52451

japni spomin
9/6871 Spisovatelj

DIE

CATHETERISATIO UTERI

ALS

WEHENERZEUGENDES UND WEHENVERBESSERNDES MITTEL.

VON

Dr. ALOIS VALENTA

K. K. ORD. ÖFF. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE IN LAIBACH, D. Z. K. K. SANITÄTSRATH UND VORSITZENDER DES LANDESSANITÄTSRATHES FÜR KRAIN, PRIMARARZT DER LANDSCH. GEBÄR- UND FINDELANSTALT UND ABTHEILUNG FÜR FRAUENKRANKHEITEN, EHRENMITGLIED DES VEREINS DER ÄRZTE IN DER BUKOWINA, MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN, DER K. GESELLSCHAFT FÜR GEBURTSHILFE IN BERLIN, DES VEREINS DER ÄRZTE IN KRAIN, STEIERMARK U. S. F.

WIEN 1871.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

Werke über Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten

aus dem Verlage

von **Wilhelm Braumüller**, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in **Wien.**

Arneth, Dr. F. H., ehem. Assistent an der zweiten Gebärklinik in Wien. Die geburtshilfliche Praxis, erläutert durch Ergebnisse der II. Gebärklinik in Wien und deren stete Vergleichung mit den statistischen Ausweisen der Anstalten in Paris, Dublin u. s. w. gr. 8. 1851. 1 fl. 50 kr. — 1 Thlr.

— — Ueber Geburtshilfe und Gynaekologie in Frankreich, Grossbritannien und Irland. Grösstentheils nach Reiseergebnissen. gr. 8. 1853. 3 fl. — 2 Thlr.

Bednař, Dr. Alois, Docent der Kinderkrankheiten an der k. k. Universität, g. pr. Primararzt der k. k. Findelanstalt in Wien. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. gr. 8. 1856. 6 fl. — 4 Thlr.

— — Kinder-Diätetik oder naturgemässe Pflege des Kindes in den ersten Lebensjahren, mit besonderer Berücksichtigung der noch dabei herrschenden Irrthümer und Vorurtheile. 8. 1857. 1 fl. 50 kr. — 1 Thlr.

Braun, Dr. Carl R., o. ö. Professor der theoretischen Geburtshilfe und der geburtshilflichen Klinik für Aerzte an der k. k. Universität in Wien. Lehrbuch der Geburtshilfe mit Einschluss der operativen Therapeutik, der übrigen Fortpflanzungs-Functionen der Frauen und der Puerperal-Processe. Zweite Auflage (in Vorbereitung.)

Braun, Dr. Gust. Aug., o. ö. Professor der Geburtshilfe, Frauen- und Kinderkrankheiten a. d. k. k. Josefs-Akademie in Wien. Compendium der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. gr. 8. 1860. 3 fl. — 2 Thlr.

— — Compendium der Kinderheilkunde. Zweite vermehrte Auflage. gr. 8. 1871. 4 fl. 50 kr. — 3 Thlr.

— — Compendium der Frauenkrankheiten. gr. 8. 1863. 3 fl. 50 kr. — 2 Thlr. 10 Ngr.

— — Compendium der Geburtshilfe. gr. 8. 1865. 4 fl. 50 kr. — 3 Thlr.

Dillnberger, Dr. Emil, Physikus in Neusohl. Therapeutisches Recept-Taschenbuch für Frauen- und Kinderkrankheiten nach der Wiener Schule. Zweite Auflage. 16. 1870. 1 fl. 50 kr. — 1 Thlr.

Herzfeld, Dr. S., em. Physikus der Freistadt Güns, Honorar-Physikus und praktischer Arzt. Die Krankheiten des Kindesalters vom Standpunkte des praktischen Arztes. Auf Grundlage vieljähriger Erfahrung. gr. 8. 1869. 2 fl. 50 kr. — 1 Thlr. 20 Ngr.

DIE

CATHETERISATIO UTERI

ALS

WEHENERZEUGENDES UND WEHENVERBESSERNDES MITTEL.

VON

Dr. ALOIS VALENTA

K. K. ORD. ÖFF. PROFESSOR DER GEBURTSHILFE IN LAIBACH, D. Z. K. K. SANITÄTSRATH UND VORSITZENDER DES LANDESSANITÄTSRATHES FÜR KRAIN, PRIMARARZT DER LANDSCH. GEBÄR- UND FINDELANSTALT UND ABTHEILUNG FÜR FRAUENKRANKHEITEN, EHRENMITGLIED DES VEREINS DER ÄRZTE IN DER BUKOWINA, MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN, DER K. GESELLSCHAFT FÜR GEBURTSHILFE IN BERLIN, DES VEREINS DER ÄRZTE IN KRAIN, STEIERMARK U. S. F.

WIEN 1871.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

49606

52451

DRŽ. BIBLIOTEKA V LJUBLJANI

Vorwort.

Im Jahre 1857, nachdem die Catheterisatio uteri durch Simpson-Krause als das beste und sicherste Mittel zur Einleitung der künstlichen Fehl- oder Frühgeburt, somit als ein wehenerzeugendes Mittel, dann, wo noch keine Spur von Wehenthätigkeit wahrzunehmen ist, angerühmt und von vielen Autoren in dieser Richtung bereits versucht und auch als wirksam erprobt worden war, kam ich ganz aus eigenem Antriebe auf den Gedanken, die Catheterisatio uteri auch damals zu versuchen, d. h. in Anwendung zu ziehen, wenn die Geburt bereits von selbst begonnen, um den weiteren Geburtsverlauf bei sonst regelrechten Wehen ob eingetretener Nothwendigkeit zu beschleunigen, oder um thatsächlich schwächer gewordene Wehen zu verstärken, somit in beiden Fällen wehenverbessernd zu wirken. Diese meine Versuche begann ich im Jahre 1860 u. s. f. in der Wiener medizinischen Presse zu veröffentlichen.

Auf die nunmehr durch 12 Jahre gemachten Erfahrungen gestützt, lege ich die von mir gesammelten Thatsachen über die Wirkung der Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel bei schon begonnener Wehenthätigkeit, welche Methode

ich meines Wissens zuerst in die Praxis und Literatur einführte, so wie als wehenerzeugendes Mittel zur Einleitung der künstlichen Fehl- oder Frühgeburt dem ärztlichen Publikum mit der Bitte vor, diese Beobachtungen und ihre Resultate einer eingehenden Prüfung im Interesse meiner Fachwissenschaft unterziehen zu wollen.

Laibach, im Dezember 1870.

Prof. Valenta.

Inhalt.

Seite

Einleitung 1

A. Casuistik 3

I. Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel behufs Unterbrechung der Schwangerschaft, sogenannte künstliche Fehl- und Frühgeburten 3

II. Die Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel 34

1. Als geburtsbeschleunigendes Mittel, um an und für sich regelrechte Wehen zu verstärken 34

2. Die Catheterisatio uteri als wehentreibendes Mittel, um regelwidrig schwache Wehen zu bessern 54

a) Vor dem Blasensprunge 54

b) Nach dem Blasensprunge 82

B. Tabellarische Uebersicht 95

C. Erläuterungen 107

1. Die technische Ausführung der Katheterisation 107

2. Ueber den Erfolg der intrauterinen Katheterisation 113

a) Im Allgemeinen 113

b) Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel 119

c) Die Catheterisatio uteri als geburtsbeschleunigendes Mittel, um sonstens entsprechende, regelrechte Wehen zu verstärken 120

d) Die Catheterisatio uteri als wehentreibendes Mittel 122

1. Vor dem Blasensprunge 122

2. Nach dem Blasensprunge 124

D. Schlussfolgerungen 126

Inhalt.

DIE CATHETERISATIO UTERI.

DIE CATHETERISATIO UTERI.

Einleitung.

Mit der Catheterisatio uteri verhält es sich so, wie mit dem Ei des Columbus; es kommt einem unglaublich vor, dass man auf ein so einfaches Verfahren zur Erregung der Wehenthätigkeit erst jetzt verfallen konnte — — und dennoch müssen sich alle practischen Geburtsärzte dem Entdecker-Paare Simpson-Krause bezüglich dieser weittragenden Entdeckung zum grössten Danke verpflichtet fühlen. — Wenn auch schon in der That die bereits eingeführte Bezeichnung „Simpson-Krause'sche Methode" der Lohn und die beste Anerkennung der Gegenwart ist, so lohnt sich jede wichtige Entdeckung selbst am meisten durch ihre Unvergänglichkeit, und so werden ob der Einführung dieser Methode zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft beider Namen in der Literatur der Geburtshilfe unvergänglich als leuchtende Sterne glänzen, denn ich bin fest überzeugt, dass diese Methode alle übrigen ob ihrer Zahl kaum mehr leicht im Gedächtnisse zu behaltenden Methoden verdrängen wird; ja ich glaube mit Recht schon den Ausspruch thun zu können, dass diese Methode zur Erregung der künstlichen Frühgeburt bereits alle andern diessbezüglichen Methoden verdrängt hat, indem die Catheterisatio uteri in der That sämmtlichen an eine zuverlässige, dabei aber schonende Methode zu stellenden Anforderungen ganz und gar entspricht.

Ganz nahe lag es dann, um den Vergleich mit dem Ei des Columbus nicht nochmals zu wiederholen, die schon von selbst durch die Naturkräfte angeregte, jedoch nicht ausreichende Wehenthätigkeit in sich ergebenden Fällen durch die Catheterisatio uteri zu verstärken, oder wie man kurz zu sagen pflegt, hiedurch die Wehen zu verbessern, mit einem Worte die Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel zu versuchen, um, falls deren Wirksamkeit sich in dieser Rich-

tung bewähren sollte, in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen von Wehenschwäche das durchaus wenigstens für das Kind nicht unschädliche und überdiess nicht immer sicher wirkende Secale cornutum sammt seinen Präparaten möglichst zu verdrängen, und auch andere sowohl wehenerregende als wehenersetzende Mittel hiedurch nach Thunlichkeit zu beseitigen.

