



Ueber den Werth
der
äussern Wendung auf den Kopf
bei
Querlagen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät der Universität Bern

von

Anna Aronowitsch

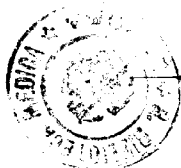
aus Odessa (Russland)



Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. P. Müller von der Facultät zum Drucke ge-
nehmigt.

Bern, 6. Juli 1892.

Der Decan: E. Pfüger.



Bern.

Buchdruckerei K. J. Wyss.

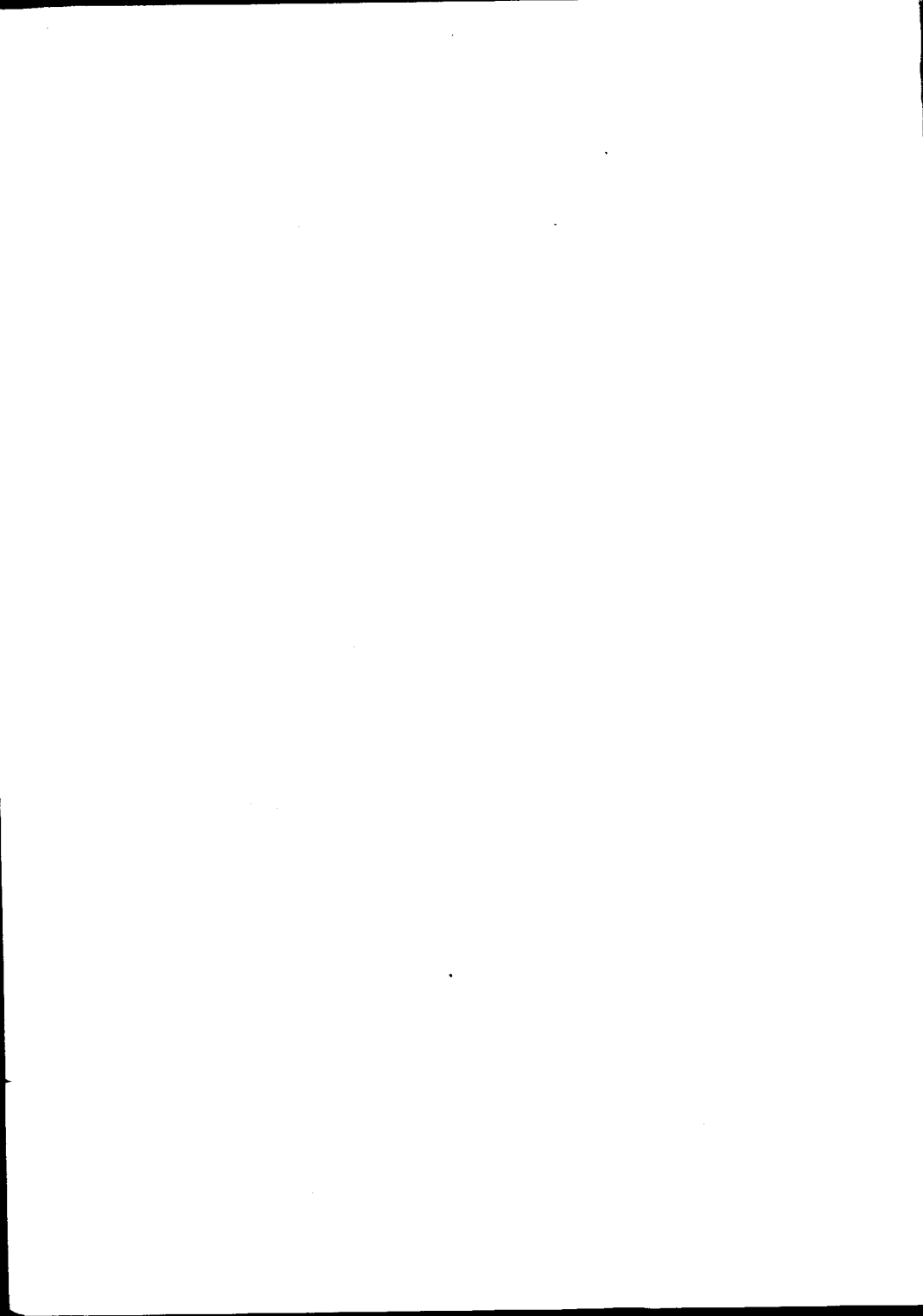
1892.

Dem Andenken

meiner

innigst geliebten Mutter

gewidmet



Ueber den Werth der äusseren Wendung auf den Kopf bei Querlagen.

Da die Kopflage der Frucht während der Geburt die an Zahl weitaus überragendste ist, im Vergleich zu den anderen, und dabei die günstigste, so ist es begreiflich, dass schon im hohen Alterthum alle anderen Lagen der Frucht als ungünstig betrachtet wurden und die Geburtshelfer schon zu jener Zeit jede andere Lage in eine Kopflage umzuwandeln suchten.

Darum kann man mit Recht sagen: Die Wendung auf den Kopf ist eben so alt, wie die Geburtshilfe selbst. Natürlich sind zu verschiedener Zeit, und je nach dem Stande der menschlichen Kultur, auch verschiedene Mittel zum Erreichen desselben Zieles angewendet worden: so bestanden die Methoden der Wendung im Alterthum in rohen Handgriffen, wie z. B. Erschüttern der Frau, Niesmittel u. s. w. Doch war und blieb die Idee, die Kopflage herzustellen, immer die gleiche. — Bis zum XVI. Jahrhundert war überhaupt keine andere Art der Wendung, als die auf den Kopf bekannt. Dann aber erlitt die Letztere das Schicksal vieler Operationen, die in Vergessenheit zu gerathen, um später wieder als etwas ganz Neues aufzutauchen.

Als nämlich im XVI. Jahrhundert Guilleman und später seine Schüler, noch mit grösserem Erfolge als er selbst, die Wendung auf den Fuss auszuführen begannen, verliess man die Wendung auf den Kopf gänzlich, und erst in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts wurde sie wieder durch Salayres in Frankreich und Ossiander und Boër in Deutschland eingeführt. — Seit jener Zeit stammen auch die verschiedenen Methoden der Ausführung dieser Operation, die uns jetzt zu Dienste stehen. — Da aber seit der Zeit auch die Wendung auf die Füsse eine ausgebreitete Anwendung beibehielt, und dank

den Fortschritten der Geburtshilfe einerseits, der Wissenschaft überhaupt und speziell der Antisepsis andererseits, immer bessere Resultate ergibt, so stehen sich beide Arten der Wendung als Konkurrenz-Operationen bis zu einem gewissen Grade gegenüber. Daher die Wichtigkeit, den Werth jeder derselben festzusetzen, und namentlich möglichst genau zu bestimmen, unter welchen Umständen die eine oder die andere vorzuziehen seien.

