenes kann durch die verschiedensten Störungen der Harnsecretion bedingt sein, durch einfache Anaemie oder Stauungshyperämie der Niere (bei Herzfehlern), durch die verschiedenen Formen der Nierenentzündung, durch Druck auf die Ureteren und Hydronephrose. Für alle diese Möglichkeiten lassen sich aus unserem Material entsprechende Fälle anführen.

Diese Nierenaffectationen werden meistens durch die Schwangerschaft bedingt, in einzelnen Fällen durch die Einwirkung anderer Schädlichkeiten, z. B. durch gewisse Intoxicationen mit Alcohol, Blei, Sublimat, Carbol. Die Bleivergiftung kann allerdings auch ohne Nierenaffectation auf reflectorischem Wege Eklampsie erzeugen, und andererseits ist bei Carbol- und Sublimat-Ausspülungen noch die Möglichkeit vorhanden, dass nur die mit der Ausspülung, der

1) Münchener medicinische Wochenschrift 1891, Nr. 5. — Centralblatt für Gynäkologie 1892, Nr. 12.

2) Deutsche medicinische Wochenschrift 1887, Nr. 31.

Einführung der Finger verbundene Reizung der sensiblen Nerven des Genitaltractus, nicht die Resorption der genannten Antiseptica die Eklampsie hervorrief.

Kommt es bei den genannten Nierenaffectationen zu einer erheblichen Beschränkung der Harnsecretion, so entsteht die Eklampsie durch die Retention von Harnbestandtheilen. Hand in Hand mit den Convulsionen und ebenfalls durch die Autointoxication des Organismus, möglicherweise auch durch Bakterien bedingt geht in den schweren Fällen eine Auflösung der rothen Blutkörperchen mit consecutiven Ernährungsstörungen (fettigen Degenerationen) in lebenswichtigen Organen. Diese Blutdissolution erklärt die Thatsache, dass selbst nach wenigen eklamptischen Anfällen, auch ohne Hirnhämorrhagien oder Fettembolien, der Tod eintreten kann — eine Thatsache, die bisher noch nicht hervorgehoben worden ist.

Bei dieser Zerstörung der rothen Blutkörperchen, die natürlich durch die mangelhafte Sauerstoffzufuhr bei zahlreichen eklamptischen Anfällen und eine eventuelle protrahirte Narkose noch beschleunigt wird, bildet sich nach den Untersuchungen von Boesi (Referat in der *Revue internationale de bibliographie médicale* X, Paris 1892, Nr. 5) Aceton. Darnach wäre also die Acetonämie ebenso wie die Eklampsie erst die Folge der Uraemie und nicht, wie Stumpf will, die Acetonämie die Ursache der Eklampsie.

Das klinische Bild der Eklampsie — Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins und nachfolgendem Coma — lässt sich auch durch andere Stoffe erzeugen, die normaliter mit dem Harn zur Ausscheidung gelangen sollten. Diese wichtige Thatsache ist von Landois gefunden, der experimentell den Nachweis führte, dass Kreatin, Kreatinin, Uratsedimente und Menschenharn, saures phosphorsaures Kalium auf die motorischen Regionen des Grosshirn gebracht, recidivirende Krampfanfälle erzeugen. „Speciell bei Hunden rief die einseitige Auftragung von Kreatin typische Krampferscheinungen unter den heftigsten Convulsionen der gesamten Körpermuskulatur, sodann vollständige Bewusstlosigkeit und tiefstes Coma hervor. Dabei treten stets neue Krampfanfälle hervor. Lebhaftes Würgebewegungen stellten sich ein, die Reflexerregbarkeit auf Reizung der verschiedenen Körpertheile war völlig aufgehoben, das Thier sinkt, nach dem Anfalle emporgehoben, in jeglicher Lage schlaff in sich auf dem Boden zusammen.“ Bei Kaninchen traten auch Sehstörungen auf dem gekreuzten Auge nach einseitiger Auf-

tragung der verschiedenen oben genannten Salze auf. Harnstoff und kohlensaures Ammoniak, in derselben Weise aufgetragen, erwiesen sich fast wirkungslos.

Wie schon oben erwähnt, halte ich für die Geburtshülfe die Thatsache für besonders wichtig, dass überhaupt Centren existiren, welche durch Ueberladung des Blutes mit bestimmten excrementiellen Stoffen in Erregung versetzt werden und das typische Bild der Eklampsie erzeugen können. Dass diese Centren nicht nur, wie Nothnagel gefunden, in dem Pons, sondern auch in der Grosshirnrinde liegen, ist eine Thatsache, welche für die Geburtshülfe von geringerer Bedeutung ist, als für die Physiologie.