„In der Catheterisatio uteri besitzen wir in der Geburtshilfe ein sehr sicher wirkendes und dabei schonendes wehentreibendes Mittel.“ — Diesen Ausspruch that ich im Jahre 1860. — Die nachfolgende streng objectiv und wahrheitsgetreu gehaltene Casuistik — 68 Beobachtungen umfassend — soll den Beweis liefern, ob der obige Satz sich bewährt hat, oder nicht.

Die Casuistik schliesst alle mir seit dem Jahre 1857 vorgekommenen Fälle von Catheterisatio uteri ein, deren Veröffentlichung ohne jedwede subjective Rücksicht geschah, um eben dem etwaigen Vorwurfe in vorhinein zu begegnen, als ob ich nur jene Fälle berücksichtigte, welche, sei es in dieser oder jener Richtung, in meinen vorgesetzten Plan gleichsam hineintaugten.

Bei meinen Beobachtungen hatte ich, wie gesagt, den doppelten Standpunkt vor Augen, einmal die allerdings schon ausser allem Zweifel stehende Wirksamkeit der Catheterisatio uteri als wehenerzeugendes Mittel noch mehr hiedurch festzustellen, und dann dieselbe bei schon begonnener Wehenthätigkeit als wehenverbesserndes Mittel zu erproben; demgemäss ist nun die Casuistik auch eingetheilt und zwar:

I. Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel, um aus sich ergebenden unabweisbaren Gründen die Schwangerschaft zu unterbrechen, d. h. eine künstliche Fehl- oder Frühgeburt zu bewirken.

II. Die Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel: a) um an und für sich regelrechte Wehen, wegen eines bestimmten Zweckes rasch noch möglichst zu verstärken, somit geburtsbeschleunigend zu wirken, oder b) um thatsächlich schwache Wehen zu heben, somit wehentreibend zu wirken, und wurde hiebei weiters stets der Umstand in genaue Würdigung gezogen, ob die Fruchtblase noch stand, oder bereits gesprungen war.

An die Casuistik glaubte ich eine obiger systematischer Anordnung entsprechende tabellarische Uebersicht als am zweck-

entsprechendsten um so mehr anschliessen lassen zu müssen, da zu einem richtig prüfenden Urtheile über diese Methode — pro oder contra — bei dieser immerhin nennenswerthen Beobachtungszahl nur ein Gesammtüberblick zu verhelfen vermag, und einen solchen biethet am besten ein Gesammtbild d. i. eine systematisch geordnete tabellarische Uebersicht, — an welche sich wieder logisch zum Schlusse die hieraus zu ziehenden Folgerungen anreihen lassen.

A. Casuistik.

I. Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel behufs Unterbrechung der Schwangerschaft, sogenannte künstliche Fehl- und Frühgeburten.

I. Fall. Künstliche Frühgeburt zur Lebensrettung der Mutter ob hochgradiger Cyanose.

M. Theresia, 31 Jahre alt, von St. Jacob gebürtig, zum zweiten Male schwanger, ward sub Prot. Nr. 76 am 31. December 1859 um 9¼ Abends mit folgendem Status an die Anstalt überbracht: die schwangere Patientin bot die Zeichen der höchsten Athemnoth dar, ihr angstvolles Gesicht war dunkel-blauroth. Die Percussion ergab nirgends eine deutliche Dämpfung, allseitig war grossblasiges Rasseln hörbar, der erste Herzton unrein, der Puls 132, und die Patientin, welche bei vollem Bewusstsein war, konnte nur mit über den Bettrand herabhängenden Füssen sitzen.

Die geburtshilfliche Untersuchung ergab: den Gebärmuttergrund bis an den Schwertknorpel reichend, die Gebärmutter selbst hatte eine runde Gestalt und war unempfindlich (stets schlaff), das Kind hatte eine veränderliche Schädellage, innen stand Alles hoch, der Scheidentheil nach hinten gekehrt, jedoch war der ballotirende Schädel durch das Scheidengewölbe deutlich erkennbar, die Vaginalportion über ½" lang und derb, der Halskanal gegen 1" lang, in der Mitte geknickt, das Orif. intern. für die Fingerspitze geöffnet.

Bei diesen Umständen und dem Erfahrungssatze gemäss, dass bei einem so hochgradigen acuten Katarrhe und Oedeme der

Lungen die Unterbrechung der Schwangerschaft das einzig mögliche Rettungsmittel ist, ward sogleich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geschritten und hiezu die Simpson-Krause'sche Methode gewählt.

Mit Mühe ward in der Knie-Ellbogenlage der Kranken um $9^1/_2$ Uhr Abends ein englischer elastischer Catheter mit dem Mandrin, da es ohne selben nicht gelang, bis zu dem innern Muttermunde eingeführt und hierauf ohne Mandrin an der hintern Gebärmutterwand so weit vorgeschoben, dass er kaum 1" aus der Schamspalte hervorragte, wobei einige Tropfen Blut abgingen.

Schon um 10 Uhr 5 Minuten fühlte sich die bis dahin immer schlaff gebliebene Gebärmutter gespannter an, zehn Minuten später klagte die Patientin bereits über Bauchschmerzen. — Da jedoch die Cyanose und Athemnoth um $10^1/_2$ Uhr ein tödtliches Ende befürchten liess, ward mit Erfolg eine ausgiebige Venaesection vorgenommen. — Um 2 Uhr Früh gab die Kreissende Kreuzschmerzen an, und nun folgten die Wehen so regelrecht und kräftig aufeinander, dass um $6^1/_2$ Uhr Früh der Scheidentheil und um $9^3/_4$ Uhr der Muttermund bereits verstrichen war und die Fruchtblase vor die Schamspalte herausgedrängt wurde. Nach Entfernung des Catheters ward nun die Blase künstlich gesprengt, worauf 10 Minuten später unter Einem die Geburt eines cyanotischen, todten 8monatlichen Mädchens in einer zweiten Schädellage sammt der Nachgeburt erfolgte. Die ganze Geburt hat somit $12^3/_4$ Stunden gedauert.

Die Kranke fühlte sich alsogleich bedeutend erleichtert, indem die Athemnoth sich sichtlich vermindert hatte und ward noch am selbigen Tage auf die medizinische Abtheilung transferirt, von wo sie am 4. Februar gesund entlassen wurde.

II. Fall. Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Eclampsie.

T. M., 19 Jahre alt, aus Laibach gebürtig, war am 24. März 1860, laut Prot. Nr. 145 hochschwanger in die Anstalt gekommen; selbe war eine Erstgeschwängerte von kleiner Statur, untersetzt, gut genährt und ausser einem Oedem an den Füssen konnte bei ihr nichts Krankhaftes bemerkt werden.

Die geburtshilfliche Untersuchung ergab eine zweite veränderliche Schädellage, innerhalb Alles sehr gut aufgelockert, den

Scheidentheil etwas über $^1/_4$" lang, den äusseren Muttermund glatt, für den Finger geöffnet, die ganze Gebärmutter bereits sehr reizbar. Sie befand sich allen Erscheinungen nach am Ende der Schwangerschaft. Ihr Wohlbefinden war stets gleich bis zum 6. April, wo sie über Appetitmangel, Mattigkeit, Anwandlungen zur Ohnmacht klagte. Nachdem sie in der Nacht vom 6. auf den 7. April dreimal erbrochen hatte, klagte sie bei der Morgenvisite über heftigen Kopfschmerz, übrigens war der Puls 72 und sonst nichts objectives Pathologisches nachweisbar. Sie ward zu Bette gebracht und Ruhe, strenge Diät, kalte Umschläge auf den Kopf wurden verordnet.

Plötzlich um $12^1/_2$ Uhr Mittags soll sie einen solchen Krampfanfall bekommen haben, dass sie aus dem Bette gefallen sei, worauf sie jedoch alsogleich zum Bewusstsein gekommen sein soll. $1^1/_4$ St. später trat ein 2. Anfall ein, nach welchem sie nicht mehr zum Bewusstsein kam. — Um 1 Uhr, als ich in die Anstalt kam, trat ein so vehementer 3. Anfall ein, dass sie blauschwarz im Gesichte war, und sonst alle übrigen Erscheinungen einer Eclampsia puerperalis darbot. Therapie: Eisumschläge, Venaesection von 6 Unzen.

Als dessen ungeachtet $1^1/_4$ Uhr wieder ein Krampfanfall eintrat, und die Gefahr einer Apoplexia cerebri sichtlich sich steigerte, ward abermals eine Venäsection von 10 Unzen vorgenommen, mit dem Erfolge, dass der $^1/_4$ Stunde später eintretende 5. Anfall schon bedeutend kürzer und schwächer war, obschon sich 6 Minuten später ein 6. Anfall einstellte. Dieser Anfall wurde nun durch Chloroform- und Schwefeläther-Narcose derart coupirt, dass kurz vor 3 Uhr die Kreissende wieder ihr Bewusstsein erlangte: — es wurden nun 5 Blutegel am Warzenfortsatze gesetzt, und ihr in Abständen von 10 Minuten 3 Dosen von $^1/_{12}$ gr. Morphium gereicht, wodann sie ruhig einschlief bei einem Pulse von 96. Als sie erwachte, jammerte sie, dass sie blind sei, und klagte über Schmerzen im Auge und Photophobie, beide Pupillen reagirten gegen das Licht sehr stark. Die Eisumschläge und kleine Dosen von Morphium wurden fortgesetzt. Im Harne war bedeutend viel Eiweiss und liessen sich mikroskopisch Faserstoffcylinder nachweisen.