Die Wendung im Allgemeinen wird vorgenommen, um eine ungünstige Lage im weiten Sinne des Wortes, in eine günstige umzuwandeln. Ungünstig können wir die Lage nennen, 1) wenn das Kind in derselben überhaupt nicht lebendig geboren werden kann, oder 2) wenn auch die Lage an und für sich günstig ist, jedoch die Beendigung der Geburt, die durch ein hinzugetretenes Ereigniss indicirt ist, nicht in derselben vorgenommen werden kann. In dem zuletzt erwähnten Falle kann nur eine Art der Wendung vorgenommen werden, nämlich: die auf den Fuss. Dagegen stehen uns im ersten Falle, d. h. da, wo die Wendung einzig und allein zur Lageverbesserung der Frucht vorgenommen werden muss, einige Arten der Wendung zu Gebote und zwar: 1) Wendung auf den Kopf, 2) Wendung auf den Steiss, 3) Wendung auf die Füße.

Von diesen kann die dritte Art nur durch innere oder combinirte Handgriffe ausgeführt werden, während die ersten zwei durch *a)* äussere, *b)* innere, *c)* combinirte Handgriffe vollzogen werden können.

In der vorliegenden Arbeit wollen wir uns hauptsächlich mit der äusseren Wendung auf den Kopf beschäftigen und die übrigen Arten der Wendung nur insofern berücksichtigen, als es zur Vergleichung mit derselben nothwendig ist. Zu diesem Zwecke ist eine Reihe von in der hiesigen Klinik vorgekommenen Fällen zusammengestellt worden, bei denen die äussere Wendung auf den Kopf bei Querlage vorgenommen worden ist; von diesen ist, wie die weiter folgende Tabelle zeigt, eine grosse Anzahl misslungen, in denen also die äussere Wendung nur als Versuchsoperation betrachtet werden kann, nach deren Misslingen man zur inneren Wendung schreiten musste. — Ich suchte die Verhältnisse festzustellen, unter denen die Operation gelungen oder misslungen ist, und durch diese Resultate, das schon früher in der Literatur in Beziehung auf die Prognose und Anwendung der äusseren Wendung Bekannte zu bestätigen, oder etwa auch neue Schlüsse zu ziehen. — Es ist schon von vielen Autoritäten (Prof. P. Müller, Winkel etc. etc.) darauf hingewiesen worden, dass die äussere Wendung bis jetzt viel zu wenig an-

gewendet worden ist. Man hat die Thatsache dadurch zu erklären gesucht, dass der Arzt gewöhnlich zu spät gerufen werde, wo das Fruchtwasser oft schon längst abgeflossen war; dann hat man auch als Grund der verhältnissmässig seltenen Ausführung die allzu lange Dauer und Unsicherheit derselben angeführt, welche ja bei einem beschäftigten und auf sich allein angewiesenen Arzte zu rechtfertigen sind. Winkel führt zur Erklärung der verhältnissmässig seltenen Ausführung der äusseren Wendung noch den Umstand hinzu, dass auf die äussere Untersuchung überhaupt zu wenig Gewicht gelegt worden ist.

Die äussere Wendung kann, wie schon gesagt, nur in denjenigen Fällen angewendet werden, wo eine Lageverbesserung, ohne Indication die Geburt sofort zu vollenden, vorhanden ist, d. h. bei Querlagen, wo keine augenblickliche Gefahr für die Mutter oder für das Kind vorliegt.

Da aber die Querlagen, resp. Schieflagen, überhaupt so oft vorkommen, so kann die äussere Wendung eine ausgedehnte Anwendung finden, wenn sie auch in einer gewissen Reihe von Fällen von vornherein keine ganz günstige Prognose hinsichtlich ihres Gelingens bietet. Nægelle berechnet die Frequenz der Querlagen auf 1: 171, Hecker 1: 106, Schröder 1: 178, Beumner und Pieper 1: 118. Wenn wir die relativ grosse Anzahl der Querlagen betrachten, bei welchen ärztliche Hilfe nothwendig ist, so sollte auch die Möglichkeit gegeben sein, die äussere Wendung häufiger auszuführen.

Die Operation kann ja auch während der Schwangerschaft zur Ausführung gelangen; darauf werden wir noch weiter unten Rücksicht nehmen, einstweilen beschränken wir uns mit Berücksichtigung der äusseren Wendung während der Geburt. Dieselbe trägt auch den Namen «Wigandische», weil sie im Jahre 1807 von Wigand angegeben worden ist. Sie wird so ausgeführt, dass man durch die Bauchdecken das schief- oder querliegende Kind durch äussere Handgriffe in eine Geradlage zu bringen sucht, indem man mit der einen Hand den Kopf der Frucht gegen das Becken schiebt, während man mit der anderen den Steiss nach dem Fundus uteri zu befördern sucht. Diese Methode der äusseren Wendung kann noch mit der Lagerung combinirt werden, die darin besteht, dass man die Frau auf dieselbe Seite lagert, nach der der Kopf abgewichen ist. Dadurch fällt der, in Folge der Ausdehnung der Ligamente, sehr bewegliche Uterus, in dem sich der Steiss befindet, auf dieselbe Seite hinüber, und der Kopf weicht nach der entgegengesetzten Seite ab und kommt häufig über den

Beckeneingang zu liegen. Befördert kann letzteres werden durch das Unterschieben eines Polsters an der Stelle, wo sich der Schädel des Kindes befindet. — Hat der Kopf seine Seitenlage verlassen und steht über dem Beckeneingang, so ist es am zweckmässigsten, ihn in dieser Stellung durch eine dazu geeignete Binde zu fixiren, und die Frau wieder eine Rückenlage einnehmen zu lassen, damit der Kopf nicht auf die entgegengesetzte Seite abweiche. Was die Bedingungen zur Ausführung der Operation anbetrifft, so sind dieselben nach verschiedenen Geburtshelfern nicht ganz die gleichen. Doch sind die meisten von verschiedenen Seiten angeführten Bedingungen nicht als absolut nothwendige, sondern nur als begünstigende aufzufassen.

