

Die  
Extraction des Kindes am Steiss  
mittelst eines Taschentuchs.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter Genehmigung der

hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

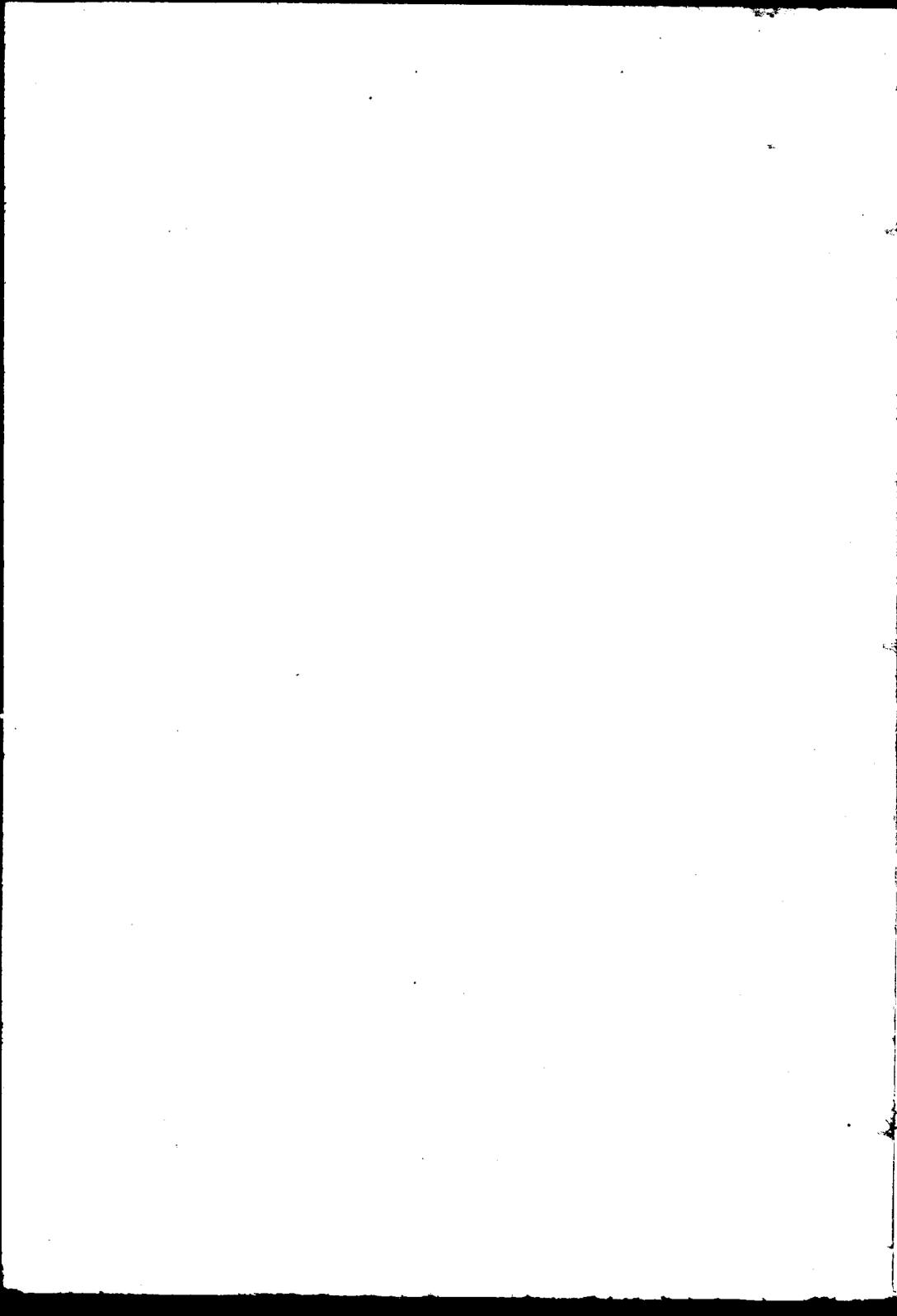
eingereicht von

**ADOLF KOENIG,**

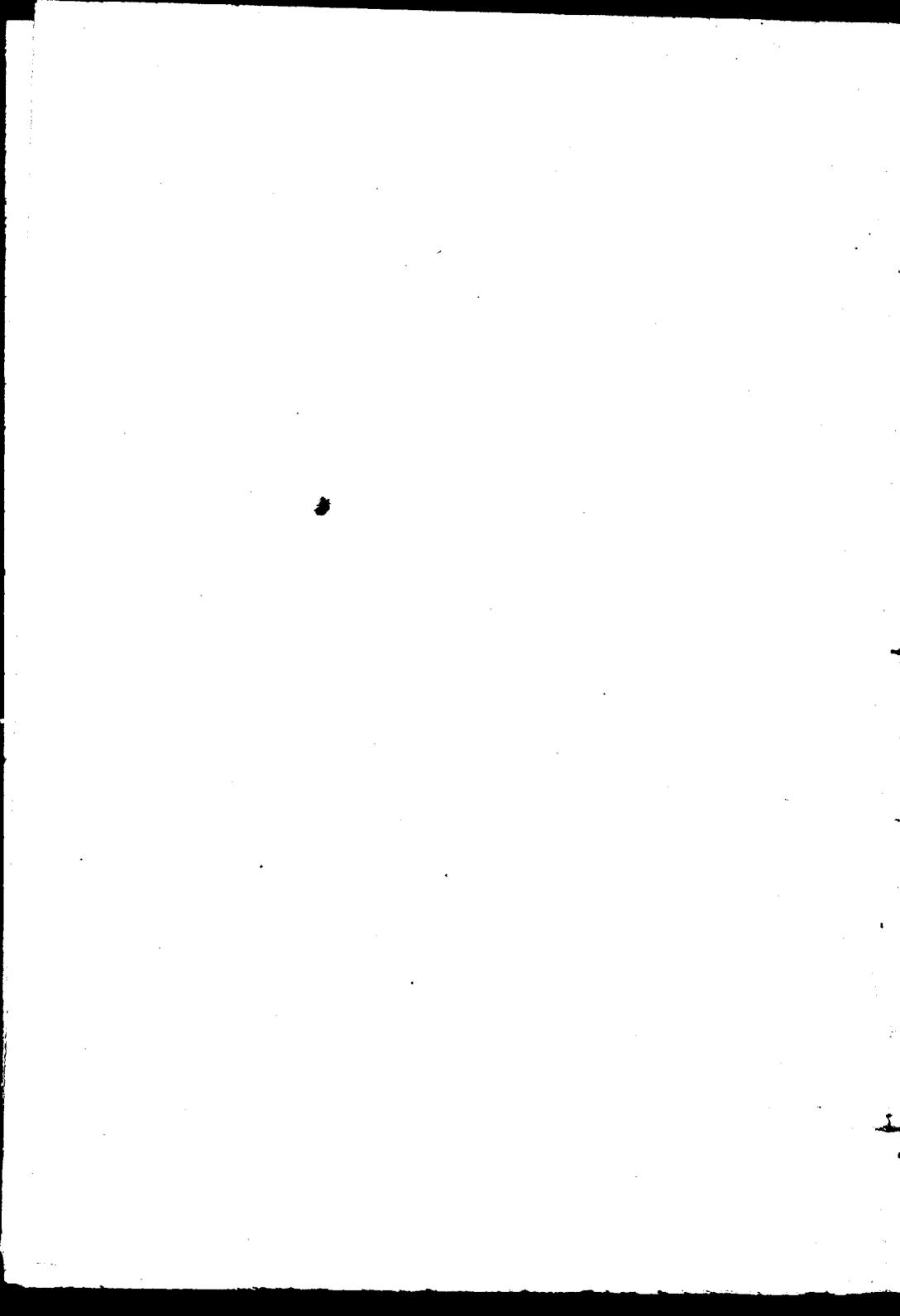
approbirter Arzt aus Limburg a. d. Lahn.



HOFHEIM A. T.  
Druck von C. Reuter.  
**1881.**



Herrn Dr. Hüter sagt der Verfasser für seine freundliche  
Unterstützung bei vorliegender Arbeit hierdurch seinen  
Dank.



## Die Extraction des Kindes am Steiss mittelst eines Taschentuchs.

---

Die künstliche Entfernung des Kindes aus den mütterlichen Geburtswegen bei Steisslagen ist gerechtfertigt, sobald eine Gefahr für Mutter oder Kind vorliegt. In der Mehrzahl der Fälle wird es sich um Erhaltung des kindlichen Lebens handeln. Steht der Steiss noch über dem Beckeneingang, so muss man versuchen, und es wird meist gelingen, die Steisslage in eine Fusslage umzuwandeln, ja, wenn der Steiss bereits theilweise in das Becken eingetreten ist, darf man nicht von dem Versuche abstehen, einen Fuss herunter zu holen, sofern es ohne Gefahr einer Frakturirung des kindlichen Femur möglich ist. Nur hindeuten will ich auf die Wendung auf den Kopf, welche seit Ambroise Paré, welcher die Wendung auf die Füße einführte, immer weniger Indikationen fand. Vor Beginn der Geburt, dem normalen Ende der Schwangerschaft, oder gegen das Ende derselben wird es angezeigt sein, durch Lagerung und äussere Manipulationen etwa vorhandene fehlerhafte Lagen in Kopflagen umzuwandeln, allein selten wird sich dem Arzte dazu die Gelegenheit bieten. Seine Hülfe wird meist erst in Anspruch genommen, wenn entweder bei hochstehendem Steiss die Wendung auf den Kopf