Auf Grund der Versuche von Landois sind bezüglich des Zusammenhanges der Nierenaffectionen in der Schwangerschaft und der Eklampsie folgende Schlüsse gestattet:

1) Bei plötzlicher hochgradiger Beschränkung der Urinsecretion kommt es zur Anhäufung von Kreatin, Kreatinin, saurem phosphorsaurem Kalium und anderen Harnsalzen im Blut.

2) Diese Stoffe, besonders die zwei ersten, lagern sich in der Grosshirnrinde ab, setzen bestimmte motorische Centren in Erregung und erzeugen dadurch das typische Bild der Eklampsie.

Was nun die Entstehung der Schwangerschaftsnieren anlangt, so hat man dieselbe theils mit Circulationsstörungen in den Nieren, theils mit dem Drucke des vorliegenden Theiles auf die Ureteren in Verbindung gebracht. Unter den Circulationsstörungen<sup>1)</sup> ist von Leyden auf die Anämie der Nieren als constanten Befund aufmerksam gemacht worden. Die Ursache dieser Anämie sehe ich mit Spiegelberg, Cohnheim und Osthoff in einem Krampf der Nierenarterien begründet, welcher reflectorisch durch die Reizung sensibler Nerven des Genitaltractus erzeugt wird. Als Reize sind zu nennen die Schwangerschaftswehen, starke Ausdehnung des Uterus, Eintritt des Kopfes in das Becken. Alle diese Reize machen sich erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft geltend, womit die Thatsache gut übereinstimmt, dass die Schwangerschaftsnieren eine Erkrankung der letzten Monate der Schwangerschaft darstellt.

Durch Summirung der Reize oder durch einen ungewöhnlich starken Reiz kommt es dann zu einer derartigen Anämie der Niere

---

1) Dass solche Circulationsstörungen auch durch kalte Bäder in der Schwangerschaft hervorgerufen werden können, erscheint mir wahrscheinlich (siehe S. 145).

mit consecutiver Ernährungsstörung der Nierenepithelien, dass eine hochgradige Beschränkung der Harnsecretion und Eklampsie die Folge ist.

Dass eine solche hochgradige Beschränkung der Harnsecretion und Eklampsie auch durch Druck auf die Ureteren zu Stande kommen kann, unterliegt für mich keinem Zweifel. Ferner erscheint es mir höchst wahrscheinlich, dass ein Druck auf die Ureteren besonders leicht in den Fällen zur Eklampsie führt, wo schon Schwangerschaftsnieren besteht.

Solche combinirte Wirkungen spielen überhaupt bei der Eklampsie eine grosse Rolle und geben uns den Schlüssel zum Verständniss der mannigfachen Verschiedenheiten des klinischen Verlaufes der Eklampsie. Wenige Anfälle garantiren durchaus keinen günstigen Verlauf der Eklampsie. Sie können durch Hirnhämorrhagien und Fettembolien, welche sie erzeugen, zum Tode führen, es kann aber auch die Intoxication des Blutes zwar nur wenige Anfälle, wohl aber eine so hochgradige Zerstörung der rothen Blutkörperchen mit secundären Ernährungsstörungen lebenswichtiger Organe erzeugen, dass der Tod die Folge ist. Diese letale Dissolution des Blutes kann auch bei wenigen Anfällen künstlich durch die Narkose erzeugt werden. Dass zahlreiche eklamptische Anfälle auch ohne besondere Blutdissolution durch die Störung der Respiration und Circulation allein den Tod herbeiführen können, ist ja ohne weiteres klar. Andererseits kommen auch Fälle vor, wo gar keine Anfälle auftreten und die Blutdissolution allein den Tod herbeiführt (Fälle von Urämie ohne Convulsionen).<sup>1)</sup>

Gerade diese Fälle von Blutdissolution mit wenigen oder gar keinen Anfällen ähneln dem Bilde der Sepsis. Dass in diesen Fällen Bakterien resp. ihre Producte die Ursache der Blutdissolution entweder bei schon vorhandener Nierenstörung oder auch ohne diese sein können, ist nicht von der Hand zu weisen.

In jedem Falle von Eklampsie aber, resp. Uraemie ohne Convulsionen, ist die sofortige Entleerung des Uterus dasjenige Verfahren, welches am sichersten die Heilung herbeiführt. Auch dem Ausbruch der Eklampsie im Wochenbette lässt sich sicher in den meisten Fällen vorbeugen, indem man bei Fällen von Schwangerschaftsnieren die Geburt abkürzt, zumal wenn während der Geburt

---

1) Ein derartiger letal verlaufener Fall wird von Strack erwähnt (Centralblatt für Gynäkologie 1890, S. 53).

eine Verminderung der Harnsecretion, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwarzsehen oder Amaurose, Magenschmerzen auftreten.<sup>1)</sup> Be-  
kommt man eine Schwangerschaftsnier e schon während der Schwan-  
gerschaft zur Behandlung, so lässt sich die Eklampsie ja meistens  
durch eine energische Diurese und Diaphorese, durch eine strenge  
Milchdiät verhüten.