Vergl. die auf S.S. 16—25 folgenden Tabellen der zusammengestellten Fälle der äusseren Wendung bei Querlage, die auf der hiesigen Klinik vom Jahre 1875—1892 vorgenommen worden sind, auf welche gestützt ich den Werth der äusseren Wendung zu begründen suchen will.

Als Bedingung der äusseren Wendung ist das Erhaltensein der Fruchtblase aufgestellt worden; diese kann auf die Mobilität der Frucht beschränkt werden, nämlich: ist das Wasser auch abgeflossen, aber die Frucht noch beweglich, und bestehen dabei keine anderen Complicationen, so kann die Wendung auf den Kopf noch mit Erfolg ausgeführt werden. Auch unter unseren gelungenen Fällen waren solche, in denen die Operationen bei abgeflossenem Fruchtwasser mit Erfolg ausgeführt worden sind. Ja, im Falle Nr. 58 ist die Operation erst dann gelungen, als die Blase gesprengt wurde. Es ist auch begreiflich, dass in einem solchen Falle, wo Hydramnios und stark gespannte Bauchdecken vorhanden sind, die Operation bei theilweise oder ganz abgeflossenem Wasser, wo die Frucht aber noch die Beweglichkeit beibehalten hat, besser gelingt, dagegen scheint es mir zu weit gegangen zu sein, die äussere Wendung in jedem Falle erst nach dem Blasensprunge, wie es Winkel räth, vorzunehmen, da, wenn die Operation doch nicht gelingt und die innere Wendung schliesslich doch vorgenommen werden muss, dieselbe dadurch erschwert wird.

Es gibt Umstände, bei denen der künstliche Blasensprung mit Erfolg nach der vollbrachten Wendung angewendet werden kann, das sind Hydramnios, übermässige Kleinheit der Frucht (zweites Zwillingskind und Frühgeburt), denn dadurch können wir den Kopf besser im Beckeneingang fixiren. — Als weitere Bedingung wird normale Geräumigkeit des Beckens aufgestellt.

Unter unseren 36 gelungenen Fällen haben wir 7 mit verengtem Becken, und zwar darunter 4 Mal allgemein verengtem und 3 Mal plattem, und dabei sind noch in 2 von diesen Fällen ausserdem Complicationen vorhanden gewesen: 1 Mal Armvorfall und im zweiten, ausser Armvorfall, noch Hydramnios. Doch endeten auch diese zwei Fälle günstig für die Mutter und das Kind. Obwohl wir andererseits unter den 30 Fällen (den nicht gelungenen) 10 mit verengten Becken hatten, glaube ich doch, gestützt auf die vorigen 36 Fälle, sagen zu dürfen, dass auch Beckenenge, wenn sie nur nicht sehr hochgradig ist, keine Contraindication zur Ausführung der äusseren Wendung bildet. Freilich müssen das nur Fälle sein, wo man auch bei Vertikallage der Frucht, mit dem Kopf abwärts, die Geburt in dieser Lage abwarten würde. Es ist deshalb rathsam, jedenfalls auch eine Untersuchung des Beckens vor der Wendung vorzunehmen, wenn nicht eine grössere Anzahl vorausgegangener, vollkommen normal verlaufender Geburten diese Vorsichtsmassregel als überflüssig erscheinen lässt. Gelingt die äussere Wendung auf den Kopf bei Beckenanomalien nicht, so kann ja immer noch die innere Wendung auf den Fuss ausgeführt werden. Schröder empfiehlt auch in seinem Lehrbuche, bei geringen Graden von Beckenverengung die äussere Wendung auf den Kopf auszuführen. Auch der Armvorfall gibt keine absolute Contraindication zur Ausführung der äusseren Wendung ab. Wirklich wissen wir, dass bei günstig beendeten Kopflagen der Armvorfall gar nicht so selten vorkommt; warum sollten wir denn in Fällen, wo das Becken normal, die Frucht mobil und nicht sehr gross ist, wo also die Wendung mit Leichtigkeit vollbracht werden kann, keine günstigen Resultate von derselben erwarten, wenn ein Arm vorliegt? Ausserdem kann der letztere 1) sich spontan reponiren oder 2) reponirt werden. So haben wir auch in unseren gelungenen Fällen 4 Mal solche mit Armvorfall combinirte. Viel wichtiger, als der Armvorfall, ist der Vorfall der Nabelschnur. Die meisten Geburtshelfer sehen den Nabelschnurvorfal als absolute Contraindication an zur Wendung auf den Kopf überhaupt, und also auch der äusseren Wendung auf den Kopf. Winkel aber ist dagegen. Er sagt: « Wenn gesagt worden ist, dass auch bei Schief lagen mit Nabelschnurvorfal die Wendung auf den Kopf nicht zuzulassen ist, so muss ich mich dagegen erklären; denn gelingt es uns, aus der Schief lage eine Kopflage zu machen, so bleibt im weiteren Geburtsverlauf, vorausgesetzt, dass nicht das Becken zu eng ist, der Kindskopf zu gross und hart sei,