Was die geburtshilfliche Behandlung anbelangt, so wurde dem Erfahrungssatze zu Folge, dass die baldige Entleerung des Fruchthalters das sicherste Mittel gegen die Eclampsie sei, also-

gleich künstlich die Geburt eingeleitet, und hiezu die Simpson-Krause'sche Methode gewählt. Nach 1 Uhr wurde bei einem beiläufig $^1/_4$" weiten sonst wulstigen Orificium der Catheter ohne Mandrin in der Rückenlage der Patientin so weit nach hinten eingeführt, dass er 1" aus der Schamspalte sichtbar blieb. Der Erfolg war so sichtlich, dass um $2^1/_4$ Uhr der Muttermund bereits über 1 Zoll weit war.

Die Wehen traten von nun an so regelrecht ein, dass um $8^1/_2$ Uhr Abends der Muttermund nahezu verstrichen war; als hierauf die Blase sprang und missfärbiges Fruchtwasser abfloss, und um 9 Uhr Abends ein 7. eclamptischer Anfall eintrat, ward ohne Zaudern, nach Entfernung des Catheters, die Zange angelegt. Obwohl die Extraction so rasch als möglich vollführt und durch Episiotomie unterstützt wurde, konnte dessen ungeachtet $^1/_4$ Stunde später nur ein scheintodter Knabe, der nicht mehr zum Leben kam, entwickelt werden; das Hinterhaupt hatte sich bei der Entwicklung nach rückwärts gedreht.

Da die Anstalt damals noch nicht im Besitze einer Hunter'schen Spritze zu subcutanen Injectionen war, so konnte man diese Methode zur Coupirung der Anfälle nicht in Anwendung ziehen. Erst der letzte Anfall reizte mich zu einem rohen Versuche; es wurden auf der rechten und linken Schulterhöhe subcutane Einstiche gemacht und mittelst einer gut schliessenden montirten Glasspritze je $^3/_4$ gr. Morphium injicirt.

Wie dem immer sei, war die Entleerung des Fruchthälters Schuld, oder waren es die Injectionen, kurz, es trat kein Anfall mehr ein. Die Patientin befand sich noch des anderen Tages in einem schlaftrunkenen Zustande, übrigens war bei der Morgenvisite das Augenlicht wieder hergestellt. Nachdem am 16. April kaum mehr Spuren von Eiweiss zu entdecken waren, ward sie mit Diarrhoe auf die medizinische Abtheilung transferirt, von wo sie seiner Zeit gesund entlassen wurde.

Von geburtshilflichem Interesse war die eclatante Wirkung der Catheterisatio uteri, denn trotzdem, dass der Catheter zu einer Zeit, wo noch gar keine Wehenthätigkeit vorhanden gewesen, eingeführt wurde, war schon 9 Stunden darauf die Geburt vollendet.

Allgemeines Interesse bot die plötzlich eingetretene Blindheit und Photophobie, welche Zustände nach Aufhören der eclamptischen Anfälle alsbald sich wieder von selbst verloren.

III. Fall. Künstliche Frühgeburt wegen Zwergwuchs. — Blutsturz ob Lähmung der Placentarstelle.

A. M., 27 Jahre alt, aus Krain gebürtig, wurde laut Prot.-Nr. 165 am 3. Mai 1861 als schwanger in unsere Anstalt aufgenommen. — Die ob ihrer auffälligen Kleinheit alsbald vorgenommene Messung ergab, dass selbe kaum 51 Wiener Zoll hoch war, und da die einzelnen Körpertheile, insbesondere die Gliedmassen, ihrer kleinen Statur vollkommen entsprachen, konnte man sie mit Recht zu den Zwergen rechnen. — Sie war übrigens wohl genährt und gesund, auch keine Spur von Rhachitis auffindbar; über das Ausbleiben der Menses wusste sie keine Auskunft zu geben, ebenso über ihre erste Schwangerschaft nur ungenügende Daten, sie sei von der Geburt damals überrascht worden und das Kind sei nicht reif und sehr klein gewesen. Die geburtshilfliche Untersuchung ergab Nachfolgendes: Der Grund der Gebärmutter reichte bis zum rechten Rippenrande, die Gebärmutter selbst hatte ob Hydramnios eine mehr runde Gestalt, das Kind hatte eine veränderliche Schädellage; durch den hoch stehenden Fornix vaginae war undeutlich der ballotirende Kindsschädel fühlbar, die portio vaginalis war gegen $^3/_4$", der Halskanal gegen $^5/_4$" lang und hatte eine trichterförmige Gestalt, das orif. int. war kaum für die Fingerspitze geöffnet; die linea terminalis des Beckens war mit Leichtigkeit in ihrem ganzen Umfange abzutasten, ebenso das Promontorium ungemein leicht erreichbar. — Eine genauere Beckenmessung ergab: Diagon.-Conjugata 3" 10‴, Conjug. int. 3" 4‴, Conjug. ext. 6" 5‴. Abstand: der spinae super. oss. ilei 7" 6‴, der cristae oss. ilei 8" 4‴, der Trochanteren 10" Wiener Mass. — Diagnose: Wir hatten es somit mit einem gleichmässig verengten Becken (Beckenenge 2. Grades) zu thun, und die Schwangerschaft schien, alle sonstigen Nebenumstände berücksichtigend, gegen das Ende des 9. Lunar-Monates vorgerückt zu sein.

Da unter den obwaltenden Umständen eine derartige natürliche Abhilfe wie bei der ersten Schwangerschaft, nämlich das selbstständige Eintreten einer Frühgeburt nicht zu erwarten war — dagegen bei noch längerer Fortdauer der Schwangerschaft das Missverhältniss zwischen Kind und mütterlichem Becken sich immer mehr herausbilden musste und offenbar bei der am regelrechten Schwangerschaftsende eintretenden Geburt beide, Mutter

und Kind, in grosse Gefahr kommen würden, schien es nicht nur angezeigt, sondern vollkommen gerechtfertigt, dasselbe, was die Natur bei der ersten Schwangerschaft mit solchem Erfolge zufällig geleistet hatte, nun absichtlich nachzuahmen, nämlich die Schwangerschaft zu unterbrechen, d. h. alsbald die künstliche Frühgeburt einzuleiten; — welche denn auch nach erhaltener Einwilligung von Seite der Mutter nach der Simpson-Krause'schen Methode in der That eingeleitet wurde; der Geburtsverlauf war folgender:

Am 11. Mai $8^1/_4$ Uhr Früh wurde in der Rückenlage der Schwangern ein englischer, elastischer Catheter bis zum orif. int. mit, dann aber ohne Mandrin in der Mittellinie des Beckens nach rückwärts in den Uterus eingeschoben; da jedoch derselbe eine Viertelstunde später herausfiel, so wurde er abermals und zwar nach rechts und rückwärts unter allmäligem Herausziehen des Mandrins in die Gebärmutterhöhle eingeführt und zwar so weit, dass von selben fast nichts mehr in der Schamspalte sichtbar war. Schon drei Viertelstunden später bemerkte man beim Befühlen des Uterus geringe Zusammenziehungen desselben, wozu sich um 12 Uhr 50 Minuten Bauchschmerzen und um 11 Uhr 26 Minuten Nachts Kreuzschmerzen gesellten. — Am andern Tage um $8^1/_2$ Uhr Morgens war der Muttermund bereits 3 Zoll weit und die Fruchtblase stellte sich; wesshalb ob des gleichzeitig vorhandenen Hydramnios zur Fixirung des ballotirenden Schädels die Blase künstlich gesprengt wurde, worauf in reichlicher Menge normal beschaffenes Fruchtwasser abfloss. — $1^1/_2$ Stunden später, d. i. um 10 Uhr Früh am 12. Mai, erfolgte in einer I. Schädellage unter sonst ganz normalem Mechanismus die Geburt eines Knaben, der ein Gewicht von 4 Pfund und eine Körperlänge von 17" 1"' hatte, und dessen Schädel in der Peripherie 12" 11"' und im grossen Querdurchmesser 3" 4"' mass, somit der gestellten Diagnose entsprach; — die Nachgeburt kam alsbald von selbst. — Die Geburt hatte im Ganzen, vom Einlegen des Catheters gerechnet, nur 26 Stunden gedauert, es wurden vom Beginne der Kreuzschmerzen 132, und vom Einlegen des Catheters 288 Uteruskontraktionen beobachtet.

So glücklich auch die Geburt verlaufen, nicht so war es der Fall mit dem Wochenbette. — $^3/_4$ Stunden nach der Geburt trat ein derartiger Blutsturz ein, dass die Wöchnerin aus einer Ohn-

macht in die andere verfiel; als dessen Ursache musste man eine Lähmung der Placentarstelle annehmen, weil, wenn die Gebärmutter sonstens hart anzufühlen, d. h. zusammengezogen war, man immer dem gewöhnlichen Sitze des Mutterkuchens entsprechend am Grunde des Uterus nach rechts hin eine weichere Partie vorfand, welche gegen die Gebärmutterhöhle eingesenkt war; um so mehr musste man diess annehmen, als beim Reiben des Uterus derselbe sich stets im ganzen Umfange mit Ausnahme dieser Stelle zusammenzog. — Konsequentes Auflegen von Eisumschlägen auf die Uterusgegend, ein Klystier von Secale cornutum, Einnehmen von Bonjean's Ergotin, eine belebende Arznei (Aquae menthae unc. quat., Tct. cinnamom. drch. j. Syr. cinnam. et cort. aurant. aa unc. semis) stillten zwar die Blutung, aber dennoch setzten unter stetem Erbrechen die Ohnmachten nicht aus, und liessen erst auf die schliessliche Anwendung von einigen $^1/_{12}$ gr. fassenden Morphiumsdosen nach, was sehr begreiflich, da die Patientin trotz ihres Zugeständnisses zur Operation in der sicheren Ueberzeugung war, die Operation nicht zu überleben, also ihr Nervensystem ungemein aufgeregt war — erst nach Verlauf von 3 Stunden konnte die Wöchnerin als ausser Lebensgefahr befindlich bezeichnet werden.

