



Sechs Fälle von verengtem Becken.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 6. August 1892

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Adolf Schneider

pract. Arzt.

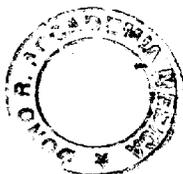
aus Prov. Sachsen.

Opponenten:

Herr Polizeidirektor Dr. Gesterding,

Herr Dr. Scheunemann, prakt. Arzt.

Herr Dr. Schepers, prakt. Arzt.

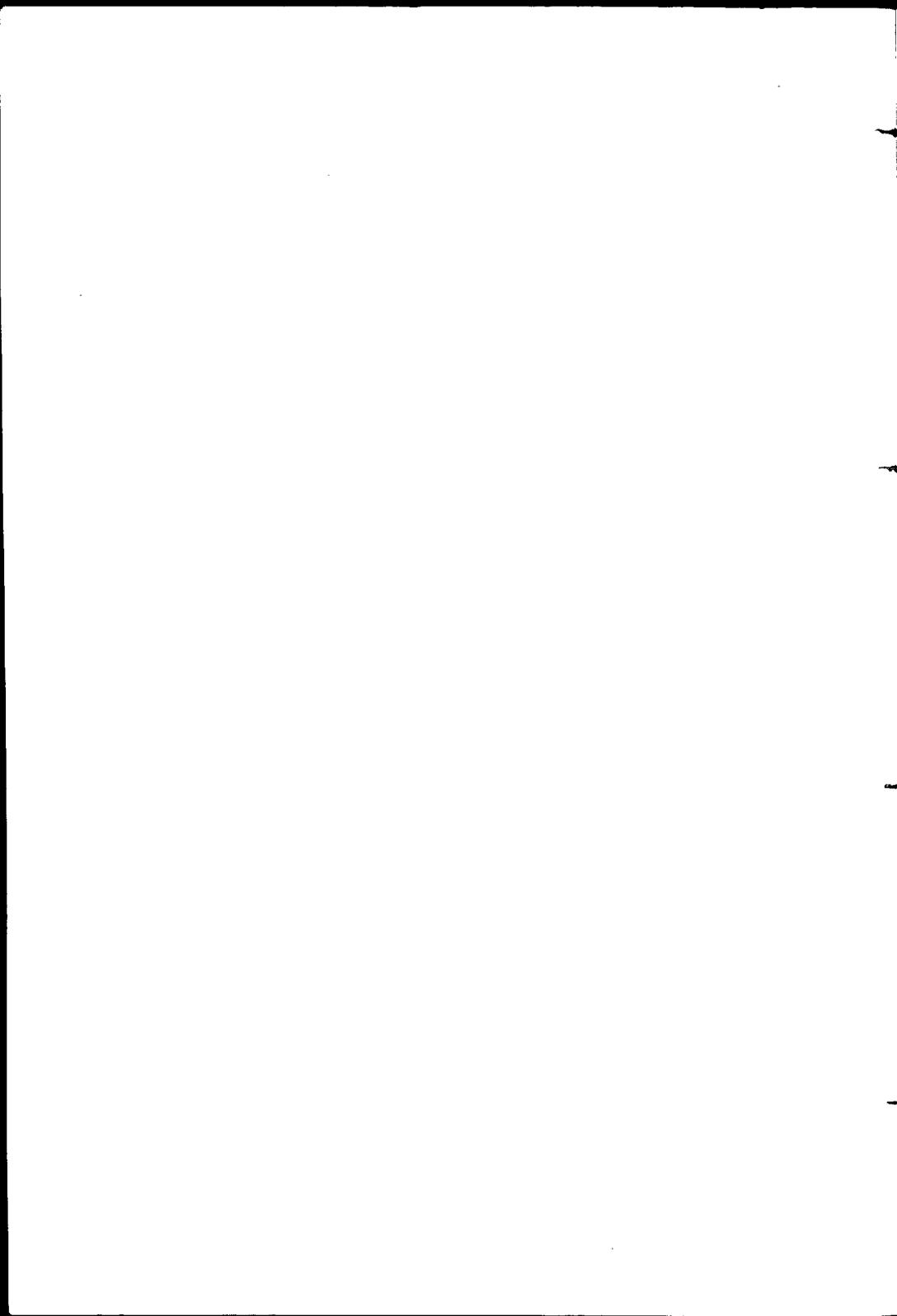


Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1892.





Bei der grossen Seltenheit, mit welcher verengte Becken höheren Grades in der hiesigen Gegend von Vorpommern vorkommen, war es auffallend, dass im letzten Semester drei verengte Becken in verhältnismässig kurzen Zwischenräumen in der hiesigen geburtshilflichen Klinik zur Beobachtung kamen. Es stellte sich jedoch heraus, dass auch diese drei Frauen nicht in der hiesigen Gegend geboren waren. Zwei von diesen waren schon zu früheren Entbindungen in die Anstalt gekommen.

Im Folgenden sollen nun diese letzten drei Fälle nebst den früher hierselbst beobachteten Geburten beschrieben werden und habe ich denselben noch drei Fälle, welche in den drei vorhergehenden Semestern in der Anstalt beobachtet sind, hinzugefügt. Es sind dies sämtliche während der letzten zwei Jahre vorgekommenen Fälle von verengten Becken, wenn man die Grenze derselben auf eine Conjugata diagonalis von $11\frac{1}{2}$ cm festsetzt und von den geringeren Graden absieht, bei welchen es sich weniger um ein wirkliches Hindernis bei der Geburt, als um kleine Abweichungen in der Kindeslage, Verzögerung durch schwache Wehen u. a. handelt.

Fall I.

Platt verengtes Becken. Conjugata vorn $8-8\frac{1}{2}$ cm.

Vier Geburten durch Wendung auf den Fuss.

Journ. Nr. 1120, 1269, 1604 und 1936. Frau Wilhelmine L. aus Greifswald, geb. in Müssow, im Alter von 28 Jahren giebt an, dass sie vor einigen Jahren den Typhus abdominalis überstanden habe. Ob sie als Kind krank gewesen und wenn sie laufen gelernt hat, weiss Patientin nicht anzugeben. Körperveränderungen sind nicht zu bemerken.

Die Regel hat Frau L. seit ihrem 16. Lebensjahr regelmässig alle 4 Wochen. Dieselbe ist schwach und dauert 4 Tage.

Frau L. hat zwei Geburten überstanden, bei welchen jedesmal die Zange angelegt wurde. Die Kinder starben während der Geburt.

Anfang April 1886 will Frau L. zum letzten Mal regelmässig menstruiert haben. Am 3. Januar 1887 sucht sie die Aufnahme in die hiesige geburtshilffliche Klinik.

Beckenmessung:

Sp. Il. $24\frac{1}{2}$ cm, Cr. Il. 26 cm, Conj. ext. $17\frac{3}{4}$ cm.
Conj. diag 10 cm.

Die Conj. vera wird auf $8-8\frac{1}{2}$ cm geschätzt.