uns noch die Reposition der Nabelschnur hinter den Kopf übrig, und wir können sicher sein, durch ein solches Verfahren mehr Kinder zu retten, und die Mutter weniger Gefahren auszusetzen, als bei Ausführung der inneren Wendung.» — Da auf der hiesigen Klinik jedesmal bei bestandenem Nabelschnurvorfalle die innere Wendung vorgenommen wurde, so können die Erfahrungen der hiesigen Klinik hinsichtlich dieses Verfahrens nicht in Betracht gezogen werden. Theoretisch hat diese Ansicht auch Gründe für sich, da die vorgefallene Nabelschnur bei Querlagen ja am wenigsten gedrückt wird, und könnte man mit Sicherheit das Gelingen der Reposition voraussagen, so wäre es auch das Natürlichste, so vorzugehen. Aber da wir wissen, dass die Reposition auch bei Kopflagen zuweilen sehr schwer gelingt, und doch zuletzt oft durch die Wendung auf den Fuss ersetzt werden muss, scheint es unrationell, sich mit solch unsichern Mitteln abgeben zu wollen. Unter so günstigen Verhältnissen, wo die Reposition gelingen wird, und die Geburt mit gutem Erfolg für Mutter und Kind beendet wird, dürfen wir auch vollständig günstige Resultate von der inneren Wendung erwarten, da es noch ein sicheres Verfahren für die Wendung bietet. Daher zählen wir den Nabelschnurvorfall bei Querlage zu den Ereignissen, welche die innere Wendung verlangen. Ist dagegen die Nabelschnur vorliegend, aber noch nicht vorgefallen, so kann die äussere Wendung angerathen werden, nachdem wir zu längerem Erhalten der Blase einen Colperyter einlegen, da bei stehen der Blase hier die Möglichkeit gegeben ist, dass beim Heruntertreten des Kopfes die Nabelschnur vom Beckeneingange entfernt wird. — Auch die Wehenschwäche gibt bei sonst günstigen Verhältnissen keine Veranlassung, von der äusseren Wendung Abstand zu nehmen. Im Gegentheil, die Wehenschwäche begünstigt die Ausführung der Operation (Professor P. Müller). Bestehen sie auch, nachdem die Wendung vollendet ist, können wir die Mittel anwenden, die wir überhaupt zur Erregung der Wehen besitzen. Es kann, wie auch in unserem Falle Nr. 41 vorgekommen ist, zur Vollendung der Geburt schliesslich doch noch zur Anlegung der Zange kommen, was jedoch als ein milderer Verfahren, als die innere Wendung anzusehen ist. Wir hatten unter unsern Fällen 5 mit Wehenschwäche anzuführen, von denen in einem Falle, wo das Becken verengt war, die äussere Wendung nicht gelang; in den andern 4 Fällen wurde sie aber mit Erfolg ausgeführt. Von sonstigen Contraindicationen sind noch in Betracht zu ziehen: die straffen Uteruswandungen und

dicke Bauchdecken, da in beiden Fällen der Kopf des Kindes nicht gehörig erfasst und herumgedrängt werden kann; hiebei leistet die Narkose gute Dienste. Unter den gelungenen 36 Fällen der äusseren Wendung ist die Narkose 3 Mal mit Erfolg angewendet worden.

Es ist überhaupt sehr rathsam, die Chloroform-Narkose anzuwenden bei dieser Operation; denn erstens gelingt doch die äussere Wendung in der Narkose, wenn sie auch vorher nicht gelungen ist; zweitens gelingt sie auch in diesem Falle nicht, so kann man in der Narkose sofort zur combinirten oder innern Wendung schreiten. Von allen Bedingungen sind also nur folgende 3 als nothwendig zu betrachten: 1) dürfen keine die Vollendung der Geburt erheischenden Umstände vorliegen (z. B. Placenta prævia, vorzeitige Lösung derselben, Eclampsie); 2) soll kein absolutes Missverhältniss zwischen der Geräumigkeit des Beckens und der Grösse des Kopfes vorliegen: hochgradig verengtes Becken, Tumoren, übermässig grosses Kind (Missbildungen), da unter solchen Umständen auch die Kopflage keine günstigen Resultate bietet; 3) muss die Frucht noch einen gewissen Grad von Beweglichkeit haben. Sind die ersten zwei Contraindicationen nicht vorhanden und die Frucht beweglich, so sollte jedesmal bei Querlage die äussere Wendung versucht werden. Ob dies in jedem Falle gelingen wird, hängt natürlich von den übrigen Verhältnissen ab. Ist z. B. die Querlage nur die Folge der Uterusschlaffheit, oder des Hydramnios, während das Becken vollständig geräumig ist, die früheren Gehurten normal verlaufen sind, die Fruchtblase noch steht, so kann man der äusseren Wendung eine günstige Prognose stellen. Besteht Beckenverengung ersten Grades, so wird die Prognose zweifelhafter. Doch auch in diesem Falle gewinnt die Möglichkeit des Gelingens, wenn die Untersuchung einen kleinen weichen Schädel ergibt und kräftige Wehen bestehen. Solche Umstände können z. B. bei in Folge von Beckenverengung eingeleiteter Frühgeburt, wie auch in unserem Falle Nr. 66, wo die äussere Wendung mit Erfolg angewendet worden ist, vorkommen.

Noch zweifelhafter wird die Prognose, wenn einige, sei es auch an und für sich unwichtige Hindernisse zusammen auftreten, so z. B. mässig verengtes Becken, vorliegender Arm. Aber auch in solchem Falle soll der Arzt nicht Abstand davon nehmen, die Wendung zu versuchen. Ist der Kopf weit vom Beckeneingang, das Wasser schon abgeflossen, die Bauchdecken dick, so wird man die Manipulation nicht lange fortsetzen, wenn

sie nicht bald zum Ziele führt, und die combinirte Wendung versuchen, bevor man zur innern auf den Fuss schreitet; dadurch kann die Prognose der letzteren nicht verschlimmert werden. Das aber ist eben der grosse Vorzug der äusseren Wendung. Die Operation kann ohne jegliche Gefahr für die Mutter und das Kind ausgeführt werden.

Ich gebe nun das Resultat meiner Nachforschung aus den Protokollen der hiesigen geburtshilflichen Klinik.

In allen 144 Fällen der Wendung überhaupt, wurde in 78 Fällen die äussere Wendung gar nicht gemacht, weil es schon zu spät oder unmöglich war (z. B. war das Fruchtwasser schon längst abgeflossen, oder Placenta praevia u. s. w.) Von diesen 78 Fällen wurde die combinirte Wendung 3 Mal gemacht, wo die Wendung ein Mal gelungen ist, dabei das Kind lebend war. In den übrigen Fällen wurde die innere Wendung auf den Fuss gemacht, indem 19 Mal todte Kinder geboren wurden, von diesen 5 faultodte; Tod der Mutter bei der Operation 3 Mal, und 2 Mal während des Wochenbettes an Peritonitis ex Anämie. Unter diesen Fällen ist 7 Mal Placenta praevia vorgekommen und 1 Mal vorzeitige Lösung derselben. 10 Mal Nabelschnurvorfall; 2 Mal war dabei das Kind abgestorben, da die Herztöne schon von der Operation erloschen waren. In den übrigen 66 Fällen wurde die äussere Wendung gemacht; unter den 36 gelungenen Fällen haben wir keinen Fall von Mortalität der Mutter, und nur zwei todte Kinder, von denen in einem Falle die Anamnese der letzten normalen Geburt auch ein todttes Kind ergibt. Darum verdient die äussere Wendung auch in jedem Falle, wo nicht die Contraindicationen bestehen, angewendet zu werden, wenn sie auch oft im Stiche lässt und daher unsicher ist. Das verhältnissmässig leichte Eingreifen bietet noch den Vorzug der äusseren Wendung auf den Kopf im Vergleich zur innern. Die Gefahr, die mit dem Einführen der Hand in die Gebärmutter verbunden ist, fordert jedenfalls auf, zuerst die ganz gefahrlose, wenn auch etwas unsichere äussere Wendung, zu versuchen, bevor die combinirte. Tritt im Falle von äusserer Wendung ein Ereigniss ein, welches die innere Wendung indicirt, oder die Operation gelingt an und für sich nicht, so hat der Geburtshelfer durch diese so ungefährliche Operation nichts Unverantwortliches auf sich genommen. Dagegen ist es viel mehr gewagt, zum zweiten Mal in den Uterus eingehen zu müssen, um nach der inneren Wendung auf den Kopf, die auf den Fuss vorzunehmen, — und das dürfte wohl oft