Das eigentliche Wochenbett verlief hierauf ohne jedwede Reaktion, vorsichtshalber wurde die ersten Tage Murias chinini verabreicht; der Uterus war stets unschmerzhaft und gut zusammengezogen, bis auf jene Placentarstelle, welche sich noch einige Tage eingesenkt fühlen liess, aber keine weitere Blutung mehr verursachte. — Die Mutter fühlte sich von Tag zu Tag besser, säugte ihren Knaben selbst und wurde 3 Monate später gesund von der Findelanstalt entlassen und kurz darauf auch das Kind, gesund und kräftig aussehend, in die Landpflege übergeben.

IV. Fall. Künstliche Frühgeburt ob eines allgemein verengten rhachitischen Beckens.

G. J., eine 28 Jahre alte IIpara, wurde am 19. November 1862 unter Prot. Nr. 41 als Schwangere in die Anstalt aufgenommen. Die alsbald vorgenommene Untersuchung liess den Grund der Gebärmutter handbreit unter dem proc. xyph. auffinden, das Kind hatte eine vollkommen veränderliche Schädellage inne, die Herztöne waren derzeit deutlich rechts zu hören; fornix

vaginae war leer, portio vag. war sehr derb, $^3/_4$" lang, das orif. ext. noch geschlossen, der Vorberg auffällig leicht erreichbar (Diagonal-Conjugata mass 3" 6‴), ebenso liess sich die linea terminalis fast in ihrem ganzen Umfange abfühlen, das Steiss-Kreuzbeinende war hakenförmig aufgekrümmt.

Das bezügliche Individuum hatte im Jahre 1859 an der hiesigen Klinik geboren; die damalige Geburt dauerte 54 Stunden und war eine sehr schwierige, der Kopf des in I. Schädellage zur Geburt stehenden Kindes musste mittelst der Zange und die Schultern mittelst des Hakens entwickelt werden. Das scheintodte Kind starb $^3/_4$ Stunden nach der Geburt an einer Apoplexia basilaris und die Mutter machte eine Peritonitis durch.

Bei der Entlassung wurde ihr eindringlichst zugeredet, falls sie je wieder schwanger werden sollte, möge sie sich ja frühzeitig zur Aufnahme in die Anstalt melden, indem nur durch eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft bei ihrer Kleinheit — (Zwergwuchs) — die Geburt eines lebenden Kindes möglich sei.

Ueber die letzten Menses wusste sie keine Auskunft zu geben, dagegen will sie mit absoluter Gewissheit die erste Kindesbewegung diesmal am 1. Oktober deutlich wahrgenommen haben, hierauf und den obigen Befund sich stützend, war daher so beiläufig um den 23. Februar 1863 der spontane Eintritt der rechtzeitigen Geburt zu erwarten, und die Schwangere konnte daher jetzt erst im Anfange des 8. Monats ihrer Schwangerschaft sein; es wurde somit beschlossen, selbe noch einen Monat hindurch weiters zu beobachten, um alsdann, falls die bis dahin eingetretenen Veränderungen die dermalige Diagnose bestätigt haben würden, mit ihrer Zustimmung die künstliche Frühgeburt einzuleiten.

Am 26. Dezember wurde in Gegenwart mehrerer Aerzte eine zweite genaue Untersuchung vorgenommen. Der Grund der Gebärmutter stand bereits 2 Finger unter dem proc. xyph., die Bauchdecken waren noch schlaff und faltbar, das Kind hatte eine veränderliche Schädellage inne; der fornix vag. war leer, die port. vag. noch über $^1/_2$", jedoch am orif. ext. bereits weicher und aufgelockerter, und man konnte durch dasselbe gegen $^1/_2$" weit in den Halskanal vordringen, daselbst war derselbe derb und geschlossen. Das ganze wohlgenährte Individuum war von einem vollkommen symmetrischen Zwergwuchse und hatte ein Ge-

wicht von 86 Pfund W. G. Die Beckenmessung ergab eine Diag. conjugata von 3" 6‴, eine Entfernung der spinae oss. ilei ant. sup. von 8" 10‴, der Cristae von 10" und der Trochanteren von 10" 10‴, die Conjugata ext. mass 6" 6‴; — es musste hier eine allgemeine Verengerung des Beckens angenommen werden, um so mehr, als auch die Durchmesser des Beckenausganges sich streng in der normalen Länge hielten, während ja sonst bei gewöhnlichen rhachitischen Becken der Ausgang bedeutend den Normaldurchmesser überwiegt. Bei diesen Verhältnissen ward nun einstimmig beschlossen, es sei das Einleiten der künstlichen Frühgeburt das einzige rationelle Hilfsmittel, zugleich wurde jedoch der Zeitpunkt zu diesem Eingriffe auf weitere 14 Tage hinausgeschoben, indem die Schwangerschaft im Vergleiche mit dem am 19. November gemachten Befunde kaum den Anfang des 9. Monates erreicht haben dürfte, und man sich mit weiterer Bezugnahme auf die von dem ersten Kinde aufnotirten Kopfmasse (Kopfperipherie 12" 7‴, Längendurchmesser 4" 1‴) für die Mitte des 9. Monates als den geeignetsten Moment hiezu entschloss. Nach 14 Tagen d. i. am 10. Jänner 1863 fand man den Uterusgrund bis zum Schwertknorpel emporgestiegen, die Bauchdecken sehr gespannt, das Kind hatte eine I. veränderliche Schädellage; die port. vag. noch immer über ½", der Halskanal gegen 1" und das orif. int. bereits für die Fingerspitze offen. Obschon ich nun keinen Aufschub der Operation zugeben wollte, musste ich mich dem Majoritätsbeschlusse, welcher das rasche Emporsteigen und Wachsen der Gebärmutter nur einem Hydramnion zuschrieb und die Operation auf den 22. Jänner verschoben haben wollte, fügen.

Am selbigen Tage war der Grund der durch vermehrte Amnionflüssigkeit rundlich ausgedehnten Gebärmutter knapp unter den rechten Rippen fühlbar, der ballotirende Schädel (I. Pos.) durch den Fornix wahrnehmbar, die Vaginalportion, obschon weicher, noch ½" Zoll lang, ebenso der Kanal 1", aber das orif. int. bequem für den Finger durchgängig. Nachdem das Consilium nunmehr die Unterbrechung der Schwangerschaft zugab, wurde hiezu über meinen Vorschlag die Catherisatio uteri als die zweckmässigste und schonendste Methode angenommen und um 10 Uhr Morgens vollführt.

In der Rückenlage der Schwangern wurde ein englischer elastischer Catheter bis zum orif. int. mit, dann ohne Mandrin

in die Uterushöhle, wie in den früheren Fällen eingeführt, worauf die Schwangere bald eine Art von Bauchgrimmen angab. Um 12 Uhr 15 M. Mittags wurde die erste deutliche Wehe wahrgenommen und jetzt folgten bis 7 Uhr 20 M. Abends regelrecht 88 Wehen, das Orif. ward hiedurch bereits auf 2" erweitert. Bei dieser nun bereits vollkommen geregelten Wehenthätigkeit schien der Zweck der Catheterisation erreicht und wurde deshalb um diese Zeit der Catheter entfernt, eine Voraussetzung, welche sich auch richtig bestätigte, indem nach weiteren 53 kräftigen Wehen um 9 Uhr 20 M. Abends bei verstrichenem Muttermunde die Blase sprang und auch hinterher die Wehen sehr kräftig und rasch aufeinander folgend blieben. Leider erfüllte sich nun meine Ahnung, dass die Schwangerschaftsdauer, resp. das Wachsthum des Kindes, bereits für die Beckenräumlichkeit zu weit vorgeschritten sein dürfte, denn nun stellte sich immer deutlicher und deutlicher das Missverhältniss zwischen Kopf und Becken heraus, indem trotz weiterer kräftiger 95 Wehen der am Beckeneingange querstehende Schädel nicht nur nicht herabrückte, sondern die Geburtsgeschwulst immer grösser wurde; daher da das absickernde Fruchtwasser eine missfärbige Beschaffenheit annahm und überdiess in den Wehenpausen ob vorzeitiger Lösung des Mutterkuchens in ziemlicher Menge Blut hervorsickerte, um 2 Uhr 35 M. Nachts die Wienerzange um so mehr angelegt werden musste, als auch die Herztöne des Kindes, welche noch um 1 Uhr ganz deutlich nnd regelrecht hörbar waren, nun sehr langsam, unregelmässig, ja aussetzend wurden und die Kreissende bei heftigem Erbrechen zu fiebern begann. Gleich bei der ersten kräftigen Traktion wurde ein plötzliches Herabrücken des Kopfes bemerkbar und 2 Minuten darauf war der Kopf entwickelt, dem alsbald der Rumpf sammt Nachgeburt folgte. Letzteres schien dadurch bewirkt, dass die $23\frac{1}{2}$" messende Nabelschnur vielfach halfterförmig umschlungen, und dadurch relativ so verkürzt war, dass beim Vorrücken des Kindes auch die Placenta abgelöst wurde. Das Kind, ein Mädchen, war todt und mass bei einer Körperlänge von 17" 6"', in der Kopfperipherie 12", im queren Durchmesser 3" 1"', im Längendurchmesser 3" 10"' und war 3 Pfund und 29 Loth schwer. Die Mutter wurde alsbald mit Peritonitis und hochgradiger Tympanitis, ob der damals herrschenden Puerperalepidemie auf die mediz. Abtheilung transferirt, woselbst sie am 4. Tage starb. Nebst eitrigem freien Peritonealex-

sudate war das subperitoneale Zellgewebe an der vordern untern Bauchwand und seitlich bis in die fossae iliacae verjaucht, die Gebärmutter jedoch und fornix vag. waren vollkommen intakt.