Der Befund der äusseren Untersuchung ergab:

Abdomen vorgewölbt. Bauchhaut schlaff. Alte und neue Striae. Der Fundus uteri steht in der Mitte zwischen Nabel und Herzgrube. Die Linea alba ist pigmentiert, der grösste Umfang beträgt 108 cm. Links und rechts ist je ein grosser Kindesteil zu fühlen.

Der Fötal puls wird links oberhalb des Nabels gehört.
Die innere Untersuchung ergibt:

Beckenneigung normal, Scheideneingang und Scheide weit, aufgelockert. Vaginalportion links. Äusserer Muttermund geöffnet. Cervix vollkommen durchgängig. Kindesteile sind nicht zu fühlen. Promontorium leicht zu erreichen.

Am 21. Januar Morgens gegen 4 Uhr setzen die Wehen kräftig ein. Es wird eine Schiefelage, Kopf links, Rücken nach hinten diagnostiziert. Sobald die völlige Erweiterung des Muttermundes eingetreten war, wurde gegen 8 Uhr zur Wendung geschritten und ein lebendes Kind von $54\frac{1}{2}$ cm Länge und 4420 gr Gewicht extrahiert. Die Kopfmasse des Kindes betragen: Bit. $8\frac{1}{2}$ cm, Bip. 9 cm, Rect. $11\frac{1}{4}$ cm, Obliqu. min. 9 cm, Obliqu. maj. $13\frac{1}{2}$ cm, Umf. 35 cm.

Das Kind starb bald nach der Geburt an Asphyxie.

Das Wochenbett verlief anfangs ohne Störung. Vom 4. bis 6. Tage trat Fieber ein. Es wurden in Folge dessen Ausspülungen des Uterus mit 2% Carbollösung vorgenommen.

Am 2. Februar 1887 wurde Frau L gesund entlassen.

Am 10. Februar 1888 meldete sich Frau L wieder als Schwangere in der Klinik. Sie gab an, im Mai 1887 zum letzten Mal menstruiert zu haben. Die Zeit der ersten Kindesbewegungen vermag sie nicht anzugeben.

Die äussere Untersuchung ergibt:

Fundus in der Mitte zwischen Nabel und Processus

ensiformis. Der Uterus ist stark quer ausgedehnt. Rechts und links ist je ein grosser Kindesteil fühlbar.

Fötalpulz und Uteringeräusch werden links gehört.

Die innere Untersuchung ergibt:

Cervix 1 cm durchgängig. Narben am äusseren Muttermund. Ein grosser Kindesteil liegt nicht vor.

Am 15. Februar treten Morgens 6 Uhr mässig starke Wehen ein. Um 8 $\frac{1}{2}$ Uhr hat sich der Muttermund vollständig erweitert, und es wird wegen der Querlage zur Wendung geschritten. Der Kopf liegt links; der Rücken hinten. Eine Hand und der dazu gehörige Unterarm sind in der Blase fühlbar.

Operation: Lagerung auf dem Querbett, Chlorformnarkose. Die linke Hand geht in die Geschlechtswege ein. Es wird der rechte Fuss heruntergeholt. Beim Eingehen mit der Hand wird gefunden, dass der Bauch des Kindes nach vorn liegt. Der rechte Fuss wird heruntergeholt. Er steht so, dass die Zehen nach links, die Ferse nach rechts sehen. Da die Reflexbewegungen am heruntergeholt Fuss zu schwinden beginnen, wird die Extraktion der Wendung angeschlossen. Hierbei dreht sich der Rücken nach vorn. Die Arme werden leicht gelöst. Der Kopf wird nach Veit-Smellie entwickelt.

Nach 20 Min. wird versucht, die Placenta vermittels des Credé'schen Handgriffs zu entfernen. Dies gelingt nicht. Um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr erfolgt ihr Austritt spontan. Der sehr weiche Uterus wird durch Reiben zur Kontraktion gebracht.

Das lebende Kind hatte eine Länge von 51 cm und

ein Gewicht von 3920 gr. Die Kopfdurchmesser betragen: Bit. 8 cm, Bip. 10 cm, Rect. $10\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. min. 11 cm, Obliqu. maj. $12\frac{1}{2}$ cm, Umf. 35 cm.

Das Wochenbett verlief normal.

Der Abfall der Nabelschnur erfolgte am 8. Tage. Am 7. Tage zeigte sich eine geringe Soorentwicklung auf der Zungen- und Wangenschleimhaut des Kindes. Nach Anwendung von Rp. Natrii bicaracici 1,0

Aquae dest. 30,0

tgl. 3× zu pinseln

verschwindet die Affektion.

Am 26. Februar 1888 wurde Frau L. . . . nebst Kind gesund entlassen.

Am 21. Mai 1890 kam Frau L. . . . morgens 8 Uhr 30 Min. kreissend in die Anstalt. Sie hatte kräftige Wehen. Der Muttermund war noch ungefähr 2 Markstück gross. Die Blase steht noch. Der Cervicalcanal ist noch zum grössten Teil vorhanden. 9 Uhr 30 Min. morgens sprang die Blase bei 3 Markstück grossem Muttermund. In demselben ist die rechte Hand fühlbar. Wegen der Kleinheit des Muttermundes und des noch $1\frac{1}{2}$ cm langen Cervix wurde die Wendung noch nicht versucht. Um 12 Uhr Mittags war der Muttermund über 5 Markstück gross. Es wurde zur Wendung geschritten.

Operation: Lagerung auf dem Querbett; Chloroformnarkose; Abwaschen der äusseren Geschlechtsteile und Ausspülung der Scheide. Es wird mit der rechten Hand eingegangen. Die Nabelschnur wird bei Seite geschoben. Der rechte Fuss wird erfasst und heruntergezogen. Die

völlige Umdrehung, sodass das Bein bis zum Knie geboren und der Kopf nach oben getreten ist, gelingt erst nach dem Abwarten einiger Wehen und durch den Druck von aussen. Der Bauch des Kindes hat sich nach vorn gedreht. Das weitere Hervortreten des Kindes wird durch die Bauchpresse und Druck von aussen bewirkt. Hierbei dreht sich allmählich zunächst die rechte Hüfte und dann der Rücken nach vorn. Die Lösung des linken Armes gelingt leicht. Die des rechten ist schwieriger. Der Kopf wird durch Druck von aussen und durch den Veit-Smellie'schen Handgriff um 1 Uhr Mittags geboren. Das Kind ist zunächst asphyktisch, schreit aber nach einigen Schulze'schen Schwingungen kräftig.

Das Kind ist 52 cm lang und wiegt 4740 gr. Die Kopfmasse betragen: Bit. 8 cm, Bip. 9 cm, Rect. 12 cm, Obliqu. min. 11 cm, Obliqu. maj. 13 $\frac{1}{2}$ cm, Umf. 36 cm. Die rechte Clavicula des sehr grossen Kindes ist in der Mitte fracturiert. Der rechte Arm hängt schlaff herunter, in der Clavicula ist deutliche Crepitation vorhanden. Es wird ein fixierender Verband mit Stärkebinden angelegt.