unmöglich, resp. die Umwandlung einer Steiss- in eine Fusslage zum Zweck einer bereits oder event. gebotenen raschen Beendigung der Geburt vorzunehmen ist, oder bei bereits in das Becken eingetretenem Steiss die Verbesserung der Lage durch Herstellung der Fusslage unmöglich ist, und jetzt die Frage an ihn herantritt, auf welche Weise er, sobald eine rasche Entbindung geboten, am schonendsten für Mutter und Kind die Geburt künstlich beendige.

Es liegt aus leicht begreiflichen Gründen im Interesse eines jeden Arztes, möglichst wenig auf die Hülfe von Instrumenten angewiesen zu sein. In Folge dessen wäre es sehr wünschenswerth, wenn man mit dem nach Art eines Hakens gekrümmten, in die Hüftbeuge eingeführten Zeigefingers zu Wege kommen würde. Diese Methode wurde zuerst von Mauriceau angegeben. Man hakt in die vordere Hüftbeuge ein und zur Verstärkung des Zugs fasst man mit der anderen Hand das Handgelenk der Ersteren. Ist auch die andere Hüftbeuge zugänglich, so hakt man in beide ein, entweder mit einer Hand, mittelst Zeigefinger und Daumen, oder besser mit je einem Zeigefinger in je eine Hüftbeuge.

In manchen Fällen wird man mit dieser Methode zum Ziel gelangen, bei günstigen Verhältnissen der mütterlichen Geburtswege und normalen kindlichen Massen, wenn kein Missverhältniss zwischen Kind und mütterlichem Becken besteht. Allein bei nur einigermaßen schwierigen Umständen, bei Enge, bezw. Unnachgiebigkeit der Genitalien bei Erstgebärenden, wo eine grössere Kraftanstrengung zur Entwicklung des Steisses erforderlich ist, kommt man mit diesem einfachen Verfahren nicht aus, denn einmal ist es unmöglich, mit dem gebognen Zeigefinger eine grosse Kraft auszuüben, und dann ermüdet derselbe zu rasch, selbst dann, wenn man abwechselnd

bald den Zeigefinger der einen, bald den der anderen Hand als Haken einsetzt. Andere, wie *Martin* rathen, statt des Zeigefingers allein noch den Mittelfinger mit einzuhaken. Allein bei dieser Art der Applikation kommen die Finger neben einander zu liegen und es ist somit die schönste Gelegenheit geboten, eine Fraktur des kindlichen Oberschenkels mit dem ihm zugewandten und auf ihn drückenden Finger herbeizuführen. Endlich hebt *Otto Küstner* (Sammlung klinischer Vorträge von *R. Volkmann* No. 140) mit Recht die Unzweckmässigkeit der Zugrichtung hervor, welche hauptsächlich nach unten gehe, wo dieselbe doch horizontal verlaufen müsste, wenigstens sobald die vordere Hüfte in die Höhe des Schambogens komme und dann die Drehung der Hinterbacke über den Damm beginne.

Ein anderes Verfahren der manuellen Extraktion besteht darin, dass man die Finger an das Becken des Kindes von hinten her anlegt. (*Schmidt's Jahrbücher* 1880 P. 40. — Einfache Ebindungsmethode bei schweren Steissgeburten von *Dr. Charles Underhill* zu Edinburg. *Brit. med. Journal* Oct. 11. 1879.) Der Handgriff wird unterstützt durch das Einlegen des Daumens und 4ten Fingers in die Schenkelbeugen. In dem Falle l. c. waren an dem Steiss, welcher 3—4 Stunden im Beckenausgang gestanden, vergebliche Versuche gemacht worden, ihn mit in die Schenkelbeuge eingehakten Fingern und Ausdrücken der Gebärmutter zu entwickeln. In der Gloriform-Narkose wurde die Hand hinter des Kindes Kreuzbein, welches der rechten *Sacro-iliacal-Synchondrose* der Mutter gegenüber stand, eingeführt, der Zeigefinger und die 3 Finger über die *cristae ilium* von hinten her übergehakt, einen Finger zu jeder Seite der Lendenwirbel. Dieses Verfahren wird selten praktische Verwerthung finden können wegen der Schwierigkeit des Einführens der

Hand neben dem kindlichen Steiss, und leidet zu dem an den Mängeln der oben behandelten Methoden.