Epikritische Bemerkungen.

1. War die Einleitung der künstlichen Frühgeburt gerechtfertigt? Diese Frage muss positiv mit „Ja" beantwortet werden; gerade der Verlauf dieser Geburt rechtfertigte am besten diese Unterbrechung der Schwangerschaft, denn er lehrte sogar, dass es besser gewesen wäre, wenn die Geburt, wie ich auch beantragte, noch früher eingeleitet worden wäre, indem sich schon das Missverhältniss zwischen Kopf und Becken als ein derartiges herausstellte, dass ebenso diesmal, wie bei der ersten spontan eingetretenen Geburt die Zange zur Geburtsvollendung angewendet werden musste, also nicht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, sondern der gewählte Zeitpunkt war verfehlt.

2. Hat sich die in Anwendung gezogene Methode, nämlich die Catheterisatio uteri bewährt? Der Zweck jedweder Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist ja nur die Wehenthätigkeit auf die schonendste Weise anzuregen und zu dem Grade zu steigern, dass alsdann — eine Längslage vorausgesetzt — durch die Wehen allein ohne sonstige Nachhilfe die Ausstossung des Kindes bewirkt werde. — Die erste Hälfte dieser Bedingungen wurde in diesem Falle durch die Catheterisation der Gebärmutter glänzend bewirkt, denn nachdem der Catheter 9 Stunden in der Uterushöhle gelegen, war das Orificium bereits 2" weit und die Wehenthätigkeit so kräftig und so geregelt, dass der Catheter entfernt werden konnte und zwei Stunden später bei verstrichenem Muttermunde die Fruchtblase sprang. Dass die zweite Bedingung sich nicht erfüllte, nämlich die weitere Ausstossung des Kindes nicht spontan erfolgte, sondern einer Nachhilfe (Zange) bedurfte, lag in dem unglücklich gewählten Zeitmomente, d. i. in dem für diese an und für sich kräftige Wehenthätigkeit zu bedeutendem Missverhältnisse und darin, nicht in der Methode sind auch die weiteren Consequenzen, das Absterben des Kindes und die tödtlich endende Peritonitis der Mutter zu suchen.

Hier glaube ich jedoch nicht unerwähnt lassen zu müssen, dass das lethale Ende des Kindes jedenfalls, wo nicht unbedingt bewirkt, so doch bedeutend befördert worden sei, durch den

Druck, den die Zange auf die um den Hals geschlungene Nabelschnur ausgeübt hatte. — Zu dem Tode der Mutter scheint sehr viel, ich möchte sagen das Meiste, das damals in der Anstalt herrschende Puerperalfieber beigetragen zu haben, und diess um so leichter, als die betreffende Person ohnehin zu Entzündungen des Bauchfells inklinirte, Beweis dessen, dass sie auch bei der ersten Geburt eine Peritonitis durchzumachen hatte, und die Erfahrung lehrt ja, dass bei solchen sehr gerne oft bei den einfachsten Gelegenheitsursachen Recidiven eintreten, daher nicht zu wundern, wenn nach, oder eigentlich bei einer solchen Geburt sich abermals eine heftige Peritonitis einstellte.

3. In welche Klasse der Beckenanomalien ist das diesbezügliche Becken einzureihen? Zur richtigen Beantwortung dieser Frage erlaube ich mir eine kurze bündige Beschreibung des skelettirten Beckens, das sich in der Präparatensammlung meiner Klinik befindet, vorauszuschicken. — Das ganze sehr zartknochige Becken macht auf den Beobachter den ersten Eindruck, als habe man es mit einem sogenannten symmetrischen Zwergbecken zu thun, eine genaue Messung der wichtigsten und wesentlichsten Beckendurchmesser lehrt uns jedoch alsbald einer anderen Meinung zu sein, insbesondere wenn man das fast gerade gestreckte Kreuzbein, das stumpfwinklig, hakenförmig aufgekrümmte Kreuz-Steissbeinende betrachtet und ebenso den Umstand berücksichtigt, dass der Schambogen im Verhältnisse zu der Grösse des ganzen Beckens weit sei, wozu die um ihre senkrechte Axe gedrehten verbundenen Sitz-Schambeinäste beitragen und dass die Hüftgelenkspfannen etwas mehr nach vorne stehen.

Die Messung der einzelnen Abstände des sonst normal geneigten Beckens ergibt im Wiener Masse:

Am Beckeneingange: Conjugata vera 3″ 2‴, Querdurchmesser 4″ 8‴, rechte schräge Durchmesser 4″ 4‴, linke schräge Durchmesser 4″, rechte Microchorda 3″, linke Microchorda 3″ 3‴, Untersuchungsdurchmesser 3″ 6‴.

Am Beckenausgange: Der gerade Durchmesser 3″ 7‴, der quere Durchmesser 4″, rechte Stenochorda 2″ 6‴, linke Stenochorda 2″ 5‴, Beckenenge 4″. In der Beckenweite 3″ 11‴, Conjugata externa 6″ 3‴, Abstand der Crist. oss. il. 9″ 6‴, Abstand der spin. ant. sup. oss. il. 8″ 5‴, Abstand der Trochanteren 10″ 8‴. Die Tiefe des Beckens bei den Sitzknorren 3″3‴.

Die Antwort auf die Eingangs gestellte Frage muss daher lauten, dass wir es hier mit einem völlig symmetrisch verengten rhachitischen Becken zu thun haben, denn die stärkere Verengerung der rechten Beckenhälfte um 2—3‴ gegenüber der linken ist zu unbedeutend, um es als ein schräg verengtes Becken zu klassifiziren. — Für den rhachitischen Charakter sprechen das stärkere Hereinragen des Vorbergs, und dass das mit dem Steissbeine hakenförmig aufgekrümmte Ende des fast gerade gestreckten Kreuzbeins mehr nach hinten und oben hinausragt; ganz besonders aber geben die Masse zwischen Beckeneingang und Ausgang zu dieser Diagnose den Ausschlag; auch bei diesem Becken ist nämlich der Ausgang im Verhältnisse zum Eingange unbedingt weit zu nennen, der Beckenkanal bildet einen umgekehrten Trichter, dessen weiteres Ende der Ausgang ist. Er hat hier nur die einem normalen Becken zukommende Länge der einzelnen Durchmesser, was jedoch bei der allgemeinen Kleinheit unseres Beckens eben als ein Beweis für die Annahme spricht, dass dies auch hier nur durch das allen rhachitischen Becken charakteristisch zukommende Zurücktreten des unteren Kreuzbein-Endes nach hinten und oben geschehen ist. — Damit im Einklange steht auch der Geburtsverlauf, nämlich, dass man gleich, nachdem das Hinderniss am Beckeneingange mit der Zange überwunden war, deutlich ein plötzliches, rasches Herabrücken des Schädels fühlte und dann dessen weitere Durchführung durch den Beckenkanal und Ausgang spielend leicht gelang.

V. Fall. Künstliche Frühgeburt wegen Zwergbecken ex rhachitide.

M. G., eine 20jährige Ipara, wurde (Prot. Nr. 237) am 13. Juni 1865 von ihrer Mutter, einer gewesenen klinischen Aushilfshebamme mit der Bitte auf die Klinik gebracht, sich ihrer verunglückten zwerghaften Tochter anzunehmen und wenn möglich die Schwangerschaft zu unterbrechen, da sie bei ihrem Körperbaue ein ausgetragenes Kind kaum werde gebären können.

Nach einer vorläufigen Untersuchung der auffällig kleinen Person, welche ein Vorgeschrittensein der Schwangerschaft gegen

Ende des 5. Monats und eine Conjugata vera von 2″ 9‴ erkennen liess, wurde dieselbe etliche Tage in Ruhe gelassen, um sich mit dem Aufenthalte in der Anstalt zu befreunden, da ich durchaus nicht mehr gesonnen war, selbe bei dem wankelmüthigen Charakter der Mutter aus den Augen resp. von der Anstalt entfernen zu lassen.

Am 17. Juni wurde in Gegenwart des jetzigen Regierungsrathes Dr. von Andrioli und einiger Kollegen eine genaue Untersuchung, welche nachfolgenden Stand der Dinge ergab, vorgenommen: Der Grund der rundlich ausgedehnten Gebärmutter stand 2 Finger breit ober dem Nabel, das Kind hatte eine II. veränderliche Schädellage, das Scheidengewölbe war leer, die Vaginalportion bei ½″ lang, ziemlich derb, orif. ext. ein glattes rundes Grübchen. — Die Beckenmessung ergab einen Abstand der Spinae anter. von 10″ 2‴, der Cristae von 10″ 9‴, der Trochanteren von 11″ 9‴; die Conjug. ext. mass 6″ 4‴, die Diag. Conj. 3″ 3‴, somit die Conjugata vera 2″ 8‴—9‴. — Die Beckenenge betrug 3″ 9‴. — Die ganze Körperlänge der Person mass 48 Zoll W. M. — dabei Säbelbeine, die mit einiger Schwierigkeit weiter auseinandergebracht werden konnten, ferner war die Lendengegend sehr stark ausgehöhlt, und das hakenförmig aufgekrümmte Kreuz-Steissbeinende ragte auffällig nach hinten hervor — somit Rhachitis die Grundursache der Difformitäten. — Was die Zeitdauer der Schwangerschaft anbelangt, so liessen sowohl der objektive Befund, als auch die Angaben der Schwangeren über die letztgehabte Menstruation am 9. Jänner, den stattgehabten Coitus am 15. Jänner und über das Fühlen der ersten Kindesbewegungen am 31. Mai nahezu mit Bestimmtheit die 22. Schwangerschaftswoche annehmen.