vorkommen. Professor P. Müller sagt hinsichtlich des Gelingens der inneren Wendung auf den Kopf Folgendes: « Wenn Sie den Kopf nach Busch einstellen wollen, so gelingt es Ihnen oft nicht, mit der Hand den Kopf in den Beckeneingang herunterzuholen. Wollen Sie an dem Kopf einen kräftigen Zug ausüben, so muss auch die Hand einen festen Anhalt an denselben haben. Denselben hätten Sie nothdürftig, wenn es Ihnen gelingen würde, den Kopf so zu fassen, dass die Fingerspitzen über die grösste Peripherie des Schädels hinaus so anliegen, dass mehr als die Hälfte des Kopfes gefasst wird, was aber bei dem grossen Volumen des Kopfes selten gelingt. Aber gesetzt den Fall, auch der Kopf wäre klein, so dass die Hand in der gewünschten Weise angebracht werden kann, so gleitet doch dieselbe, wegen der Kugelform des Kopfes, zum Theil auch wegen der Glätte und Schlüpfrigkeit desselben leicht ab, so dass die Versuche, besonders, wenn das Fruchtwasser abgeflossen ist, oft wiederholt werden müssen.» Wenn man noch zu dem oft vorkommenden Misslingen der Operation die Gefahr, die mit der Ausführung derselben verbunden ist, betrachtet, so muss man die innere Wendung auf den Kopf als wenig empfehlenswerthe Operation ansehen, und in der That wird sie auch zur Zeit selten angewendet. Dadurch aber findet die innere Wendung auf den Fuss eine noch ausgebreitetere Anwendung. Der Vorzug der inneren Wendung auf den Fuss besteht noch darin, dass sie fast keine Bedingungen stellt; nämlich es soll nur:

- 1) der vorliegende Theil nicht schon ganz fest im Becken stehen;
- 2) soll das Becken nicht Verengung dritten Grades bieten.

« Die Wendung auf den Fuss, ohne Complicationen, muss bei prophylactischer Antisepsie eine absolut gute Prognose geben », sagt Fritsche in seinem Lehrbuch. Wenn die Resultate der inneren Wendung auf den Fuss auch nicht immer so günstig sind, so liegt die Erklärung darin, dass diese Operation auch in solchen Fällen angewendet wird, wo die Beendigung der Geburt wegen der gefährlichsten Zustände der Mutter und des Kindes vorgenommen werden muss, die an und für sich eine enorme Mortalität der Mütter und Kinder ergeben; das sind z. B. Placenta prævia, Eclampsie. — Wir ziehen folgende Schlüsse aus dem Gesagten: Da die innere Wendung eine eingreifende und mit gewisser Gefahr für das Kind und die Mutter verbundene Operation ist, so soll in jedem Falle von Querlage, wo keine Contraindicationen: a) Ereignisse erfordernde schnelle Geburtsvollendung, b) absolutes Missverhältniss zwischen



Becken und Kindskopf bestehen, *c*) die Schulter nicht zu tief in den Beckenkanal hereingedrängt und *d*) die Wehenthätigkeit nicht abnorm stark ist, die äussere Wendung auszuführen versucht werden. Bei stehender Blase, geräumigem Becken, regelmässiger Wehenthätigkeit kann man darauf rechnen, dass dieselbe vollständig ausreichen wird, die vertical normale Lage herzustellen und dadurch die Prognose der Geburt günstig zu gestalten. Hat man die Operation bei stehender Blase unternommen, so hat man auch beim Misslingen der äusseren Wendung die Prognose der innern nicht auf's mindeste verschlimmert. Kommt der Arzt bei schon abgeflossenem Fruchtwasser, so wird er selbst wissen, sich nicht zu lange mit der äusseren Wendung abzugeben, wenn dieselbe nicht leicht gelingt, und daher wird auch in diesem Falle die innere Wendung nicht erschwert. Die äussere Wendung kann also entweder nur grosse Dienste leisten, oder wenigstens auch nicht schaden. Die Mutter wird, wie wir aus unseren Fällen, wo die äussere Wendung gelungen ist, auch sehen, keinen Gefahren ausgesetzt, und verdient dieselbe deshalb häufiger angewendet zu werden, und für bedauerlich halten wir, dass sie, obgleich bekannt, vom Anfang des 19. Jahrhunderts an bis jetzt so wenig cultivirt worden ist. — Gelingt aber die äussere Wendung auf den Kopf nicht, und der Geburtshelfer sieht sich verpflichtet, zur inneren Wendung zu schreiten, so soll derselbe einen Versuch machen, nach Braxton-Hicks die Operation zu vollziehen. Ist diese jedoch nicht mehr indicirt, oder gelingt sie nicht, so muss man sofort zur inneren Wendung auf den Fuss schreiten. — Wie schon früher erwähnt wurde, wird von mancher Seite angerathen, die äussere Wendung auf den Kopf während der Schwangerschaft auszuführen. Dieser Rath ist keineswegs sehr praktisch, da wir wissen, dass: 1) die Querlagen, besonders bei Mehrgebärenden, am Ende der Schwangerschaft sich spontan in eine Geradlage umwandeln, 2) die durch die Operation ausgebildete Vertikallage oft sehr rasch wieder in die frühere Querlage übergehen kann. Zweckmässiger ist es, die Wendung kurz vor der Geburt auszuführen; am wichtigsten aber bleibt doch die Indication für diese Operation während der Geburt, am besten am Beginn derselben. Der Sicherheit wegen sollte nach gelungener Reposition am Uterus eine Bandage angelegt werden, wobei feste Gegenstände rechts und links neben dem heruntergeholten Kopfe unter die Binde herangeschoben werden, um ein Abweichen des letzteren zu verhüten. Auch kann man die Frau auf die Seite legen, nach

der der Kopf abgewichen war; allein hiebei ist zu befürchten, dass der Kopf jetzt nach der entgegengesetzten Uterusseite abweicht. Am besten wird jedoch für eine Fixirung des heruntergeholten Kopfes dadurch gesorgt, dass man durch einen Druck auf die Schädelbasis den Kopf in den Beckenkanal einzupressen trachtet und dann die Fruchtblase so sprengt. Letzteres könnte schon bei geringer Ausdehnung des Muttermundes vorgenommen werden; wenn nur der letztere soweit ausgedehnt ist, dass man eventuell durch denselben die innere Wendung ausführen kann, so ist der Blasensprung vorzunehmen.