Nach dem Gesagten lässt uns unsre Hand in vielen, ich möchte sagen in der Mehrzahl der Fälle, im Stich, und wir sind genöthigt, nach Instrumenten zu greifen. So hat denn Smellie das geburthülffliche Instrumentarium des Arztes um den stumpfen Haken bereichert. Derselbe hat eine Krümmungsöffnung von etwa 2 Zoll und die Spitze läuft nach Art einer Olive aus. Ausserdem sind noch stumpfe Haken von Kilian, Baudelocque und d'Outrepont construiert. Otto Küstner (l. c.) hält für die zweckmässigste Dicke etwa 10mm., für den passendsten Krümmungsradius 3 cm. Er wird angelegt unter Leitung der Hand von der Aussenseite des kindlichen Steisses her, und nach dem Rathe der meisten Geburtshelfer in die nach vorn gerichtete Hüftbeuge. Zu hüten hat man sich bei der Anlegung vor der Verletzung der kindlichen Genitalien, währenddem man die Spitze des Hakens zwischen den kindlichen Schenkeln durchzieht. Erst dann darf man zu Traktionen schreiten, wenn man sich durch Fühlen davon überzeugt hat, dass die Spitze des Hakens auch wirklich frei zwischen den Schenkeln des Kindes liegt und seine Krümmung in der Hüftbeuge. Ausserdem wird davor gewarnt, einen continuirlichen Zug auszuüben, damit die Circulation im kindlichen Schenkel nicht zu lange unterbrochen werde. Ist die andere Hüftbeuge für den Hakenförmig gekrümmten Zeigefinger zugänglich, so lässt man ihn zweckmässig dem stumpfen Haken sekundiren.

Die Erfahrung lehrt, dass der stumpfe Haken für Mutter und Kind ein sehr gefährliches Instrument sein kann. Schon bei der Einführung ist eine Verletzung der kindlichen Geschlechtstheile möglich. Liegt die Krümmung nicht in der Schenkelbeuge, sondern nimmt

sie ihren Angriffspunkt an dem Femur, so liegt die Möglichkeit einer Fraktur desselben sehr nahe. Hat man sich nicht davon überzeugt, dass die Spitze des Hakens frei zwischen den Schenkeln des Kindes liege, so sind schwere Verletzungen der Weichtheile und Gefässe unausbleiblich. Ein starkes Andrängen des Hakens an die mütterliche Symphyse ist im Stande eine Blasen-scheidenfistel zu setzen (cf. Küstner l. c. P. 1078). „Wurde so stark gegen die hintere Symphysenwand gedrückt, dass eine nicht heilbare Blasen-scheidenfistel die Folge war, (wie ich in einem Falle gesehen habe) so hat der Geburtshelfer gegen die Symphyse gehebelt“.

Gegen diese Gesichtspunkte lässt sich einwenden, nicht der stumpfe Haken als solcher sei hier anzuklagen, sondern der Geburtshelfer, welcher das Instrument falsch gebrauchte. Gar manches segensreiche Instrument, wie z. B. die Zange, wird in der Hand des ungeschickten zu einem äusserst gefährlichen. Einzig und allein aber auf Rechnung des Hakens kommen etwaige Zerreibungen der Femoralgefässe, Excoriationen und Extravasate an der Stelle, wo der Haken gesessen, welche zu Gangrän führen können, und wegen des überfliessenden Urins der Heilung hartnäckigen Widerstand entgegensetzen. Mit Recht sagt Fey (Ueber die Anlegung der Kopfzange an den vorausgehenden Steiss Inaug.-Diss. Marburg 1874 P. 12 ff.) „Sind aber die Spuren, welche der Haken in der kindlichen Hüfte zurückgelassen, nur unbedeutend, so ist man zu dem Rückschluss berechtigt, dass die an ihm entwickelte Kraft nur sehr gering gewesen ist; in diesem Fall hätte die manuelle Hülfe ausgereicht, der Haken aber wurde ohne Noth angewendet.“

Die Nachtheile des stumpfen Hakens theilen die 2 zu einer Zange verbundenen Haken, die sogenannten Steisszangen, wie sie von Steidle, Gergens,

Ruhstrat (cf. Mon. f. Geb. XXXIII) und Iltgen (cf. Beiträge zur Geburtshülfe u. Gyn. I. I.) construiert worden sind. Die von Iltgen angegebene ist wohl noch die beste und hat vor den anderen die von ihm angegebenen Vortheile, dass sie nach Anlegung der Haken immer geschlossen werden kann, dass die Haken sich jedem Höhenstande der Schenkel anpassen und dass die Entfernung der Haken von einander nicht durch die Hände des Geburtshelfers, sondern durch die Grösse des kindlichen Steisses und der mütterlichen Beckenweite entsprechend beeinflusst werde. Heutzutage dürfte wohl kaum noch eine Steisszange in Anwendung kommen und Spiegelberg (cf. Lehrbuch der Geburtshülfe Bd. II. P. 804) bezeichnet sie geradezu als obsolet.