Sofort nach Austritt des Kindes findet eine starke Blutung aus dem schlaffen Uterus statt. Es wird mit der Hand eingegangen und die zum Teil gelöste Placenta abgelöst und herausgeholt. Hierauf wird der Uterus von aussen gerieben und comprimiert. Er zieht sich zunächst etwas zusammen, wird dann aber wieder schlaff und die Blutung beginnt von Neuem. Eine Ausspülung des Uterus mit 2% kalter Carbollösung bewirkt keine Änderung. Es wird nun der Uterus, welcher wieder ganz gross und

schlaff geworden ist, anteflektiert, comprimiert und gegen die Symphyse gedrückt. Sodann werden Ausspülungen mit Carbollösung von 40^o R. vorgenommen. Es erfolgen gute Contraktionen. Die Blutung steht. Es wird eine Injektion von 0,3 Ergotin gemacht. Unter steter Bewachung und öfterem Reiben bleibt der Uterus in den Stunden gut contrahiert. Der Puls ist regelmässig und kräftig.

Um 5 Uhr 30 Min. Nachmittags ist wieder eine ziemlich starke Blutung eingetreten. Der Uterus ist völlig schlaff, contrahiert sich nicht trotz Ergotininjektionen und Massieren, sodass wieder comprimiert werden muss. Der Puls ist klein. Es wird die Scheide und der Uterus mit Carbollösung ausgespült, wobei sich grosse Mengen geronnenen Blutes entleeren. Dann werden 2 Jodoformgazestreifen mit einer Kornzange in den Uterus eingeführt. Der Uterus zieht sich zusammen und bleibt zunächst hart.

Um 7 Uhr Nachmittags wird der Uterus wieder schlaff und Blut sickert aus der Scheide hervor. Die Wöchnerin hat alle Anzeichen einer schweren Anämie; Sie hat Ohrensausen, kann nicht sehen; der Puls zählt über 150 Schläge in der Minute, ist sehr klein, zeitweise unfühelbar; die Schleimhäute sind völlig blutlos. Esmarch'sche Einwickelung beider Beine bessert den Puls und das subjektive Befinden bedeutend. Es wird 1 gr Aeth. camph. subcutan verabreicht. Sodann werden die Tampons herausgenommen, der Uterus von neuem mit Carbollösung ausgespült. Hierauf wird ein grosser, langer, dicker Jodoformgazestreifen mit der Kornzange tief hinein bis oben an den Fundus in den Uterus eingeführt. Jetzt stellen sich ziemlich kräftige

und immer häufiger werdende Contractionen des Uterus ein, welche durch Faredisieren des letzteren noch zu bessern gesucht werden. Die Blutung sistiert von jetzt ab völlig. Das Befinden bessert sich allmählich.

Die Wöchnerin erhält Ungarwein löffelweise und von Zeit zu Zeit etwas Schaumwein. Nach 2 Stunden werden die Binden abgenommen und die Beine hochgelagert. Am Abend erfolgt heftiges Erbrechen der genossenen Weinmassen. Der Puls bleibt verhältnismässig gut. Der Uterus ist andauernd hart.

Wochenbett: 2. Tag.

Der Nachtschlaf war gut und nur wenig gestört. Schwindelanfälle waren nicht wieder eingetreten, ebenso hatte das Erbrechen aufgehört. Die sichtbaren Schleimhäute waren blassrot. Die Wöchnerin fühlt sich gegen den gestrigen Tag weit wohler; nur klagt sie über grosse Mattigkeit und zeitweiser Schmerzhaftigkeit des Uterus, welche letzteres auf Nachwehen zurückzuführen ist. Der Uterus ist dauernd gut contrahiert und steht in Nabelhöhe. Eine Blutung ist nicht wieder eingetreten. Der starke Durst wird durch reichliches Milchtrinken gestillt. Die Urinentleerung geschieht spontan. Der Jodeformgazetampon wird aus dem Uterus entfernt. Temp. morg. $37,8^{\circ}$ C., Puls 114; abends Temp. $38,0^{\circ}$ C., Puls 106.

3. Tag. Schlaf gut und andauernd. Allgemeinbefinden gut. Temperatur normal. Durst reichlich. Uterus gut contrahiert.

Das Wochenbett verläuft im weiteren völlig normal. Die Wöchnerin erholt sich allmählich von dem starken

Blutverluste. Kleine Temperatursteigerungen am Abend des 8. und 9. Tages waren ohne objectiven Befund. Es wurden an beiden Abenden Scheidenausspülungen mit 2⁰/₀ Carbolsäure gemacht.

Am 8. Juni 1890 wurde die Wöchnerin gesund entlassen.

Das Kind schreit am 2. Tage bei Bewegungen des rechten Beines recht heftig, aktiv bewegt es dasselbe nicht. Der rechte Oberschenkel von der Glutealgegend bis zum Knie ist stark geschwollen. In der Tiefe der Gegend des Hüftgelenks ist eine ziemlich derbe Resistenz bemerkbar. Die Haut rings um die Hüftgelenksgegend ist blau sugguliert. Eine Dislocation ist nicht nachzuweisen, Crepitation deutlich wahrnehmbar, namentlich bei Actiren des Oberschenkels.

Nachdem die Schwellung zurückgegangen ist, zeigt sich am nächsten Tage noch eine starke Suggilation und Schmerzhaftigkeit des Oberschenkels. Ausserdem sind Aussenrotation und Dislokation nachzuweisen. Es wird die Diagaose auf Fraktura femoris im oberen zweiten Viertel gestellt. Ein Heftpflasterverband wird angelegt, welcher das Bein am Bauch fixiert.

Am 6. Juni 1890 wurde das Kind mit der Mutter entlassen, um poliklinisch weiter behandelt zu werden.

Am Ende der 6. Woche sind Arm und Bein gut und normal beweglich.

Am 8. Juni 1892 meldete sich Frau L. wieder als Schwangere in der Anstalt. Sie gab an, die letzte Regel Anfangs Oktober 1891 gehabt zu haben. Die ersten

Kindesbewegungen hat sie Anfang Februar 1892 verspürt.

Der Befund bei der äusseren Untersuchung war folgender:

Abdomen stark vorgewölbt. Nabel hervorragend. Linea alba schwach pigmentiert. Viele alte Striae. Der Kopf liegt auf der rechten Darmbeinschaukel. Rücken nach vorn, kleine Kindesteile nach hinten.

Der Fötal puls wird rechts 1 Finger breit neben dem Nabel gehört und zählt 120 Schläge in der Minute. Das Uteringeräusch hört man links.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang weit, Scheide weit, weich. Portio $2\frac{1}{2}$ cm lang, durch mehrere Narben und Risse in Lappen geteilt. Muttermund 1 Markstück gross, schlaff. Es liegt ein Arm vor.

Am 15. Juni morgens traten langsame Wehen ein. Das Kind lag in zweiter Schädellage. Der Fötal puls war rechts hörbar und zählte 132 Schläge in der Minute.