Zum Schlusse sei mir gestattet, meinem hochgeehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. P. Müller, meinen innigsten Dank für seine lehrreichen Rathschläge und für das in liberalster Weise mir zur Verfügung gestellte Material hiemit auszusprechen.

Nr.	Jahr	Eintrittstag	Name	Verlauf früherer Geburten	Kindslage	Becken
1.	1875	26. Aug.	S.-A.	4 Geb. normal	I. Querlage	Geräumig
2.	1875	31. Mai	R.-S.	3 todt Geb., 3 Frühgeb., 1 Zangengeb.	II. Querlage	Verengerung 2. Grades
3.	1877	31. Dez.	H.	1 Geb. normal	I. Querlage. II. Unterabth.	Leicht Allg. verengt
4.	1879	14. April	S.-J.	2 Geburten normal, Kinder leben	I. Querlage. I. Unterabth.	Geräumig
5.	1879	31. Mai	G.-S.	3 Frühgeb. und 1 normale Geb., alle Kinder leben	II. Querlage. I. Unterabth.	Allgemein verengtes Becken
6.	1879	3. Juli	W.-S.	2 Geburten normal, Kinder leben	I. Querlage. I. Unterabth.	Geräumig
7.	1879	29. Juli	L.-A.	—	II. Querlage. I. Unterabth.	Plattes Becken
8.	1879	6. Sept.	S.-Z.	4 Geb. normal, 3 erste Kinder im 1. Lebensjahre gestorben, 4. Kind lebt, 5. Geb. Kind faultodt	I. Querlage	Geräumig
9.	1880	13. Febr.	M.-Z.	2 erste Geb. normal, 3. Steisslage, Kind starb während d. Geburt ab	II. Querlage	Geräumig
10.	1880	16. April	M.-R.	4 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
11.	1880	7. Dez.	R.	1 Geburt normal	I. Querlage	Geräumig
12.	1881	1. Jan.	S.-M.	2 erste Geb. normal, 3. Abortus im 3. Monate	II. Querlage	Allgemein verengt
13.	1881	11. Febr.	K.-S.	2 Geburten normal	II. Querlage, I. Unterabth.	Geräumig

Eigenthümlichkeiten der Schwangerschaft und Geburt	Wendung	Gelingen	Nicht gelingen	Kind
Operation b. stehender Fruchtblase	Aeussere Wendung auf den Kopf	Gel.	—	Lebend
Die äussere Wendung bei stehender Fruchtblase, nach deren Misslingen die innere Wendung und Extraction	Aeussere Wendung auf den Kopf, nach dem Misslingen die innere Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Reif, asphyctisch, konnte nicht belebt werden.
Armvorfall	Aeussere Wend. auf den Kopf und Lagerung auf die Seite	Gel.	—	Asphyctisch; belebt
Operation b. stehender Fruchtblase	Aeussere Wendung auf den Kopf, Bandage	Gel.	—	Lebend
Vorfall des Armes nach dem Blasensprung	Aeussere Wendung auf den Kopf bei stehender Blase; misslingen; die innere auf den Fuss	—	N. gel.	Asphyctisch; konnte nicht belebt werden
Hydramnios	Aeussere Wendung auf den Kopf	Gel.	—	Lebend
Hydramnios. Mässige Blutungen in der Nachgeburtperiode wegen Atomie des Uterus	Aeussere Wendung auf den Kopf, Bandage, Seitenlagerung, stehende Blase	Gel.	—	Lebend
Vorliegen der Nabelschnur, Einführung des Kolperynters zur Erhaltung d. Fruchtblase	Aeussere Wendung bei stehender Fruchtblase, Bandage, Seitenlagerung	Gel.	—	Lebend
Para- und Perimetritis der Frau	Aeussere Wendung in der Narke bei abgeflossenem Fruchtwasser	Gel.	—	Todt
Hydramnios	Aeussere Wendung bei stehender Blase	Gel.	—	Lebend
Nach Sprengen der Fruchtblase Vorfall der Extremität und Nabelschnur	Aeussere Wendung bei stehender Blase Reponirung der Extremität und Nabelschnur. — <i>Combinirte</i> Wendung	—	N. gel.	Lebend
—	Aeussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
D. Selbstentwicklung zu vollenden wird mit einem stumpfen Haken eingehackt	Aeussere Wendung bei abgeflossenem Fruchtwasser misslingt, weil der Rumpf zu fest eingeklebt ist. <i>Selbstentwicklung</i>	—	Misslgt.	Todt; auf der link. Thoraxseite, welche vorlag, hat sich eine Geschwulst gebildet

Nr.	Jahr	Eintrittstag	Name	Verlauf früherer Geburten	Kindslage	Becken
14.	1881	11. Febr.	K.	I., II., V., VI. normal, III. Abortus, IV. Wendung wegen Blutung, VII. Zwillinge, norm. Geb.	II. Querlage	Geräumig
15.	1881	2. Febr.	J.-A.	2 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
16.	1881	15. März	Z.-Z.	2 Geburten normal	II. Querlage	Geräumig
17.	1881	7. April	M.-B.	2 Geburten normal	I. Querlage	Plattes
18.	1881	15. Mai	B.	2 Geburten normal	II. Querlage	Geräumig
19.	1881	11. Juni	K.-E.	I. Querlage, II., III., IV., V. normal, VI. Kind todt, VII., VIII. Abortus	I. Querlage	Plattes
20.	1881	4. Okt.	S.	2 Geburten normal	I. Kind: II. Hinterhauptlage, II. Querlage:	Geräumig
21.	1881	14. Okt.	S.-J.	I. normal, II. Querlage, III. Fusslage, Kind, todt	I. Querlage, I. Unterabth	Geräumig
22.	1882	15. Sept.	K.-G.	I. Kind während der Geburt abgestorben; II. Geburt normal	II. Querlage	Plattes
23.	1883	7. Jan.	S.-G.	I. Abortus, II., III., IV., V. Frühgeburt, VI., VII. normal	II. Querlage	Geräumig
24.	1883	18. Juni	B.-S.	2 Geburten normal	II. Querlage	Geräumig