Durch die Einführung des stumpfen Hakens war ein älteres Verfahren ziemlich in Vergessenheit gerathen, nämlich, wie es zuerst von P e u angegeben, eine Schlinge in die Hüftbeuge als Handhabe für die Traktionen einzuführen. Erst in neuerer Zeit wurde sie wieder von H e c k e r empfohlen. (cf. Klinik der Geburtskunde II. 1864. P. 61). Er legt dieselbe nur mit Hülfe der Finger an, was jedoch nicht in allen Fällen, wie er selbst zugesteht, gelingt. P o p p e l (cf. Mon. für Geb. XXXII.) construirte für derartige Fälle ein Instrument nach Art einer Belloc'schen Röhre in der Form des stumpfen Hakens. Schon P e u benutzte einen an seinem Ende mit einer Oese versehenen stumpfen Haken, J o s e p h G r i f f i t h s S w a y n (cf. Schmidt's Jahrb. 1877. P. 208) einen solchen, dessen Ende zurückgebogen ist. Dieser Haken soll, wo möglich, um beide Schenkel des Kindes herumgeführt werden. Dann wird die Schlinge in das umgebogene Ende eingehängt und die Haken zurückgezogen. Als Schlinge dient ihm eine starke Seidenschnur, welche an beiden Enden mit Schleifen versehen

und in der Mitte mit Guttapercha bekleidet und gepolstert ist. Der Griff des Hakens wird, nachdem die Schlinge angelegt ist, abgeschraubt, zwischen den Schleifen an den Enden durchgezogen und zum Ziehen benutzt. Die Anlegung der Schlinge ist schwieriger und zeitraubender, als die des stumpfen Hakens, dabei aber weniger gefährlich, sofern man mit den Fingern auskommt. Ein Bruch des kindlichen Oberschenkels ist bei ihr ebensogut möglich, wie bei dem stumpfen Haken, (cf. Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe Bd. II. P. 805) „weil diese, sobald man die (vordere) Hüfte nach vorn und oben zieht, aus der Schenkelbeuge auf den Schenkel leicht abgelenkt und nun an diesem zieht.“ Im Uebrigen stehen sich Schlinge und Haken, was Excoriationen und Extravasate in der Hüftbeuge, Zerreißen der Femoralgefäße anlangt, vollständig gleich, ja ich möchte mit Spiegelberg l. c. sagen, erstere überbietet noch letzteren „weil jene bei der Applikation sich um ihre Axe umlegt, dadurch und in der Feuchtigkeit der Genitalien sich zu einem rauhen, strangartigen Bande umdreht und als solches in die Weichtheile einschneidet.“ Diesen Missstand sucht die von Joseph Griffiths Swain l. c. construirte, in der Mitte gepolsterte Schlinge zu vermeiden. Sie hat jedoch mit den anderen Schlingen (gewöhnliche seidne Wendungsschlingen) die Schwierigkeit der Applikation gemein.

Hildebrandt (cf. deutsche med. Wochenschrift 1877 No. 27, Münster, zur Therapie der Steisslagen) wählt die Breite des Kreuzbeins als Angriffspunkt für die Schlinge. In der Rückenlage wird z. B. bei vorliegender linker Hinterbacke ein Ende der Schlinge mit der linken Hand um die nach vorn gerichtete Schenkelbeuge, das andere mit der rechten Hand um die nach hinten gerichtete von der Aussenseite der kindlichen

Schenkel her gelegt und die freien Enden zwischen den Schenkeln des Kindes hervorgezogen. Es kommt somit die Mitte der Schlinge über das Kreuzbein zu liegen und die freien Enden werden als Handhabe für den Zug benutzt. Verfasser gibt selbst zu, dass das Anlegen der Schlinge sehr schwierig „(bei rigidem Damm in die hintere Hüftbeuge)“. Bei langsamem Vordringen jedoch und mit Zuhülfenahme der Chloroform-Narkose soll man immer zum Ziel gelangen. In einer Anstalt, wo man den ganzen Geburtsverlauf von Anfang an zu beobachten Gelegenheit hat, wo man sich zeitig zu einem operativen Eingriff entschliessen kann und die nöthige Assistenz zur Seite hat, mag man ja in vielen Fällen zum Ziel kommen, wie aber in der Privatpraxis? Zudem ist das Verfahren auch für die Frucht nicht so absolut gefahrlos. War doch auch in den beiden l. c. mitgetheilten Fällen eine Druckmarke sichtbar, welche quer über das Kreuzbein hin verlief.