Da bei der Kreissenden ein einfach glattes Becken vorhanden war, bei welchem die Conjugata vera auf $8\frac{1}{4}$ — $8\frac{1}{2}$ cm geschätzt wurde, und auf eine günstige Entwicklung ohne Kunsthülfe auf Grund der früheren Geburten nicht zu rechnen war, und da es auch den Wehen nicht gelang, den Kopf durch die verengte Stelle im Becken zu treiben, so wurde um 9 Uhr 57 Min. vormittags zur Wendung der Frucht geschritten.

Operation: Lagerung auf dem Querbett. Chloroformnarkose. Es wurde mit der rechten Hand eingegangen. Der Kopf von aussen und innen vom Beckeneingang weg-

gedrängt und dann das Kind auf den linken Fuss gewendet. Da die Reflexerregung an der Ferse unbeantwortet blieb, wurde zur Extraktion geschritten, wodurch ein lebendes Kind zur Welt befördert wurde. Arme und Kopf brauchten nicht besonders entwickelt zu werden. Durch starken Druck von aussen wurden die über der Brust gekreuzten Arme zusammen mit dem Kopfe geboren.

Das Kind hatte eine Länge von 54 cm und ein Gewicht von 3750 gr. Die Kopfmasse betragen: Bit. $7\frac{1}{2}$ cm, Bip. $8\frac{3}{4}$, Rect. $10\frac{3}{4}$, Obliqu. min. $9\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. maj. $12\frac{1}{2}$ cm. Umfang 32 cm.

Das Wochenbett verlief ohne Störung. Die Mutter nährte selbst. Der Abfall der Nabelschnur erfolgte am 6. Tage.

Am 28. Juni wurden Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall II.

Platt verengtes Becken. Conjugata vera $8\frac{1}{2}$ cm.
Zwei Geburten: 1 Perforation, 2 künstliche Frühgeburt
und Wendung auf dem Fuss.

Journ.-No. 1705 und 1937. Frau B. aus Zinnowitz im Alter von 32 Jahren giebt an, erst im 5. Lebensjahr das Gehen erlernt zu haben. Irgend welche Körperveränderungen in Folge von Rachitis sind nicht zu bemerken.

Die Regel hat Fr. B. seit ihrem 17. Lebensjahr. Dieselbe war stark, regelmässig und stets mit Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerz verbunden. Im 18. Lebensjahre blieb die Regel einmal auf $\frac{1}{2}$ Jahr aus, trat dann aber spontan wieder ein.



Frau B. hat drei Geburten überstanden. Die erste verlief spontan. Das Kind wurde von der Mutter genährt und blieb am Leben. Die zweite Geburt verlief ebenfalls spontan, doch viel schwerer als die erste. Die Frucht wurde totgeboren. Bei der dritten Geburt wurde die Embryotomie gemacht.

Diesmal wird Parturiens am 13. Januar 1892 Nachm. 8 Uhr 30 Min. kreissend in die Anstalt gebracht. Dabei wird angegeben, dass dieselbe bereits seit dem 11. Januar Vormittags ziemlich starke Wehen habe, das Fruchtwasser sei schon am 11. Januar 6 Uhr Vormittags abgeflossen, ohne dass Wehen vorhanden gewesen seien.

Die letzte Menstruation soll Ende Februar 1890, also vor $10\frac{1}{2}$ Monat, gewesen sein. Wann sie die ersten Kindesbewegungen gespürt hat, weiss Frau B. nicht anzugeben.

Beckenmessung:

Sp. Il. 24 cm. Cr. Il. $25\frac{3}{4}$ cm. Conj. ext. $17\frac{1}{4}$ cm.
Conj. Diag, 10 cm.

Die Corj. vera. wird auf $8\frac{1}{2}$ cm. geschätzt.

Der Befund der äusseren Untersuchung ergab:

Abdomen stark aufgetrieben. Linea alba pigmentiert. Nabel verstrichen. Wenige alte Narben, mässig viele neue Striae. Der Fundus uteri reicht bis an die Herzgrube, beiderseits die Rippenbögen berührend. Der Uterus ist deutlich nach links verlagert, der grösste Umfang des Bauches beträgt handbreit unter dem Nabel 93 cm. Der Rücken des Kindes ist rechts, kleine Teile sind links zu fühlen. Der Kopf ist auf dem Beckeneingang fixiert.

Der Fötal puls wird am deutlichsten handbreit über der Symphyse in der Linea alba gehört und zählt 150 Schläge in der Minute. Das Uteringeräusch ist in der rechten Inguinalgegend wahrzunehmen.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang weit, Scheide weit, weich, aufgelockert, Portio verstrichen. Der Muttermund ist 3 Markstück gross. Die Muttermundlippen sind wulstig. Narben oder Einrisse nicht fühlbar. Der Kopf liegt fest, unbeweglich vor. Die Fruchtblase steht nicht mehr. Eine Naht verläuft cr. 1 Finger breit vor der Symphyse im queren Durchmesser. Fontanellen sind nicht fühlbar.

14. Januar 1891, Nachmittags 5 Uhr: Es ist bisher keinerlei Kunsteingriff vorgenommen worden, da die Hoffnung bestand, es möchten stärkere Wehen den Kopf spontan durch das Becken hindurchtreiben; doch ist die Geburt seit Aufnahme der Kreissenden, d. h. seit 20 Stunden, so gut wie garnicht vorgeschritten: Der Muttermund hat die Grösse von etwas mehr als ein Fünfmarkstück erreicht. Der Kopf steht noch so hoch, dass man das Promontorium erreichen kann, und ist unbeweglich fest auf dem Beckeneingang fixiert. Die Wehen traten ziemlich selten auf und sind bei grosser Schmerzhaftigkeit kraftlos und ohne Wirkung. Es wird daher beschlossen, die Geburt operativ zu Ende zu führen. Forceps ist kontraindicirt, da der Kopf viel zu hoch steht, um Zangen gerecht zu sein. Von einer Wendung auf den Fuss mit nachfolgender Extraktion wird Abstand genommen, da bei der festen Fixation des Kopfes, welcher von dem bereits stark gedehnten unteren

Uterinsegment fest umschlossen ist, diese Operation nur schwer und nicht ohne Gefahr einer Uterusruptur ausführbar wäre, zumal das Fruchtwasser schon seit mehr als 2 Mal 24 Stunden abgeflossen ist. Für Ausführung der Sectio Cäsarea fehlt die absolute und, da die Mutter den Kaiserschnitt ablehnt, auch die relative Indication. Da die Mutter durch die lange Geburtsdauer sehr geschwächt ist und dadurch selbst in Gefahr schwebt, kommt nur noch die Perforation des lebenden Kindes in Betracht.