### Schlussfolgerungen.

Die Ursache der Eklampsie ist in der überwiegenden Mehr-  
zahl der Fälle eine Intoxication des Blutes (Eclampsia haema-  
togenes), die durch Retention von Kreatin und Kreatinin bei  
Schwangerschaftsnier e, seltener bei wirklicher Nephritis, bei Stau-  
ungshyperämie der Nieren, bei Harnstauung durch Druck auf die  
Ureteren und bei Hydronephrose erzeugt wird.

Das Kreatin und Kreatinin lagern sich in der Grosshirnrinde  
ab, setzen bestimmte motorische Centren desselben in Erregung  
und bringen hierdurch sowohl Coma als auch Convulsionen her-  
vor (Landois). Als Gelegenheitsursache für den Ausbruch der  
Eklampsie spielen hierbei manchmal Reizungen sensibler Nerven  
(am häufigsten des Genitaltractus) oder psychische Erregungen  
eine Rolle.

Möglicherweise kann die Eclampsia haematogenes auch durch  
Bakterien resp. ihre Producte erzeugt werden, zumal wenn schon  
eine Nierenstörung besteht.

Ausserdem kommt es bei Eklampsie in schweren Fällen —  
durch welche Stoffe oder möglicherweise Bakterien lässt Verfasser

---

1) Unter unseren 48 Wochenbettseklampsien befinden sich 16 Fälle (45, 66, 71, 73, 84, 94, 95, 103, 122, 131, 158, 161, 162, 188, 190), wo die Anamnese auf das Vorhandensein einer Schwangerschaftsnier e hinwies (s. Tab. V). In drei weiteren Fällen (176, 185, 186) ergab die Section ein älteres Nierenleiden, welches sicher bei der Geburt sich durch bestimmte Symptome documentirt hat. Hätte man auf Grund des Vorhandenseins einer Schwangerschaftsnier e in diesen Fällen in tiefer Narkose die frühzeitige Entbindung vorgenommen, so wäre durch dieselbe die Reizquelle der Weenthätigkeit eliminirt worden, welche so häufig den Anstoss zum Ausbruch der Eklampsie giebt, und zwar auch für einen grossen Theil der Wochenbettseklampsien. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob die Geburt schnell oder langsam verlief. Bei schneller Geburt bilden die starken Wehen, bei langsamer Geburt die langdauernden Wehenschmerzen mächtige Reize, welche theils für sich allein (Reflexeklam-  
psie), theils bei Vorhandensein einer Uratintoxication Eklampsie erzeugen können.

dahingestellt — zu einer Zerstörung der rothen Blutkörperchen mit fettiger Degeneration der Nieren, der Herzmuskulatur und der Magenschleimhaut. Die letztere kann bei Eklampsie zu tödtlicher Magenblutung führen. Durch eine protrahirte Narkose werden diese deletären Veränderungen noch verstärkt.

In seltenen Fällen ist die Eklampsie eine Eklampsia reflectoria — d. h. die Krampfcentren treten durch Reizung sensibler Nerven (am häufigsten des Genitaltractus) oder psychische Erregungen in Action, und zwar entweder, wenn die Reize sehr stark sind (z. B. bei abnormer Ausdehnung des Uterus), oder die Erregbarkeit der Krampfcentren eine gesteigerte ist (bei nervösen Individuen, bei sehr jungen oder alten Iparae).

In analoger Weise beruht die Schwangerschaftsniere in der Regel auf einem von dem Genitaltractus her ausgelösten reflectorischen Krampf der Nierenarterien.

Die Prognose der Eklampsie verschlechtert sich mit der Zahl der Anfälle — einerlei ob operirt worden ist oder nicht. Indessen kann auch schon nach wenigen Anfällen der Tod eintreten (infolge von Blutdissolution, von Hirnblutung, von Fett-embolie).

Nach operativer, in tiefer Narkose vorgenommener Entleerung des Uterus hört die Eklampsie in 93,75 Proc. der Fälle auf. Die Sterblichkeit bei Eklampsie ist schon jetzt nach operativer Entleerung des Uterus geringer als nach spontaner Geburt.