Da wir es hier mit einem durch Rhachitis allgemein verengten Becken zu thun hatten, so wurde die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft als apodiktisch nothwendig erkannt; bei dem Umstande jedoch, dass es die Hauptaufgabe der rationellen Geburtshilfe bleibt, wo möglich Mutter und Kind zu retten, und da die Erfahrung lehrt, dass der Querdurchmesser des kindlichen Schädels erst am Ende des 7. Monats 2½″ beträgt, wurde einstimmig beschlossen, die Lebensfähigkeit des Kindes abzuwarten und dann zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt nach der Simpson-Krause'schen Methode zu schreiten.

Am 2. Juli stand der Uterusgrund 1″ 8‴ unter dem rechten Rippenrande, es war eine Schieflage in I. Beckenendlage vorhanden, rechts oben deutlich der Schädel erkennbar.

Am 22. Juli war der Uterusgrund bis zum proc. xyphoid. heraufgerückt, das Kind hatte eine II. veränderliche Beckenendlage, Hydramnios, Fornix vag. mässig entwickelt, orif. ext. für die Fingerspitze geöffnet, die Weichtheile ziemlich gut aufgelockert. — Da nun das Ende des 7. Schwangerschaftsmonats bereits erreicht war, wurde einstimmig konsultativ der 26. Juli zur Einleitung der Frühgeburt bestimmt, jedoch der Schwangern, um sie nicht unnütz aufzuregen, dieser Beschluss verheimlicht.

Als am obigen Tage mit Zustimmung der Schwangern zur Operation geschritten wurde, hatte das Kind eine I. Schädellage, sonst war Alles in statu quo. — Da der äussere Muttermund kaum für die Fingerspitze geöffnet war, wurde zuerst beschlossen, mittelst Pressschwammkegeln den Halskanal zu erweitern, und sollten hiedurch die Wehen genügend angeregt worden sein, von jedem weiteren operativen Verfahren abzustehen. — Um $7^3/_4$ Uhr Morgens wurde mittelst des Scanzoni'schen Pressschwammträgers ohne Speculum ein dünner Kegel eingeschoben, um $8^3/_4$ Uhr gegen einen dickeren umgetauscht, und so um $9^3/_4$ Uhr abermals ein voluminöserer eingeführt, der nun bis 11 Uhr M. liegen gelassen wurde. -- Da sich nun bis dahin noch immer keine Wehen einstellen wollten, der Halskanal jedoch gleichwandig geöffnet, für den Zeigefinger durchgängig geworden war, so ward um $11^1/_4$ Uhr in der erhöhten Rückenlage der Schwangern ein elastischer englischer Katheter ohne Mandrin nicht ohne Mühe nach links hinten in die Uterushöhle eingeschoben, so dass er ganz in den Scheidenkanal zu liegen kam. — Bei allen diesen Manipulationen verhielt sich die Schwangere vollkommen ruhig.

Um $3^1/_4$ Uhr NM. stellte sich die erste deutliche Wehe ein, welcher bis $6^3/_4$ Uhr Abends 48 regelrechte Wehen gefolgt waren, wesshalb um diese Zeit, da die Vag. port. vollkommen verstrichen war und die Wehenthätigkeit im vollen, geregelten Gange zu sein schien, der Katheter entfernt wurde. — Leider wurden nun die Wehen, deren bis $10^1/_2$ Uhr A. weitere 47 erfolgten, so schwach, dass man sich entschloss, abermals den Katheter einzulegen, welcher nun bis $7^1/_4$ Uhr M. des 27. Juli liegen blieb, 100 entsprechende Wehen hervorrief und das orif. auf 1″ erweitert hatte.

Die Gebärende war sehr unruhig und eine Untersuchung liess den Katheter als beinahe ganz aus der Gebärmutterhöhle herausgerutscht erkennen, wesshalb man ihn nun ganz entfernte, da man auch ganz deutlich neben dem ballotirenden Schädel nach links eine Hand vorliegend fühlte und beim Wiedereinschieben trotz aller Vorsicht doch möglich gewesen wäre, die Eiblase zu verletzen.

Die Gebärende wurde nun auf die rechte Seite gelagert und stets in dieser Seitenlage untersucht. Bis 4 Uhr Ab. waren abermals 117 Wehen eingetreten, da nun das orif. bereits 3" weit war, der Schädel noch immer hoch und beweglich am Beckeneingange stand, jedoch keine Hand mehr vorlag, so wurde bei dem vorhandenen Hydramnios, um den Schädel zu fixiren und bei einem plötzlichen Wasserabflusse einem Vorfallen der Hand, Nabelschnur u. s. f. vorzubeugen, vorsichtig nach den bekannten Regeln die Blase gesprengt, worauf sich alsbald der Schädel im Beckeneingange feststellte und bereits um 5 Uhr 7 Min. Abends die Geburt eines lebenden Mädchens erfolgte, das seiner Ausbildung (Körperlänge 14" 3"', Kopfperipherie 10" 6"', Längendurchmesser 3" 6"' Querdurchmesser 3" 9"', Gewicht 2 Pfd. 11 Loth) richtig dem 8. Schwangerschaftsmonate entsprach, somit Diagnose und Operationstermin vollkommen rechtfertigte. — Die Mutter wurde am 13. Tage gesund entlassen, das Kind starb leider am folgenden Tage an Lungenatelectasie.

Die Geburt hat vom Einlegen des Katheters 30 Stunden, vom Eintritt der ersten Wehe 26 Stunden gedauert, gewiss abermals ein glänzender Beleg für die Trefflichkeit der Simpson-Krause'schen Methode, umsomehr nachdem die Erweiterung des Halskanals mittelst Pressschwämmen trotz des ausgeübten Reizes Wehen anzuregen nicht im Stande war.

Von Interesse war in diesem Falle der häufige Positionswechsel des Fötus, indem bei den 4maligen Untersuchungen jedesmal eine andere Lage vorgefunden wurde.

VI. Fall. Künstliche Frühgeburt wegen Eclampsia ex morbo Brighti.

Am 23. Jänner 1865 wurde ich nach 2 Uhr Morgens ob heftiger Fraisen zu der Hausbesitzersgattin L. gerufen. Als ich hinkam, fand ich die kräftige 21jährige Frau ganz ermattet, je-

doch bei Bewusstsein; sie war im 9. Mondsmonate ihrer ersten Schwangerschaft und der gegenwärtige Ordinarius erzählte mir, das die Patientin bereits seit 10 Uhr Abends sechs heftige Fraisen-Anfälle gehabt habe. — Sie soll sich in den Füssen erkältet haben und wahrscheinlich habe sie einen Diätfehler begangen, indem sie schon den ganzen vorhergehenden Tag an Ueblichkeiten und Kopfschmerz gelitten, und endlich alles seit gestern Vormittags Genossene (eben erst Nüsse) erbrochen habe und auch gegenwärtig fortwährend an heftigem Brechreize leide. — Kaum hatte ich diese Notizen vernommen, als ich (um $2^1/_2$ Uhr) einen neuen, den 7. Anfall selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, welcher so eclatant alle bekannten Symptome der Eclampsia gravid. darbot, dass ich mich der nähern Beschreibung der Symptomengruppe entschlage, und nur bemerke, dass das aufgedunsene Gesicht nahe schwarzblau, cyanotisch wurde. Im Harne war eine kolossale Menge Eiweiss enthalten, die Füsse jedoch nicht im geringsten geschwollen. Es wurden Blutegel an die Warzenfortsätze, $^1/_8$granige Dosen Morphium und Acid. phosph. dil. zum Getränke verordnet.

Um $3^1/_2$ Uhr der 8. Anfall und zwar noch hochgradiger, wesshalb ich, da die Morphiumpulver stets erbrochen wurden, zur Coupirung respektive Abkürzung der Anfälle die Chloroformnarkose als Palliativ — und die Unterbrechung der Schwangerschaft als Radikalmittel vorschlug, was Beides zugegeben wurde. — Das Kind hatte eine I. Schädellage, Fötalherztöne konnten ob der Unruhe der Mutter niemals gehört werden, der Fornix vag. war sehr tief herabgedrängt, die Port. vag. $^1/_4$" lang und weich, der Halskanal gegen $^3/_4$", Orif. int. für die Fingerspitze durchgängig und hiedurch der Schädel deutlich fühlbar. Während der Ordinarius chloroformirte, wurde von mir der englische elastische Katheter ohne Mandrin in der Rückenlage der Patientin soweit nach rückwärts in die Gebärmutterhöhle eingeschoben, dass er ganz in die Scheide zu liegen kam; — worauf sich 10 Minuten später deutlich die erste Wehe erkennen liess, welcher nun in entsprechenden Intervallen weitere, regelrechte Wehen folgten, deren Eintritt sich stets durch eine grössere Unruhe der halbbetäubten Patientin bekundete. — Als um $4^3/_4$ Uhr prophylaktisch eben wieder ein Paar Blutegel hinter die Ohren gesetzt wurden, stellte sich der 9. Anfall ein; — abermalige Narkose — Port. vag. war damals bereits verstrichen, Orif. ext. $^1/_2$" offen, ganz gegen