Operation: Lagerung der Parturiens auf dem Querbett; peinlichste Befolgung aller antiseptischen Regeln. Chloroformnarkose. Unter dem Schutze der linken Hand wird ein trepanförmiges Perforatorium eingeführt und mittels desselben das vorliegende linke Scheitelbein perforiert, sodann das Gehirn durch Carbolwasserinjection in die Schädelhöhle unter starkem Druck ausgetrieben. Darauf wird der Braun'sche Kranioklast eingeführt: Das kleinere Blatt in die Perforationsöffnung, das andere über das Stirnbein gelegt. Bei dem zum Zwecke der Exstruktion ausgeführten Zuge reißt jedoch der gefasste Knochen aus. In gleicher Weise misslingt ein zweiter Extraktionsversuch, bei welchem das grössere Blatt über das Ohr gelegt wird. Bei der jetzt nochmals vorgenommenen äusseren Untersuchung erscheint der Uterus, welcher zuvor fest um das Kind kontrahiert war, bedeutend schlaffer, sodass die Ausführung der Wendung auf den Fuss nunmehr ohne grosse Schwierigkeit und Gefahr möglich erscheint. Neue allseitige peinlichste Desinfektion. Die rechte Hand geht mit einiger Mühe durch den Contraktionsring in den Uterus

ein und zieht einen Fuss herunter, welcher angeschlungen wird. Die Vollendung der Wendung durch Zug an dem heruntergeholtten Fuss und gleichzeitigem äusseren Druck auf den Kopf nach oben gelingt nicht, ebensowenig der Versuch, den zweiten Fuss zu fassen und herabzuziehen. Die Wendung wird daher beendet, indem die in den Uterus eingegangene linke Hand, unterstützt durch äusseren Druck eines Assistenten, den Kopf vom Beckeneingang fort nach oben drängt, während zugleich die rechte Hand an dem heruntergeholtten Fusse zieht. Die Extraktion des Rumpfes und die Lösung der Arme gelingt leicht auf die gewöhnliche Weise. Der Durchgang des Kopfes durch das Becken wird unter starkem Zuge am Rumpfe mit starkem äusseren Druck von oben mit ziemlich bedeutender Mühe bewirkt. Entwicklung des Kopfes nach Veit-Smellie. Abnabelung. Dauer der Operation 30 Minuten.

Prophylaktisch: Ergotin 0,2 subcutan.

Die Entfernung der Nachgeburt durch den Credé'schen Handgriff gelingt trotz mehrfacher Versuche (20 Min. nach Austritt der Frucht) nicht; daher wird 30 Min. post partum fruktus die Placenta mittelst der im Uterus eingeführten Hand vollständig gelöst und unter gleichzeitigem Druck von aussen entfernt. Placenta und Eihäute vollständig.

Die Frucht hatte eine Länge von 52 cm und ohne Gehirn ein Gewicht von 3886 gr. Die Kopfdurchmesser wurden wegen der durch die Perforation stark verschobenen Knochen nicht gemessen.

Wochenbett: In den ersten 3 Tagen Temperatursteigerungen bis zu $39,2^{\circ}$ C. Druckempfindlichkeit über

dem Uterus. Die Wöchnerin erhält täglich einen Theelöffel Natr. sulf. und eine Flasche Ungarwein. Das Allgemeinbefinden ist vom 4. Tage an trotz kleinerer Temperatursteigerungen subjectiv gut. Der Appetit lebhaft. Ein vom 2. Tage an aufgetretener Prolaps der Anusschleimhaut wird mit Bleiwasserumschlägen und Borsäurebestäubungen behandelt und bildet sich bis zum 8. Tage allmählich ohne chirurgischen Eingriff zurück.

Puerpera wird am 31. Januar 1891 gesund entlassen.

Am 8. Juni 1892 meldete sich Frau B. wieder als Schwangere in der Anstalt. Sie gab an, die letzte Regel im Oktober 1891 gehabt zu haben und die ersten Kindsbewegungen Anfang Februar gespürt zu haben.

Der Befund der äusseren Untersuchung ergab:

Abdomen mässig vorgewölbt, Nabel verstreichend. Linea alba pigmentiert. Alte und frische Narben. Fundus uteri drei Finger breit unter dem Processus Xiphoides. Im unteren Teile des Abdomen fühlt man kleine Kindsteile. Der Kopf liegt in der rechten Darmbeinschaukel, der Rücken quer nach vorn im Fundus.

Der Fötal puls wird rechts am deutlichsten gehört. Das Uteringeräusch ist links wahrnehmbar.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang mässig weit, Scheide ebenso, weich, aufgelockert. Die Portio ist links vorn mit tiefen Rissen und Narben versehen. Sie ist ungefähr 3 cm lang. Der innere Muttermund ist geschlossen.

Nach der Schilderung der 3 ersten Geburten und der Erfahrung, welche bei der 4. Geburt in der hiesigen An-

stalt gemacht war, erschien eine spontane Geburt ausgeschlossen. Infolgedessen wurde am 15. Juni 1892, Mittags 12 $\frac{1}{2}$ Uhr die künstliche Frühgeburt eingeleitet, durch Einlegung eines elastischen Bougies. Nach kurzer Zeit wurden hierdurch bereits Wehen hervorgerufen. Dieselben erfolgten langsam und waren sehr schwach. Am 16. Juni früh 6 Uhr war der Muttermund bis zu 3 Markstückgrösse erweitert. Als das Bougie nun entfernt wurde, kollabierte der Muttermund im Laufe des Tages wieder, so dass, als durch viermalige heisse Carbolwasserdouchen von 38 $^{\circ}$ bis 50 $^{\circ}$ C in die Vagina der Fortgang der Geburt nicht wesentlich gefördert wurde, ein Dauerkatheter zwischen Eihäute und Uterus geführt werden musste. Auf diese Weise wurden 6 Mal Irrigationen von $\frac{1}{2}$ l lauem Carbolwasser (3 $\%$) dorthin vorgenommen. Am 17. Juni war Abends 9 $\frac{3}{4}$ Uhr in Folge dieser Behandlung der Muttermund nahezu verstrichen; die Blase stand, der Kopf des Kindes, welcher sich anfangs vorgelegt hatte, war nach rechts abgewichen. Die Schwierigkeit des Partus in Kopflage, insbesondere aber dieser eben angegebene Umstand geben unter den günstigen Vorbedingungen die Indication zur Wendung. Am 18. Juni Abends 10 Uhr 12 Min. war der Muttermund vollständig erweitert. Es wurde zur Wendung geschritten.

Operation: Lagerung der Kreissenden auf dem Querbett. Chloroformnarkose. Es wird mit der rechten Hand in die Geschlechtswege eingegangen und ein Fuss heruntergeholt. Als sich die Reflexbewegungen an der Ferse des Kindes verloren, wurde sofort die Extraction an die

Wendung angeschlossen. Die Arme liessen sich leicht lösen; der Kopf wurde nach Veit-Smellie extrahiert. Die Nachgeburt 20 Min. später nach Credé entfernt.

Das lebende Kind hatte eine Länge von 49 cm und ein Gewicht von 2670 gr. Die Kopfdurchmesser betragen: Bit. $7\frac{1}{2}$ cm, Bip. $8\frac{3}{4}$ cm, Rect. $10\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. min. $9\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. maj. $11\frac{1}{2}$ cm, Umf. 32 cm.