Eigenheiten der Schwangerschaft und Geburt	Wendung	Gelungen	Nicht gelungen	Kind
Hydramnios. Wehenschwäche. M. m. für 2 Finger durchgängig. Einlegen eines Kolperynters	<i>Aeusserer</i> Wendung beistehender Fruchtblase, Bandage	Gel.	—	Lebend
Hydramnios. Einlegen eines Kolperynters	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Todt. Grosser Kopf; keine Kopfgeschwulst; Knochen des Kopfes lassen sich gut verschieben.
Hydramnios. Hängebauch	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Blase. <i>Innere</i> Wendung auf den Fuss und Extraction, weil die Herztöne des Kindes anfangen unregelmässig zu werden	—	N. gel., weil der Kopf wieder bald an die alte Stelle abwich	Asphyctisch, aber wieder belebt
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; misslingt. — <i>Innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel., weil der Kopf wieder abwich	Asphyctisch, wieder belebt
Armvorfall	<i>Aeusserer</i> Wendung bei stehender Blase misslingt. <i>Innere</i> Wendung auf den Fuss. Extraction.	—	N. gel., weil der Kopf wieder abwich	Todt
Zwillinge, Sprengen der Blase. <i>Innere</i> Wendung	<i>Aeusserer</i> Wendung des 2. Kindes bei stehender Blase, nach deren Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	1 K. lebend, II. scheint todt, wieder belebt
Sprengen der Blase, Vorfall des Armes, innere Wendung auf den Fuss	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase. Nach deren Misslingen und Misslingen der kombinierten Wendung auf den Kopf: <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Lebend
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach dem Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss und Extraction	—	N. gel.	Scheintodt; nicht belebt
Nach d. äusseren Wendung wurde die Fruchtblase gesprengt zur Fixation des Kopfes	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend, frühzeitig, entsprechend 35.--36 W.
Schwache Wehen	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase und Lagerung auf die Seite gelingt nicht, weil die Bauchwandungen dick sind. In der Narkose <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Frühzeitig lebend

Nr	Jahr	Eintrittstag	Name	Verlauf früherer Geburten	Kindslage	Becken
25.	1883	8. Sept.	G.-R.	5 Geburten normal, 6. Zange	I. Querlage	Geräumig
26.	1884	1. Febr.	S.-J.	I., III. normal, II. Hydramnios. IV. I. Querlage, Wendung nach Br.-H.	I. Querlage	Geräumig
27.	1884	25. Juli	II.-V.	I., III. normal, II. Abortus	I. Querlage	Geräumig
28.	1885	8. Dez.	S.	I., III. Geburt Zwillinge, II. normal	I. Querlage II. Unterabth.	Geräumig
29.	1886	7. Jan.	S.	2 Geburten normal	I. Querlage	Allgemein verengt
30.	1886	22. Febr.	S.	Die ersten 6 Geb. normal, die VII. Zange, die VIII., IX., X. Wendung auf einen Fuss	II. Querlage	Geräumig
31.	1886	8. März	K.	6 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
32.	1886	24. Aug.	D.	6 Geburten normal, 2 Geb. Abortus	I. Querlage	Geräumig
33.	1887	16. Nov.	N.-Z.	2 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
34.	1888	25. Febr.	R.-S.	Alle 9 Geburten spontan	I. Querlage	Geräumig
35.	1888	11. April	Z.-T.	2 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
36.	1888	15. Dez.	S.-B.	Alle 4 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
37.	1888	8. Okt.	H.	2 Geburten normal	II. Querlage I. Unterabth.	Normal
38.	1889	4. Juli	B.-B.	5 Geburten spontan, indem 3 Geburten Todtgeburten	II. Querlage	Geräumig

Eigenheiten der Schwangerschaft und Geburt	Wendung	Gelungen	Nicht gelungen	Kind
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Leicht gelung.	—	Scheintodt, wied. belebt
Uterus arcuatus	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach deren Misslingen <i>Wendung</i> nach <i>Braxton-Hicks</i>	—	N. gel.	Asphyctisch, belebt
Hydramnios	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Hydramnios. Hängebauch.	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase, nach deren Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N! gel.	Lebend
Vorfall eines Armes nach Sprengung der Blase	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblasemisslingen, der Kopf wich wieder ab, deshalb die <i>innere</i> Wendung	—	N. gel.	Scheintodt, belebt
Nach Sprengen der Fruchtblase Vorfall mehrerer Extremitäten	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach deren Misslingen wegen Spannung der Bauchdecken <i>innere</i> Wendung und Extraction am Fuss	—	—	Lebend, frühzeitig, unreif
Wehenschwäche	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Heisses Vollbad wegen Wehenschwäche	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; Bandage	Gel.	—	Lebend
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss u. Extraction	—	N. gel.	Asphyctisch, belebt
—	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei abgeflossenem Wasser; nach Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss Wegen spätern unregelmässigen Herztönen Extraction	—	N. gel.	Todt
Vorliegen der Nabelschnur	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Lebend
Einlegen des Kolperrynters zur Erhaltung der Fruchtblase	<i>Aeusserer</i> Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend

Nr.	Jahr	Eintrittstag	Name	Verlauf früherer Geburten	Kindslage	Becken
39	1890	4. Okt.	B.	I., II., III., IV., VI., IX normal, V. Fusslage, K. todt, VII. Todtgeburt, VIII Wendung und Extraction, X. Wendung	II. Querlage	Verengerung I. Grades
40.	1891	3. Febr.	S.	Alle 10 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
41.	1891	3. April	B.	I. Zange, Kind lebt, II. spont., K. lebt, III. Querl., K. todt	II. Querlage	Normal
42.	1891	12 April	II.-B.	1 Geburt normal	I. Querlage	Plattes Becken 2. Grades
43.	1891	21. Mai	II.-II.	4 Geburten spontan, Kinder lebend	I. Querlage	Geräumig
44.	1891	28. Mai	Z.-II.	2 Geburten normal	II. Querlage	Geräumig
45.	1891	14. Sept.	Z.-M.	9 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
46.	1874	27. Nov.	S.-F.	Alle 10 Geburten normal	I. K. I. H.-II. Lage, II. Querl.	Geräumig
47.	1878	5. Nov.	S.-S.	4 Geburten normal fünfte Querlage	II. Querlage	Normal
48.	1878	16 Nov.	G.-B.	4 Geburten normal	I. Unterabth.	Geräumig
49.	1882	12. Juni	J.-Z.	I., III., IV., V., VII. normal, II. Fusslage, VI. Fussgeburt	II. Querlage	Normal
50.	1882	7. Sept.	G.	I., III., IV., V. normal, II. Frühgeb.	II. Querlage	Normal
51.	1883	1. Febr.	W.-G.	2 Geburten normal	I. Querlage	Normal
52.	1883	14. März	E.-Z.	7 Geburten normal	II. Querlage	Geräumig
53.	1883	6. Sept.	M.	9 Geburten normal	I. Querlage	Normal