In Folge eines diagnostischen Irrthums Levret's (cf. Fey l. c. P. 16 ff.) kam man dazu, Kopffangen an den Steiss anzulegen. Fey entwickelt in seiner Dissertation näher die Methoden und die Aufnahme und Beurtheilung, welche dieses Verfahren von Seiten der Geburtshelfer, wie Wrisberg und dessen Schülern, Scheffel und Spangenberg, Stein dem Aelteren, Weidmann, Schweizhäuser, Lachapelle, Kilian, Baudelocque und Scanzoni erfahren. In vielen Fällen wird man mit der Zange mit Erfolg operiren, allein die Methode hat auch ihre Schattenseiten, denn einmal gleitet die für den Kopf construirte Zange an dem Steiss leicht aus, mag man sie nun anlegen, wie Herr Dr. Hüter empfiehlt, mit den Fenstern über die Trochanteren, oder nach Haacke (cf. Archiv für Gyn. XI. P. 558) so, dass der eine Löffel auf den hinteren

Flächen der Oberschenkel, der andere auf dem os sacrum liegt, die Spitzen sich hinter dem Steiss berühren und die Griffe nach vorn gerichtet sind.

Merkt man, dass das Instrument nicht halte, so wird man sich leicht veranlasst fühlen, die Griffe mehr aneinander zu nähern, und dann kommt das kindliche Becken in Gefahr, die Knochen können sich dislociren oder gar frakturiren. Sodann werden Haut und Weichtheile immer, wenn manchmal auch nur eine kleine Verletzung davontragen, wie das auch F e y zugesteht (l. c. P. 19.) „Von äusseren Verletzungen wurden höchstens kleine blaue Druckstellen u. Abschilferungen der epidermis oberhalb der Darmbeincristen beobachtet, die ja die Zange auch am Kopf hervorbringt, ohne dass je Schaden daraus erwächst“.

Auch in dem ersten der 4 in seiner Dissertation niedergelegten Fällen war die Haut über den Crista ilium excoriirt. Was nun den 2. Theil seines Satzes: „die ja etc.“, anlangt, so kann ich mich nicht mit ihm einverstanden erklären. Sagt er doch selbst P. 12. l. c., wo er die Nachtheile des stumpfen Hakens beleuchtet: „denn der Druck . . . muss . . . zu Excoriationen . . . führen“. die, „vom überfliessenden Urin an der Heilung verhindert, zu Geschwüren . . . führen können“. Nun sind doch nach meiner Ansicht die Hüften des eingewickelten Kindes gerade so gut den Gefahren des Urins ausgesetzt, wie die Hüftbeugen, wenn ich allerdings auch zugebe, dass die Heilungsverhältnisse in der Hüftbeuge ungünstiger liegen.

Herr Dr. Hüter in Marburg wendet seit dem Jahre 1878 mit Erfolg nachstehendes Verfahren an. Ein gewöhnliches Taschentuch wird durch Aufeinanderlegen zweier Zipfel zu einem dreieckigen Tucho umgeformt. Alsdann werden die beiden aufeinanderliegenden Zipfel



derart eingewickelt, dass die Form eines Halstuches herauskommt. Einer der freien Zipfel lässt sich leicht über den Zeigefinger stülpen, welchen man derart bedeckt, von Aussen her um den kindlichen Schenkel herumführt, bis er zwischen den Schenkeln zu fühlen ist. Alsdann wird das Tuch an dem mit dem Zeigefinger um den Schenkel geführten Zipfel zwischen den kindlichen Schenkeln durchgezogen, so dass der dickste Theil desselben in die kindliche Schenkelbeuge zu liegen kommt. Das Verfahren hat vor allen Dingen den Vortheil, dass das Tuch, das man überall zur Hand hat, sich leicht anlegen lässt. Wo man den nackten, hakenförmig gekrümmten Zeigefinger in die Hüftbeuge einführen kann, da steht auch dem mit dem Taschentuch leicht bekleideten kein Hinderniss im Weg. Mithin sind Verletzungen, wie sie bei Einführung des stumpfen Hakens und der instrumentellen Anlegung der Schlinge leicht zu bewerkstelligen, ganz auszuschliessen. Das Taschentuch hat also vor dem stumpfen Haken und der Schlinge schon bei der Anlegung den Vorzug, dass es sich leichter, in viel kürzerer Zeit und gefahrlos anlegen lässt. Wenn schon Münster l. c., wo er bei dem Verfahren Hildebrandt's das Durchführen der Schlinge als schwierig bezeichnet, sagt, es gelinge immer, sobald man nur langsam vorgehe, allmählich mit zwei Fingern bis zur Schenkelbeuge zu kommen und sicher in der Chloroform-Narkose, „wo man durch vollständige Erschlaffung der Damm-Muskulatur Raum gewinnt, um selbst die halbe Hand einführen zu können“; — wie viel leichter wird man dann mit dem Verfahren von Herrn Dr. Hüter zu Wege kommen? — Bezüglich der Schnelligkeit des Anlegens steht also das Verfahren den anderen mit Haken und Schlingen oben an, und bezüglich der Schnelligkeit bei der Extraktion steht es