Das Wochenbett verläuft anfangs ohne Störung. Am neunten Tage trat eine leichte Pleuritis auf, welche 8 Tage anhielt. Am 5. Juli 1892 wurde die Wöchnerin gesund entlassen.

Das Kind starb am 6. Tage an Atelectese der Lungen.

Fall III.

Schräg verengtes plattes Becken. Künstliche Frühgeburt.

Journal-Nr. 1945. Frau L. aus Stettin im Alter von 33 Jahren. Ueber frühere Krankheiten weiss sie keine Angaben zu machen. Seit ihrem 13. Lebensjahr menstruiert sie regelmässig, schwach.

Die Entfernung der Sp. il. post. sin. zu Sp. ant. dextr. ist kleiner als die Entfernung der Sp. il. post. dextr. zur Sp. ant. sin.

Beckenmessung:

Sp. II. 23 cm, Cr. II. 26 cm, Conj. extern. $17\frac{1}{2}$ cm, Conj. diag. 11 cm.

Sp. il. post. sin.: Sp. il. ant. dextr. $15\frac{1}{2}$ cm.

Sp. il. post. dextr.: Sp. II. ant. sin. 17 cm.

Frau E. befindet sich in ihrer 4. Schwangerschaft. Bei den ersten beiden Geburten ist die Wendung gemacht, und

sind tote Kinder geboren. Bei der letzten Geburt wurde zur Perforation geschritten. Hierdurch wurde Frau E. veranlasst, bei ihrer jetzigen Schwangerschaft Aufnahme in die hiesige Geburtshilfliche Klinik zu suchen.

Die letzte Menstruation hat Frau E. Mitte November 1891 gehabt. Kindsbewegungen will sie zuerst am 17. März gespürt haben.

Der Befund der äusseren Untersuchung ergab am 25. Juni 1892:

Abdomen faltig. Nabel verstrichen, viele alte Narben und frische Striae. Linea alba schwach pigmentiert. Der grösste Umfang beträgt 96 cm. Kleine Kindesteile sind links zu fühlen. Der Kopf steht beweglich rechts über dem Beckeneingang. Der Rücken liegt rechts.

Der Fötal puls zählt 148 Schläge in der Minute. Das Uteringeräusch ist links zu hören.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang mässig eng. Scheide weit. Die Portio zeigt vereinzelte Narben. Die Cervix ist 2 cm lang, der Cervicalcanal durchgängig. Der innere Muttermund zeigt die ungefähre Grösse eines 50 Pfennigstückes. Der Kopf ist etwas nach rechts abgewichen, noch beweglich. Links fühlt man die Krümmung der Linea inominata normal, rechts dagegen sehr abgeflacht.

Frau E. befindet sich Anfang bis Mitte des 9. Schwangerschaftsmonats. Es wird in Anbetracht der früheren Geburten die künstliche Frühgeburt eingeleitet, um ein lebendes Kind zu bekommen.

Am 4. Juli Mitttags 12 $\frac{1}{2}$ Uhr wird ein elastisches Bougie

zwischen Uterus und Eihäute eingelegt. Nachmittags 3 Uhr beginnen schwache Wehen, welche bis zum nächsten Tage andauern. Inzwischen sickert das Fruchtwasser langsam ab. Am 5. Juli Nachmittags 4 Uhr treten sehr starke schmerzhafte Wehen auf. Der Kopf stellte sich in erster Schädel-lage zum Becken ein. 4 Uhr 30 Min. ist der Muttermund völlig erweitert. 4 Uhr 40 Min. wird die Frucht ohne jede weitere Kunsthilfe exprimiert.

Die Entfernung der Nachgeburt erfolgte 25 Min. später nach Credé.

Das Kind lebte, hatte ein Gewicht von 2350 gr und eine Länge von 45 cm.

Die Kopfmessung ergibt:

Bit. 7 cm, Bip. 8 cm, Rect. $10\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. min. $9\frac{1}{2}$ cm. Obliqu. maj. $11\frac{1}{2}$ cm. Umfang 31 cm.

Das Kind ist vollständig lebensfähig, wird von der Mutter selbst genährt. Am 15. Juli werden beide gesund aus der Anstalt entlassen. Die Nabelschnur war am 5. Tage abgefallen.

Fall IV.

Platt verengtes Becken. Conj. diag. $11\frac{1}{2}$ cm. Forceps.

Journ. No. 1681. Bertha A. aus Moekow bei Greifswald im Alter von 19 Jahren. Giebt an, in ihrer Kindheit Masern, Scharlach, und Diphterie überstanden zu haben. Merkliche Körperveränderungen sind nicht vorhanden. Die Regel hat die A. seit ihrem 13. Lebensjahr unregelmässig, aber stark.

Die letzte Regel will die Schwangere Ende Februar

1890 wie gewöhnlich gehabt haben. Die ersten Kindesbewegungen hat sie Mitte Juli verspürt.

Beckenmessung:

Cr. II. 28 cm, Sp. II. 25 $\frac{1}{2}$ cm, Conj. ext. 17 $\frac{1}{2}$ cm. Conj. diag. 11 $\frac{1}{2}$ cm, Conj. vera auf 9 $\frac{1}{2}$ —10 cm geschätzt.

Die äussere Untersuchung ergibt:

Abdomen stark aufgetrieben. Bauchdecken mässig straff gespannt, Linea alba wenig pigmentiert. Nabel etwas prominent. Viele frische Striae. Fundus uteri 4 Finger breit unter dem Processus ensiformis. Der grösste Umfang beträgt 97 cm. Der Rücken des Kindes liegt im Fundus, kleine Teile sind recht undeutlich fühlbar, der Kopf steht links beweglich über dem Beckeneingang.

Der Fötal puls wird am deutlichsten links, eine Handbreit vom Nabel gehört, das Uteringeräusch beiderseits.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang mässig weit. Scheide weit. Portio nicht aufgelockert, etwas nach links stehend. Orificium ext. geöffnet. Cervicalkanal für 1 Finger durchgängig ca. 2 $\frac{1}{2}$ cm lang. Kopf steht leicht ballotierend über dem Beckeneingang. Pfeilnaht im linken schrägen Durchmesser. Fontanelle nicht fühlbar.

Am 24. November gegen 5 Uhr morgens treten die Wehen ein. Dieselben sind bis gegen Mittag hin kräftig, dann schwächer. Von 2 Uhr Nachmittags an sistiert die Wehentätigkeit völlig. Um 8 Uhr vormittags ist das Fruchtwasser abgeflossen, um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr hat sich der Muttermund völlig erweitert.

Der Kopf steht seit 8 Uhr Morgens in der Beckenenge.

Da um 3 Uhr nachmittags der Kopf nur unmerklich tiefer getreten ist und die Wehen vollständig fehlen, bei der schwächlichen Constitution der Kreissenden auch nicht auf ein Wiedereinsetzen der Wehenthätigkeit Aussicht vorhanden ist, so erscheint die Zange indicirt.