das Promontorium gekehrt. — Von nun an wurde stets, wenn die Gebärende durch eine auffällig stärkere Unruhe, heftigen Brechreiz, steigende Turgeszenz (Cyanose) im Gesichte u. s. f. das Herankommen eines Anfalles ahnen liess, um selben abzuschneiden, alsbald zur Narkose geschritten; dies geschah mit Erfolg um $5^3/_4$, $6^1/_4$, $7^1/_4$, $7^3/_4$, $8^3/_4$, $10^1/_2$ und 11 Uhr. Während dieser Zeit war Patientin nur einmal ($7^1/_2$ Uhr) bei Bewusstsein und erhielt zwei $^1/_8$ granige Morph. Dosen, man konnte damals ganz deutlich Kindesbewegungen unterscheiden. — Da jedoch die Wehen immer länger aussetzten, so wurden um $8^3/_4$ Uhr durch den elastischen Katheter zwei Unzen auf 30° R. erwärmten Wassers in die Uterushöhle eingespritzt und zugleich Blutegel gesetzt (im Ganzen 11). — Nachdem bis $10^1/_2$ Uhr das Orif. $1^1/_2$" weit geworden war, wurde, da sich auch etwas mehr Fruchtwasser vorhanden herausstellte, zur besseren Geburtsbeschleunigung die Blase künstlich gesprengt, worauf eine reichliche Menge reinen Fruchtwassers abfloss, und sich die Wehen derart in ihrer Kraft und Schmerzhaftigkeit steigerten, dass die Gebärende in ihrer Bewusstlosigkeit stets aus dem Bette springen wollte, und drei Menschen zu thun hatten, um sie zurück zu halten.

Nachdem wir uns bereits der Hoffnung hingegeben, die eclamptischen Anfälle durch unsere Therapie vollkommen coupirt zu haben, stellte sich dennoch um $11^3/_4$ Uhr abermals ein sehr heftiger Anfall ein, der 10., jedoch zum Glücke auch der letzte. Er wurde durch die Narkose coupirt, dessgleichen wurde, ob drohender Symptome, um $1^1/_2$ Uhr narkotisirt, und zwar zum letzten Male. — Da sich bis 5 Uhr Abends keine Anzeige hiezu darbot, sondern die Patientin so halb und halb zum Bewusstsein kam, schlingen konnte, nicht mehr erbrach, die Wehen aber wieder lang aussetzend geworden waren, so wurden, weil das Orif. ext. bereits über 2" weit und nachgiebig war, um diese Zeit in 5minutigen Pausen 6 Dosen Secale cornut. mit P. Doveri (à 5 und 1 Gr.) mit dem Erfolge verabreicht, dass um 6 Uhr Abends bereits das Orif. völlig verstrichen war. Auf einmal zeigte die Patientin im Gegensatze zu der früher stetigen Turgescenz (Cyanose) eine auffällige Blässe des Gesichts, der Puls wurde immer schwächer, nahezu fadenförmig, kaum zählbar, eine Ohnmacht nach der andern stellte sich ein, so dass ich auf rasche Vollendung der Geburt durch die Zange dringen musste, welche Operation mir erst um $6^3/_4$ Uhr gestattet wurde, um welche Stunde

ich am Querbette rasch mit einigen Traktionen ein dem 9. Mondsmonate entsprechendes, bereits Spuren der Maceration darbietendes Kind (Mädchen) entwickelte, dem die Nachgeburt alsbald folgte.

Um 9 Uhr, nachdem durch Anwendung der verschiedensten innern und äussern Analeptica der Kräftezustand der Entbundenen ein derartiger geworden war, dass man die Patientin sich selbst überlassen konnte, verfiel dieselbe in einen tiefen ruhigen Schlaf, der nahezu die ganze Nacht anhielt, und aus welchem sie Morgens den 24. Jänner aufwachte, ohne einmal zu wissen, dass sie geboren, der ganze 23. Jänner war für immer aus ihrem Gedächtnisse geschwunden, sie wollte nicht glauben, dass sie geboren habe. — — Puls 84. — Uterus etwas empfindlich. 3 Gran Chinin pro die — und Acid. phosphor. zum Getränke. Eiweiss bereits bedeutend weniger im Urin.

Abends: Puls 84 — hat unter Tags viel geschlafen — klagt über Schwindel.

25. Jänner. In der Nacht ein Schüttelfrost. — Morgens Puls 60. — Eiweissgehalt wieder abgenommen. — Therapie dieselbe. Abends: Puls 72. — Uterus empfindlicher — sehr viel Urin entleert, Eiweissgehalt noch geringer. — 6 Gran Chinin.

26. Jänner. Nacht schlecht geschlafen, — Kopfschmerz, Puls 90, — Therapia eadem.

27. Jänner. — Unterleib empfindlich, — Brechreiz, — Puls 96, — Therapie: Potio laxans. — Abends: Puls 120, 4 Stuhlentleerungen, welche sich in der Nacht zum

28. Jänner unzählbar wiederholten. — Früh: Puls 126, Bauch mehr empfindlich. Therapie: Leinsamenumschläge. — Dt. Salep mit einigen Tropfen Opiumtinktur. — Abends: Puls 96 — den ganzen Tag keine Stuhlentleerung erfolgt.

29. Jänner. Puls 78. — Bauch bei starkem Drucke ein wenig empfindlich, Appetit sich kundgebend. — Im Harne keine Spur von Eiweiss mehr enthalten.

Nun ging die Rekonvalescenz derart rasch vor sich, dass sie bereits nach 14 Tagen das Bett verlassen konnte; nur klagte sie noch mehrere Wochen über zeitweiligen Schwindel.

Die Frau hat seitdem 3mal ohne Anstand geboren, und weiss sich auch jetzt des ganzen Vorganges nicht im Geringsten zu entsinnen.

Epikritische Bemerkungen.

1. Die Katheterisation hat sich als die Geburt einleitendes Mittel trefflich bewährt, sie hat alsbald die Geburt in Gang gebracht; die Einspritzungen nach Cohen und der künstliche Blasensprung mussten nur ob der dem mütterlichen Leben drohenden Gefahr mit in Gebrauch gezogen werden, um auf die rascheste Weise die Gebärmutter zu entleeren, hätte man zuwarten können, so wäre man wahrscheinlich mit der Katheterisation allein ausgekommen.

2. Hat in unserem Falle die Chloroformnarkose als coupirendes Mittel ausgezeichnet gewirkt, und zugleich bewiesen, dass man sich bei der Eclampsie vor deren Gebrauch trotz hochgradiger Cyanose nicht zu fürchten brauche, dafür spricht in unserem Falle unwiderleglich der Verbrauch von 8 Unzen Chloroform!

3. Wieder hat sich der Erfahrungssatz als richtig erwiesen, dass mit der Entleerung des Fruchthalters die eclamptischen Anfälle meist wie abgeschnitten aufhören, und dass innig damit die rasche Abnahme des Eiweissgehaltes im Harn stehe, das sicherste Zeichen, dass sich die Krankheit zum Bessern wende, woraus folgt, dass nicht allein in unserem Falle, sondern überhaupt bei Eclampsie in der Schwangerschaft die Unterbrechung der letzteren nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten sei.

4. Interessant war die rasch eintretende Maceration des Fötus, da derselbe noch sicher 11 Stunden vor der Geburt lebte.

VII. Fall. Künstliche Frühgeburt ob Beckenenge — unfreiwilliger Eihautstich bei der Katheterisation.

Dieser Fall wurde mir vom Bezirkswundarzte Treitz in Gottschee zur Benützung überlassen. Die diessbezügliche Skizze lautet:

Ein junges Weib, untersetzt, stark gebaut, deren Conjugata etwas über $3\frac{1}{2}$" misst, hat schon dreimal sehr schwer todte Kinder geboren und fast jedesmal ist sie selbst kaum mit dem Leben davon gekommen; die diessbezüglichen Kinder waren stets ungewöhnlich stark entwickelt. — Die 2. Geburt wurde mittelst Wendung auf die Füsse und nachherige Extraktion des

Kopfes mittelst der Zange mit grosser Mühe und bedeutendem Zeitaufwande vom Distriktsarzte Dr. Kapler zu Ende geführt. Mitte October im Jahre 1864 wurde T. zur dritten Geburt gerufen. und beschloss mit dem Consilarius Dr. Kapler, da das Kind eine Schädellage hatte, einfach die Geburt abzuwarten; nach 18 Stunden gebar die Frau durch die Naturkräfte allein ein starkes, jedoch todtes Kind. — Als die Mutter später bei T. über ihren trostlosen Zustand jammerte, beschloss er, falls sie wieder schwanger werden sollte, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, die Berechtigung hiezu lag in der Beckenenge, der steten zu starken Entwickelung der Kinder und der hiedurch veranlassten jedesmaligen schweren und gefährlichen Geburt todter Kinder.

Die Frau wurde richtig bald wieder schwanger und das Ende des Monats Oktober 1865 war nach einigen von T. vorgenommenen Untersuchungen mit aller Wahrscheinlichkeit die 36. Woche ihrer neuen Schwangerschaft und demgemäss wurde am 6. November um 10 Uhr Früh im Einverständnisse mit Consilarius Dr. Kapler zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt nach Krause geschritten. — Die Vag. Port. stand hoch und war über $^1/_4$ Zoll lang, der Halskanal durchgängig, das Kind hatte eine I. Schädellage. Dr. Kapler, dem T. auf sein Ansuchen die Ausführung der Katheterisation überliess, gelang es nicht ohne einiger Mühe, erst nach einigen wiederholten Versuchen den mit dem Mandrin versehenen Katheter durch das Orif. intern. durchzuführen. — Es flossen jedoch bald nach dem Einführen die Wässer ab, indem wahrscheinlich die zu zarten Eihäute bei dem Umstande, dass der Katheter mit dem Mandrin ganz eingeführt wurde, rissen. — Da sich trotz allmäligen Abflusses der Wässer bis Vormittags den 7. November keine Wehen einstellten, liess T. die Schwangere im Zimmer auf und abgehen, und machte einige lauwarme Einspritzungen, worauf sich um 7 Uhr Abends die ersten deutlichen Wehen einstellten, welche den Muttermund nun so rasch eröffneten, dass bereits um 11 Uhr Nachts in I. Schädellage ein sonst gut entwickeltes, jedoch gegen die früheren Kinder bedeutend kleineres, asphyktisches Kind — Mädchen — geboren wurde, welches bald zu sich kam und dermalen (6. Februar 1866) gesund und kräftig zur Freude der Mutter gedeiht, deren Wochenbett diessmal ganz normal verlief.