Eigenthümlichkeiten der Schwangerschaft und Geburt	Wendung	Gelingen	Nicht gelingen	Kind
Hydramnios	Aeusserer Wendung auf den Kopf beistehender Fruchtblase misslingt, da ausser Verengerung ersten Grades des Beckens und Hydramnios noch grosser Kopf des Kindes und dicke Bauchdecken vorhanden sind; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss, Extraction	—	N. gel.	Lebend
Hydramnios, ein vorliegender Arm zurückgeschoben	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Hydramnios. Künstlicher Blasensprung. Zange wegen Wehenschwäche	Aeusserer Wendung auf den Kopf und Bandage bei stehender Blase	Gel.	—	Lebend
—	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase misslingt; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss. Extraction.	—	N. gel.	Frühzeitig, entspr. d. Beginn d. 10. Mon.; lebend
Nach der Wendung spontane Geburt	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
—	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase und Bandage	Gel.	—	Lebend
Nach der Wendung folgte spontane Geb.	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Zwillinge	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Syphilis der Mutter	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei abgefloss. Fruchtwasser	Gel.	—	Lebend
—	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei abgefloss. Fruchtwasser	Gel.	—	Lebend
Hydramnios. Nabelschnurvorf. nach dem die Fruchtblase gesprengt wurde	Aeusserer Wendung auf den Kopf beistehender Fruchtblase misslingt, weil der Kopf wieder abwich, es wurde die <i>innere</i> Wendung auf d. Fuss gemacht	—	N. gel.	Lebend
—	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Hängebauch	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Armvorfall	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei abgefloss. Fruchtwasser misslingt; die <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Scheintodt, wieder be- lebt
Armvorfall	Aeusserer Wendung auf den Kopf bei gesprengter Fruchtblase; nach deren Misslingen <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Faultodt

Nr.	Jahr	Eintrittstag	Name	Verlauf früherer Geburten	Kindslage	Becken
54.	1883	20. Sept.	H.-M.	Die 2 ersten normal, 3. Steisslage	II. Querlage	Geräumig
55.	1883	7. Okt.	B.-K.	I., III., IV., V. normal, II. Zwillinge, VI., VII. Abortus	II. Querlage	Geräumig
56.	1885	21. Jan.	J.-S.	I., III., V., VII. normal, II. Fusslage, VI. im 1. Monate faultodt, VIII. Querlage (äussere Wendung), IX. Steisslage	I. Querlage	Geräumig
57.	1885	8. Juni	R.-S.	Die 3 ersten normal, die 4. Steisslage	I. Querlage II. Unterabtheilung	Normal
58.	1886	14. Nov.	B.-W.	4 Geburten normal	I. Querlage	Normal
59.	1887	17. Mai	E.-S.	4 Geburten normal	I. Kind: I. Querlage; II.: Fusslage	Normal
60.	1887	7. Juni	R.-B.	1 Geburt normal	I. Kind: I. Hinterhauptlage; II.: Querlage	Geräumig
61.	1887	12. Juli	F.-K.	1. Geburt Frühgeb.	I. Querlage	Normal
62.	1887	13. Juli	B.-M.	I., III. normal, II., IV. Querlage	I. Querlage	Normal
63.	1877	31. Mai	S.-F.	4 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
64.	1879	15. März	R.	5 Geburten normal	I. Querlage	Geräumig
65.	1879	25. März	D.-A.	1 Geburt normal	I. Querlage	Allgemein verengtes Becken
66.	1880	29. Mai	H.-B.	I. Perforation cranioclasie, II. künstliche Frühgeburt (28.—30. Woche), III. künstl. Frühgeburt (30.—32. Woche)	I. Querlage	Plattes Becken

Eigenheiten der Schwangerschaft und Geburt	Wendung	Gelungen	Nicht gelungen	Kind
Vorfall des Armes	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase; nach Misslingen: die <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Asphyetisch, bald belebt
Armvorfall; er wurde reponirt	Äussere Wendung auf den Kopf bei abgeflossenem Fruchtwasser und Seitenlagerung	Gel.	—	Lebend
Nabelschnurvorf. nachdem die Fruchtblase zerspr. wurde	Äussere Wendung auf den Kopf bei abgeflossenem Wasser misslingt; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Lebend
Nach der Sprengung der Fruchtblase Arm- und Nabelschnurvorf.	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase misslingt; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Scheintodt, belebt
Hydramnios	Äussere Wendung auf den Kopf bei abgeflossenem Fruchtwasser in der Narkose	Gel.	—	Lebend
Zwillinge	Äussere Wendung des zweiten Kindes auf den Kopf bei stehender Fruchtblase misslingt, weil die Bauchdecken zu dick sind; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss. Extraction	—	N. gel.	Beide Kinder leben
Zwillinge	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase misslingt; es wurde die <i>innere</i> Wendung auf den Fuss vorgenommen	—	N. gel.	Lebend
Armvorfall	Äussere Wendung auf den Kopf bei abgeflossenem Wasser misslingt; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Scheintodt, belebt
Nach Sprengung der Blase Armvorfall Reposition desselben	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Blase in der Narkose	Gel.	—	Lebend
Nabelschnurvorf., nachdem die Fruchtblase gespr. wurde	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Blase misslingt; <i>innere</i> Wendung auf den Fuss	—	N. gel.	Lebend
—	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Vorfall des Armes nach Sprengung d. Fruchtblase	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Fruchtblase	Gel.	—	Lebend
Einleitung der künstlichen Frühgeburt	Äussere Wendung auf den Kopf bei stehender Blase	Gel.	—	Lebend

12567