Operation: Lagerung auf dem Querbett, Chloroformnarkose, Antisepsis. Prophylaktisch werden 0,2 gr Ergotin subcutan injiciert. Die kleine Fontanelle steht links vorn. Die Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser. Die Zange wird daher im linken schrägen Durchmesser angelegt. Es gelingt sehr leicht, der Kopf folgt beim Probezug. Während der durch Reiben des Fundus erzeugten schwachen Wehen, wird der Kopf soweit extrahiert, dass der in das Rectum eingeführte Finger in den Mund der Frucht fassen kann. Die Zangenlöffel werden nun abgenommen und der übrige Kopf nebst Gesicht vermittels des Ritgen'schen Handgriffes geboren. Da der Damm sich sehr stark spannt, werden 2 kleine seitliche Incisionen gemacht. Nach Geburt der Frucht ist der Uterus gut kontrahiert. Die Incisionen werden nicht genäht.

Die Nachgeburt wird 30 Min. post. partum durch Credés Handgriff entfernt. Placenta und Eihäute sind vollständig.

Das Kind hatte eine Länge von 52 cm und ein Gewicht von 3660,0 gr. Die Kopfmasse betragen Bit. 8 cm, Bip. $8\frac{1}{2}$ cm, Rect. 11 cm, Obliqu. min. $10\frac{1}{2}$ cm, Obliqu. maj. 14 cm, Umf. 34 cm.

Das Kind wird von der Mutter selbst genährt. Der Abfall der Nabelschnur erfolgt am 9. Tage.

Das Wochenbett verläuft im Allgemeinen normal. Die

Rückbildung des Uterus ist sehr langsam vor sich gegangen und 14 Tage nach der Geburt noch nicht völlig beendet. Der Uterus ist bei äusserer Untersuchung noch deutlich aus dem kleinen Becken hervorragend fühlbar. Die Wöchnerin ist stark anämisch, fühlt sich aber subjectiv durchaus wohl und wird am 7. Dezember 1890 auf ihr Verlangen entlassen.

Fall V.

Platt-verengtes Becken. Conj. Diag. 11 cm. Forceps.

Journ. No. 1698. Clara L. aus Wolgast im Alter von 30 Jahren. Über frühere Krankheiten weiss sie nichts anzugeben. Sie hat einen Gibbus. Seit ihrem 15. Lebensjahre menstruiert sie regelmässig, schwach. Am 12. März 1890 hat sie zum letzten Mal die Regel gehabt, im August die ersten Kindesbewegungen gespürt.

Beckenmessung:

Sp. II. 23 cm, Cr. II. 26 cm, Conj. ext. $16\frac{1}{2}$ cm, Conj. Diag. 11 cm, vera auf $9\frac{1}{4}$ — $9\frac{1}{2}$ cm geschätzt.

Die L. ist in ihrer ersten Schwangerschaft.

Am 21. Dezember 1890, Vormittags 5 Uhr, treten die ersten Wehen auf.

Die äussere Untersuchung ergibt:

Abdomen spitz aufgetrieben, frische Striae, Linea alba pigmentiert. Nabel stark pigmentiert, verstrichen. Bauchdecken straff gespannt. Es ist Undulation vorhanden. Der grösste Umfang beträgt 93,5 cm. Kindesteile sind undeutlich fühlbar und zwar scheint der Rücken rechts, kleine Teile links zu liegen. Der Kopf steht fest im Beckeneingang.

Der Fötalpulz zählt 142 Schläge in der Minute und ist rechts, das Uteringeräusch ist beiderseits zu hören.

Die innere Untersuchung ergibt:

Scheideneingang mässig weit. Scheide weich, aufgelockert. Starker Harnröhrenwulst. Portio median, ohne Narben. Der Muttermund ist Markstückgross geöffnet, der Cervicalcanal verstrichen. Die Blase steht und ist mässig gespannt. Der Kopf ist schwer beweglich im Beckeneingang. Die Pfeilnaht steht im queren Durchmesser die grosse Fontanelle links.

Die Wehen waren mässig kräftig. Um 7 Uhr Abends fliesst das Fruchtwasser ab. Die Wehen werden kräftiger. Nachdem 8 Uhr 15 Min. die völlige Erweiterung des Muttermundes konstatiert ist, werden die Wehen schwächer und schwächer und sind nach 9 Uhr so gut wie gänzlich zum Stillstand gekommen. Der Kopf steht auf dem Beckenboden. Die Pfeilnaht verläuft im rechten schrägen Durchmesser. Die grosse Fontanelle steht links hinter der Symphyse, die kleine höher als die grosse rechts hinten. Anlegung der Zange im linken schrägen Durchmesser. —

Die Nachgeburt wird 20 Minuten nach Austritt der Frucht durch Credé's Handgriff exprimiert. Placenta und Eihäute sind vollständig.

Das lebende Kind hat eine Länge von 50 cm und ein Gewicht von 3490,0 gr. Die Kopfdurchmesser betragen: Bit. $7\frac{3}{4}$ cm. Bip. 9,5 cm. Rect. 11 cm. Obliqu. min. $10\frac{1}{2}$ cm. Obliqu. maj. 12 cm. Umfang 35 cm.

Das Wochenbett verläuft normal.

Am 5. Januar 1891 wird die Wöchnerin gesund entlassen.

Fall VI.

Allgemein verengtes Becken. Conj. diag. $10\frac{1}{2}$ cm.
Versuchte Wendung mit darauffolgender Perforation.

Journ.-No. 1827. Am 11. November 1891 kommt Frau B. aus Anklam im Alter von 30 Jahren kreissend in die Anstalt. Eine genaue Anamnese konnte nicht aufgenommen werden. Der Manubrium und Corpus sterni waren fest in einem rechten Winkel knöchern verwachsen.

Frau B. giebt an, eine Geburt überstanden zu haben, bei welcher das Kind perforiert und vermittelst des Kranio-klasten extrahiert worden sei.

Die Beckenmessung ergibt:

Conj. diag. $10\frac{1}{2}$ cm. Diam Arochant 30 cm.

Vera auf $8\frac{1}{2}$ —9 cm geschätzt.

Nach der inneren und äusseren Untersuchung wird eine Gesichtslage diagnostiziert.

Nachdem die Person 36 Stunden (12 Stunden zu Hause, 24 Stunden in der Klinik) gekreisst hatte, wobei der Muttermund gut handtellergröss war, die Wehen jedoch schwach und selten auftraten, wurde zur Anregung der Wehenthätigkeit am 12. November, nachmittags 12 Uhr 30 Minuten die Blase gesprengt. Die Person war durch das langdauernde Kreissen sehr geschwächt. Der Kopf stand beim Sprengen der Blase leicht beweglich über dem Beckeneingang, die Gesichtslinie im queren Durchmesser des Beckens, das Kinn in gleicher Höhe mit der Stirn. Nach dem Blasenbruche stellen sich kräftige Wehen ein, denen es aber nicht gelang, den Kopf in das kleine Becken zu bringen, oder auch nur das Kinn tiefer als die Stirn zu stellen, trotz der lange Zeit eingenommenen linken Seiten-

lage. Es wurde deshalb Abends 7 Uhr 25 Minuten zur Wendung des lebenden Kindes geschritten.