ihnen zum mindesten gleich. — Endlich ist die Methode für Mutter und Kind am ungefährlichsten. Das zusammengelegte Taschentuch, mag es nun auch von der Feuchtigkeit der Genitalien mitgetheilt bekommen, es stellt immer ein weiches Polster in der kindlichen Hüftbeuge dar. Der Zug ist stets auf eine grössere Fläche verbreitet, ohne das kindliche Femur zu gefährden. Excoriationen und Druckspuren, wie bei den anderen Methoden kommen nie zur Beobachtung.

Nachstehend erlaube ich mir 2 Fälle von Steissgeburten, bei welchen Herr Dr. H ü t e r nach dieser Methode operirte, mitzutheilen.

I.

Am 16. Oktober 1878 Abend gegen 7 Uhr wurde Herr Dr. H ü t e r zur Entbindung einer Erstgebärenden, welche 29 Jahre alt war, nach Elnhausen gebeten.

Um 8 Uhr fand derselbe folgenden Status. Der Uterus war ziemlich stark vorn überhängend und mit dem Fundus nach rechts neigend. Links vor ihm lag eine grössere Partie Dünndarmschlingen. Die Frucht lag mit der Längsaxe in der 1. Diagonale des uterus, der Rücken und Fötal puls links. Rechts im Fundus uteri lag ein dickerer Körpertheil, welchen man für den Kopf halten konnte. Der Uterus war sonst ganz wasserleer.

Bei der exploratio per vaginam fand man zwischen den grossen Schamlippen eine Blase, welche Anfangs für die Fruchtblase gehalten wurde. Bei näherer Betrachtung ergab es sich, dass dieselbe nichts anderes, als das bis fast auf Kindskopfgrösse angeschwollene Scrotum des Kindes sei. Der Steiss des Kindes lag in 1. Stellung tief im Becken. Die links vorn befindliche Afteröffnung klappte, so dass man den Finger einführen konnte. Das

rectum des Kindes war ganz frei von meconium. Der Muttermund war völlig retrahirt. Die Hebamme sagte aus, dass das meconium schon seit dem Blasensprung, welcher gegen Mittag stattgefunden habe, reichlich abgegangen sei, dass die Geburt schon am 15. Oktober Abends ihren Anfang genommen habe und dass der Zustand, wie vorher angegeben, bei der Gebärenden fast 4 Stunden lang bestehe. Sie versicherte zugleich, dass sie nicht früher nach ärztlicher Hülfe habe schicken können, weil es an einem zuverlässigen Boten gefehlt habe.

Die mangelnde Resistenz der Sphincteren des Anus bei dem Kinde liessen keine günstige Prognose für dasselbe zu, aber im Gegensatz dazu konnte man die normale Frequenz des Fötalpulses, welche durch die schwachen und sehr seltenen Wehen gar nicht beeinflusst wurde, mit Sicherheit constatiren. Die Wehen blieben auf die Vorbewegung des Steisses ohne alle Wirkung. Das Einhaken mit dem linken Zeigefinger in die linke Hüftbeuge zum Zweck der Extraktion des Kindes brachte nicht die geringste Wirkung hervor. Herr Dr. Hüter würde sich unter solchen Verhältnissen dazu entschlossen haben, die Kopfzange an den vorliegenden Steiss zu legen, wenn er nicht zufällig die Wahrnehmung gemacht hätte, dass das Tuch, welches auf seinen Knien gelegen, sich zusammengerollt hätte, und ihm dadurch der Gedanke kam, dass ein solches Tuch mit dem dicksten Theil in die Hüftbeuge gebracht, ein sehr zweckmässiges Extraktionsmittel sein könne.

Herr Dr. Hüter, von diesem Gedanken geleitet, liess sich ein Taschentuch geben, welches er in der oben beschriebenen Weise zusammenfaltete. Einen der freien Zipfel des Tuchs stülpte er nun über den rechten Zeigefinger und führte diesen mit dem Tuch über die

linke Hüftbeuge soweit hinweg, dass der Zipfel an der Symphyse des Kindes zu fühlen war. Dort wurde derselbe vom Zeige- und Mittelfinger der linken Hand gefasst und durch Ziehen des Tuchs soweit gebracht, dass der dickste Theil desselben gerade in der Hüftbeuge lag. Das Ziehen mit beiden Händen an den beiden Enden des Tuchs in der Richtung nach vorn und oben — der Richtung der Führungslinie des Beckens entsprechend, — brachte den Steiss zum Einschneiden. Die weitere Extraction des Kindes gelang in der gewöhnlichen Weise. Das Kind begann rasselnd zu respiriren. Eine halbe Stunde nach der Geburt war die Respiration in Folge mehrmaligem Husten völlig frei. Das sehr stark angeschwollne Scrotum wurde der Hebamme zur besonderen Pflege empfohlen. In der Haut der linken Hüftbeuge fand sich nicht die geringste Druckspur.