Die Sterblichkeit bei Eklampsie nach operativer Entleerung des Uterus wird noch bedeutend heruntergehen, wenn die Entbindung womöglich nach dem ersten beobachteten Anfall vorgenommen wird: Die Krankheit wird hierdurch coupirt, ihre deletären Folgen für Mutter und Kind, die erst bei längerer Dauer der Eklampsie auftreten, sowie die Schädigung von Mutter und Kind durch die symptomatische Therapie (Narkose) fallen fort. Die sofortige Entleerung des Uterus ist in jedem Stadium der Schwangerschaft indicirt, weil die Eklampsie in den ersten 7 Monaten das kindliche Leben doch stets vernichtet — entweder dadurch, dass sie die Geburt einleitet, oder dadurch, dass sie direct den Tod des Kindes herbeiführt.

In 80 Proc. der Fälle von Eklampsie lässt sich die sofortige Entbindung von einem lebenden Kinde mittels meiner Methode der tiefen Cervixincisionen, eventuell in Combination mit einer Damm-

resp. Scheidendammcincision, durchführen. Nur in je 10 Proc. der Fälle (bei Mehrgebärenden resp. bei Erstgebärenden mit erhaltener Cervix) kommt für die der Entbindung vorauszuschickende völlige Erweiterung des Muttermundes die mechanische Dilatation mittels continuirlichen Zuges an einem in den Uterus eingeführten Kolpeurynter resp. eine Combination der blutigen und mechanischen Dilatation in Betracht.

In der Hand eines geübten Geburtshelfers lässt sich durch diese Methoden die hohe Sterblichkeit der lebensfähigen Kinder bei Eklampsie (49 Proc.) ganz bedeutend herabmindern.

Auch für die Mutter sind die genannten Methoden bei strenger Antisepsis, bei der nöthigen Uebung und bei Anwendung der Uterustamponade in Fällen von Atonie nicht gefährlicher als die spontane Geburt. Der Kaiserschnitt<sup>1)</sup> ist dagegen, als zu gefährlich für die Mutter, bei Eklampsie zu verwerfen.

Operationen verschlimmern die Eklampsie nur dann, wenn sie nicht in tiefer Narkose vorgenommen werden. Die Unterlassung der tiefen Narkose bei der Entbindung einer Eklamptischen sollte daher als Kunstfehler bezeichnet werden.

Eine protrahirte Narkose bei Eklampsie ist dagegen irrationell, weil sie die Entstehung von Bronchopneumonien begünstigt und theils für sich allein, theils in combinirter Wirkung mit der bei Eklampsie schon vorhandenen Intoxication des Blutes eine Auflösung der rothen Blutkörperchen und eine fettige Degeneration lebenswichtiger Organe erzeugt.

Bei Eklampsie, die mit starker Ausdehnung des Uterus einhergeht, kann der Tod nach wenigen Chloroforminhalationen er-

---

1) Durch ein Versehen sind folgende Notizen bezüglich des Kaiserschnittes aus dem ersten Theile der vorliegenden Arbeit fortgeblieben:

Im Centralblatt für Gynäkologie 1892, Nr. 20, S. 390 berichten Wertheim und Lihotzky kurz über vier weitere Fälle von Sectio caesarea bei Eklampsie. Ein Fall, eine Mehrgebärende, starb. Von zwei Kindern ist erwähnt, dass sie am Leben blieben.

Zu den Geburtshelfern, welche bei Uterusatonie nach Kaiserschnitt die Uterustamponade nach meiner Methode mit Erfolg ausführen, kommt noch Schauta hinzu, der im Centralblatte für Gynäkologie 1892, Nr. 20, S. 390 „als Beweis des sicheren Abschlusses der Uteruswunde nach exacter Naht“ erwähnt, „dass er in Prag nach einer Sectio caesarea wegen Atonia uteri eine Tamponade nach Dührssen mit Erfolg ausgeführt habe.“



folgen (Chloroformtod im engeren Sinne). In diesen Fällen dürfte sich vor Einleitung irgendwelcher Narkose die Blasensprengung zwecks Verminderung des Uterusvolumens empfehlen. Da Chloral sich im Blute in Chloroform umsetzt, so hat die Anwendung des Chlorals dieselben Nachtheile, wie die des Chloroforms.

Weil die bei Eklampsie vorhandene Intoxication des Blutes auch eine fettige Degeneration der Herzmuskulatur erzeugt, so sind grössere Dosen Morphinum bei Eklampsie ebenfalls als gefährlich zu bezeichnen.

Wegen der bis jetzt üblichen Behandlung der Eklampsie (späte Entbindung, bis dahin Narkose) beträgt die Mortalität bei vor der Geburt ausgebrochener Eklampsie für die Mütter immer noch ca. 25 Proc., für die lebensfähigen Kinder ca. 50 Proc.