Operation: Lagerung auf dem Querbett, Chloroformnarkose. Die in die Vagina eingeführte Hand konnte sich nur mit grosser Mühe am Kopfe vorbei durch den Beckeneingang emporarbeiten. In den Uterus gelangt, entstand in der Hand bald das Gefühl des Einschlafens, da offenbar auch der quere Durchmesser um einige cm verengt war. Der Versuch der Wendung wurde aufgegeben, vorwiegend, weil man fürchtete, dass das unten stark gedehnte Uterinsegment rupturieren würde. Es wird daher zur Perforation des Kindes geschritten. Der gebogene Trepan wird zunächst an die Stirn angesetzt, zerbricht aber während der Durchbohrung der Ossafront. an der Kurbel, die Trepankrone gleitet ab, während des von aussen angewendeten starken Druckes der Kopf ins kleine Becken eintritt, sodass nun das gerade Perforatorium an der leicht zugänglichen rechten Seitenfontanelle angelegt wird. Die gemachte Perforationsöffnung wird mit der Smellie'schen Scheere erweitert, das Gehirn ausgespült und das Kind zuerst mit dem Kranioklasten, sodann manuell entwickelt und zwar in Schädellage. Nach der Extraktion wurde die Placenta sofort manuell entfernt. Es entstand eine starke Blutung. Eine Tomponade des Uterus und der Vagina mit Jodoformgaze stillt dieselbe. Der Uterus contrahiert sich gut.

Das Kind hatte eine Länge von 50,5 cm und ein Gewicht von 3150,0 gr ohne Gehirn.

Das Wochenbett verlief normal.

Am 3. Dezember 1891 wurde die Wöchnerin entlassen. Es hatte sich herausgestellt, dass sie eine Cervix-Urether-

fistel rechterseits aquiriert hatte, deren Operation und Heilung in einer andern Dissertation abgehandelt ist.

Diese Fälle zeigen, dass in der hiesigen Gegend das verengte Becken sehr selten vorkommt, da während der zwei Jahre ungefähr 300 Entbindungen in der hiesigen Klinik gemacht worden sind. Aber auch diese wenigen Fälle zeigen, wie wichtig es für die praktische Geburtshilfe ist, sich rechtzeitig von den Beckenmassen zu überzeugen, um nötigen Falles bei erkanntem engen Becken eine Frühgeburt einleiten zu können, oder durch rechtzeitige Wendung während der Geburt ein lebendes Kind zu erhalten.

Bevor man zur Einleitung der Frühgeburt schreitet, ist es wünschenswert, dass man die Frau schon von der Mitte des 8. Monats unter Aufsicht hat, um sich von dem Verhältnis der Grösse des Kindskopfes zur Beckenenge jederzeit überzeugen zu können. Erst wenn es nicht mehr möglich ist, den Kopf von aussen in das Becken hineinzudrängen, ist die Einleitung der Frühgeburt von der 6. Woche vor dem erwarteten Ende der Schwangerschaft an indiciert. Wird der Arzt erst später zur Geburt gerufen, wenn die Frau schon kreisst, so wird es sich immer noch ratsam erweisen, die Wendung zu versuchen, falls nicht direkte Gründe dagegen sprechen. Zu den letzteren würde es vor Allem gehören, wenn das untere Uterinsegment schon so stark gedehnt ist, dass bei der Wendung eine Perforation desselben zu befürchten wäre. In diesen Fällen wird die Wendung bei Querlagen selbst bei hochstehendem Contraktionsringe leichter gelingen, als bei Kopflagen.

Ist die Wendung nicht mehr möglich, so wäre bei Kopflagen die Perforation, bei Querlagen die Embryotomie in Betracht zu ziehen, falls die Mutter sehr stark erschöpft ist, oder den Kaiserschnitt ablehnt.

In allerletzter Zeit sind von Italien und Paris aus verschiedene Operationen berichtet, in denen bei Fällen, wo sonst die relative Indication zum Kaiserschnitt vorlag, die Symphysiotomie mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind gemacht worden ist. Dieser Operationsmethode haben sich auch Leopold in Dresden und Freund in Strassburg angeschlossen. Sie berichten, dass nach Durchschneidung der Symphyse mit Ausschluss des Ligamentum arkuatum dieselbe 3 cm weit klaffe und den Beckeneingang um 7 cm erweitere, so dass jetzt eine spontane Geburt ermöglicht wird, oder falls sich diese verzögern sollte, durch die hohe Zange der Kopf leicht entwickelt werden kann.

So scheint sich diese Operation, welche vor der anti-septischen Zeit schon ausgeführt, dann aber gänzlich aus der Geburtshilfe verschwunden ist, wieder in erweiterndem Masse Eingang verschaffen zu wollen, da sie viel ungefährlicher als der Kaiserschnitt ist, keine dauernden Nachteile für die Mutter hat und auch für das Kind eine äusserst günstige Prognose bietet.

Zum Schluss meiner Arbeit möchte ich Herrn Geheimrat Pernice für die Überweisung der Arbeit und Überlassung obiger 6 Fälle meinen besten Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Adolf August Gottlieb Schneider, am 1. November 1863 in Magdeburg geboren als Sohn des späteren Medicinalrat Dr. C. Schneider und seiner Ehefrau Antonie geb. Schubart. Seine erste Schulbildung genoss er in Magdeburg auf dem Domgymnasium, sodann besuchte er das städtische Gymnasium zu Halle, woselbst er Ostern 1886 das Zeugnis der Reife erhielt. Zuerst studierte er 1 Semester in Heidelberg. Darauf ging er nach Greifswald, woselbst er im Herbst 1889 das tentamen physicum bestand. In den nächsten beiden Semestern studierte er in Göttingen und kehrte im Herbst 1890 nach Greifswald zurück, woselbst er am 17. Juli 1892 das medicinische Staatsexamen vollendete und am 24. Juli 1892 das Examen rigorosum bestanden hat.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten, denen er an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank sagt:

Heidelberg:

Bunsen †. Gegenbauer.

Göttingen:

König. Ebstein. Orth. Rosenbach. Damsch. Krause. Wolffhügel.

Greifswald:

Budge †. Grawitz. Helferich. Landois. Limpricht.

Loeffler. Mosler. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Schirmer. Schulz.

Zu besonderem Danke bin ich Herrn Geheimrat Pernice gegenüber verpflichtet, da ich ein Semester Unterarzt in der hiesigen geburtschüllichen Klinik war, sowie Herrn Geheimrat Mosler und Herrn Prof. Helferich, in deren Kliniken ich längere Zeit als Volontär thätig zu sein die Ehre hatte.



Thesen.

I.

Es ist dahin zu wirken, dass der Milchverkauf an Sonntagen freigegeben werde.

II.

Die Symphysiotomie ist in Fällen, wo die relative Indication zum Kaiserschnitt vorliegt, als geburtshülfliche Operation auch in Erwägung zu ziehen.

III.

Bei normalem Verlauf der Geburt sind Scheidenausspülungen zu verwerfen.



11400

25068