Bei der Geburt war das Frenulum völlig intakt geblieben.

Die Nachgeburt wurde durch Druck entfernt.

Das Wochenbett verlief günstig für Mutter und Kind. Das Scrotum soll nach Angabe der Hebamme schon am dritten Tag nach der Geburt den gewöhnlichen Umfang wieder angenommen haben.

## II.

Am 7. November 1880 wurde Herr Dr. Hü t e r zur Entbindung einer unverheiratheten Erstgebärenden, welche 24 Jahre alt war, nach Wittelsberg gebeten.

Halb vier Uhr Nachmittags fand er den Uterus in gewöhnlicher Ausdehnung, mit dem Fundus rechts neigend und so wasserleer, dass die Lage des Kindes leicht zu ermitteln war. Die Längsaxe des Kindes befand sich in der ersten Diagonale des Uterus, der Kopf lag

rechts im Fundus, der Rücken und der Fötalpulss ebenfalls rechts.

Der Muttermund war völlig retrahirt. — Der Steiss stand ziemlich tief im Becken, die weiblichen Genitalien waren links, das Steissbein rechts zu fühlen. Die Perinäalline verlief in querer Richtung.

Die Wehen, welche selten und schwach waren, hatten auf die Vorbewegung des Steisses nicht die geringste Einwirkung.

In der Begleitung von Hrn. Dr. Hüter befand sich Herr Dr. med. Rusche, welcher den obigen Befund ebenfalls constatirte und dem Extrahiren des Kindes an dem Steiss zusah. Die Anamnese ergab, dass die Geburt am Abend des 6. November angefangen, dass am Morgen des 7. November das Wasser abgegangen und dass der Status, welchen Herr Dr. Hüter gefunden, 3 Stunden lang gedauert hatte.

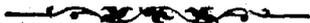
Das Einhaken mit den beiden Zeigefingern abwechselnd in die beiden Hüftbeugen zum Zweck der Extraction des Kindes blieb völlig wirkungslos. Desshalb wurde ein Taschentuch nach Art eines Halstuches zusammengelegt, ein freier Zipfel desselben über den linken Zeigefinger gestülpt und so von Aussen in die rechte Hüftbeuge gebracht, dass der Zipfel mit dem rechten Zeige- und Mittelfinger an den Genitalien des Kindes gefasst und hervorgezogen werden konnte. Das Ziehen wurde so lange fortgesetzt, bis die beiden Enden des Tuches gleich lang erschienen und somit der dickste Theil des Tuches in der rechten Hüftbeuge liegen musste. Durch das mehr nach vorn und oben gerichtete Ziehen an dem Tuch brachte man den Steiss bald zum Einschneiden. Bei der weiteren Extraction wurde die Lösung des linken Armes vorgenommen, — der rechte Arm trat

von selbst zu Tage — und darauf die manuelle Extraction des nachfolgenden Kopfs.

Das Kind kam bald zum Schreien und regelmässigem Athmen. An der rechten Hüftbeuge fand sich nicht die geringste Druckspur. Am Perinaeum war eine kleine Ruptur entstanden.

Die Nachgeburt wurde durch Druck entfernt.

Das Wochenbett verlief für Mutter und Kind in jeder Beziehung günstig.



Adolf Koenig, geboren zu Limburg a. d. Lahn am 7. Juni 1853, katholischer Confession, Sohn des Hofgerichtsrath Koenig und Frau, geb. Sittig.

Ich besuchte die Gymnasien zu Dillenburg und Hadamar und bestand Ostern 1872 die Maturitätsprüfung. Sodann bezog ich die Universitäten Marburg, Würzburg, Heidelberg, Freiburg und Giessen, studirte Anfangs Jurisprudenz, dann Medicin. Am 16. Dezember 1878 absolvirte ich in Würzburg das Tentamen physicum und am 14. Januar 1881 in Giessen die Approbationsprüfung.

Meine Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

Carius, Lieberkühn, Melde, Wagener, Bose, C. Eckhard, von Hippel, Kehrer, Riegel, Seitz, Schneider, Perls, Will, Fick, Geigel, Riedinger, Rindfleisch, Rinecker, Rossbach, von Scanzoni, Wislicenus, Bäumlner, Hegar, Maas, Maier, Manz.

Allen diesen Herren spreche ich hiermit meinen Dank aus.

14230





6940