VIII. Fall Künstliche Fehlgeburt ob Hydramnios bei Zwillingen.

Am 17. Juni 1868 wurde ich nach Görz telegraphisch zur Frau St...., einer 28jährigen IVpara, vom Kollegen Regimentsarzt Schipek berufen. Als ich am 18. Juni um 8 Uhr Morgens hinkam, fand ich eine auf das äusserste abgemagerte Frau in halb liegender und halb sitzender Stellung im Bette, welche mir bedeutete, dass sie diese Marterlage bereits durch 14 Tage einzunehmen genöthigt sei, indem sie sonst sogleich an heftigster Athemnoth leide; hiebei werde sie von steten unausstehlichen Schmerzen, welche ihr die Spannung der Unterleibsdecken verursache, derart gepeinigt, dass sie faktisch eben so viele Nächte und Tage im eigentlichen Sinne des Wortes bereits schlaflos zugebracht habe; die verflossene Nacht wäre so fürchterlich gewesen, dass sie sich Allem und Jedem unterziehe, nur möge sie aus ihrer qualvollen Lage befreit werden. Ordinarius Oberarzt Baner und Dr. Schipek bestätigten die Angaben und meinten, dass die dermalige kolossale Ausdehnung des Unterleibes sich erst seit drei Wochen derartig herausgebildet habe, und in Folge dessen der allgemeine Kräftezustand der Patientin letzterer Zeit so hergenommen worden sei, dass ein weiteres Zunehmen der Geschwulst für die Frau lebensgefährlich werden müsste, man daher jedenfalls dem Wachsthume derselben ein Ziel werde setzen müssen. Die alsbald vorgenommene Untersuchung ergab einen Bauchumfang von 98 Centimeter, die Bauchdecken waren auf das äusserste gespannt, mit einer Unzahl von weisslichen und blassröthlichen Striemen besät, der Nabel verstrichen, der leere Perkussionsschall erstreckte sich nach oben bis zum Schwertknorpel und an den Seiten reichte derselbe ganz nach hinten, nur wenn man die Frau auf die entgegengesetzte Seite lagern liess, konnte rechts und links ein tympanitischer Ton (Darmton) wahrgenommen werden; in welcher Richtung immer man dagegen wollte, liess sich die deutlichste Fluktuation erkennen; von Fötaltheilen war äusserlich nicht das Geringste aufzufinden, ebenso keine Fötalherztöne hörbar. Die Scheide war auffällig aufgelockert, das Scheidengewölbe hiebei ballonartig herabgedrängt, und konnte hiedurch ein aussen hervorgebrachter Wellenstoss (Fluktuation) innen vom untersuchenden Finger deutlich wahrgenommen werden; ebenso gelang es hie und da innerbalb des Fornix einen ballotirenden, jedoch nicht genauer bestimm-

baren Kindestheil zu fühlen. — Die gegen das Promontorium hingedrängte, demgemäss äusserst schwer erreichbare Vaginalportion war kaum $^1/_2$", der Halskanal $^3/_4$", das Orif. int. für die Fingerspitze offen, und durch dasselbe die Eihäute deutlich erkennbar; somit stand die Diagnose einer Schwangerschaft ausser allem Zweifel. — Ich sage ausdrücklich, dass die Schwangerschaft ausser allem Zweifel gestellt erschien, weil sich die Pat. nach ihrer bestimmten Aussage unmöglich weiter als am Ende des vierten Schwangerschaftsmonates befinden konnte, da sie am 12. Februar noch ihre Menses ganz regelmässig gehabt, und von Kindesbewegung bisher nichts wahrgenommen habe; — also die Schwangerschaft noch jenen Moment nicht erreicht hatte, wo gewöhnlich die Erkenntniss ausser allem Zweifel steht; nichtsdestoweniger war nach obigen Zeichen die Diagnose sichergestellt. Woher diese kolossale Ausdehnung der Gebärmutter? — Offenbar in Folge einer Wassersucht des Eies — Hydramnios des höchsten Grades; ob etwa Gemini auch hiezu beitrugen, war nicht zu bestimmen.

Es handelte sich nun darum, was thun? — Abwarten, i. e. der Natur den weiteren Verlauf überlassen, oder dem unerträglichen, die Gesundheit, wenn nicht das Leben der Pat. untergrabenden Zustande, i. e. der regelwidrigen Schwangerschaft ein Ende setzen? — Nach dem Befunde schien allerdings auch schon die Natur Vorbereitungen zur Unterbrechung der Schwangerschaft einzuleiten, ob aber die natürliche Fehl- oder Frühgeburt nicht erst dann in Gang kommen würde, bis es zu spät wäre, d. h. bis die aufs äusserste erschöpfte Patientin die Gefahren der raschen Entleerung einer so grossartig ausgedehnten Gebärmutter, z. B. in Folge eines am untersten Eiende stattfindenden, vom alsbaldigen plötzlichen und vollkommenen Wasserabgange begleiteten Sprunges kaum mehr überstehen könnte, diess musste gar sehr überlegt werden; während gegentheilig wieder gerade der Umstand, dass die Natur bereits unverkennbare Spuren zur Einleitung einer Naturhilfe erkennen liess, schwer in die Wagschale der Entscheidung fallend, uns ein berechtigter Fingerzeit zu sein schien, die Natur in ihrem Bestreben zu unterstützen, und zwar rechtzeitig zu unterstützen, so lange nämlich die Patientin noch nicht vollkommen entkräftet war, ein Zustand, von welchem übrigens selbe in der That nicht mehr weit entfernt war. Es schien also die alsbaldige Einleitug der künstlichen Fehlgeburt angezeigt und gerechtfertigt, und dies um so mehr, als man dabei, nicht

vorauszusehende unglückliche Zufälle abgerechnet, die Art und Weise der Entleerung der Gebärmutter mehr minder in seiner Hand hat. Nachdem der Vorschlag angenommen wurde, proponirte ich nun folgenden Plan: zuerst durch die Katheterisation den Uterus zu einer tüchtigen Wehenthätigkeit anzuregen und dann mittelst des hohen seitlichen Blasenstiches so langsam als möglich den Fruchtwasserabfluss vor sich gehen zu lassen, um so den Gefahren einer Blutung nach Möglichkeit vorzubeugen.

Um $8^3/_4$ Uhr früh schritt ich zur Operation; bei einer möglichst erhöhten Lage der Steissgegend schob ich mir zuerst den schwer erreichbaren Halskanal gleichsam wie einen Handschuhfinger bis zum Orif. int. über den linken Zeigefinger und führte nun den mit dem Mandrin versehenen englischen, elastischen Katheter in etwas durch den inneren Muttermund, denselben alsdann, während Kollega Schipek den Mandrin allmälig hervorzog, langsam nach links hinten zwischen Ei und Uteruswand vorschiebend, so weit, dass das alsbald mit einem Wachspfropfe verstopfte Knöpfchen kaum aus der Schamspalte hervorragte, worauf sich einige Blutspuren zeigten, jedoch ohne weitere Bedeutung. — Der Erfolg war überraschend, fünf Minuten nach der Einlegung trat die erste, bereits mit Kreuzschmerzen verbundene Wehe ein, der nun Wehe auf Wehe so regelrecht folgten, dass um $9^3/_4$ Uhr nach 45 Wehen die Vaginalportion vollkommen verstrichen und um $11^1/_2$ Uhr nach weiteren 42 Wehen das Orif. über 1" offen war. Die Wehenthätigkeit erschien mir so weit geregelt, dass ich den Katheter nun entfernte; der Fornix vag. war gut ausgebildet und durch denselben liess sich deutlich ein äusserst kleiner Schädel ballotirend erkennen. Die Gebärende, welche seit 10 Uhr über einen mit jeder Wehe sich auf's äusserste steigernden Schenkelschmerz klagte, der von der Schoossgegend längs des Nervus cruralis hinab sich erstreckte und nur auf Chloroformeinreibungen sich in etwas mässigte, ward nun auf einmal so schwach, dass sie einer Ohnmacht nahe war, daher ich ihr zeitweise einen Löffel guten alten schwarzen Weines mit Erfolg verabreichen liess, und um die Hauptursache der Beängstigung, nämlich die kolossale Ausdehnung zu beheben, um $2^1/_2$ Uhr zum künstlichen Blasensprunge schritt. Ich führte durch den $1^1/_2$" weiten Muttermund nach links hinten, möglichst hoch die Uterussonde ein und drückte, indem ich während einer Wehe hebelartig den Griff nach aussen und links bewegte, mit dem Sonden-

ende die Fruchtblase derart glücklich durch, dass sich hier vom Wasserabgange kaum Spuren zeigten und anfänglich nur allmäliges Absickern stattfand. Nun wurde der Gebärenden getragen, in den Wehenpausen möglichst tiefe ausgiebige In rationen vorzunehmen und wurden ihr zugleich in $^1/_4$stündi Zwischenräumen 4 Dosen Secal. cornut. à 10 Gran verabreicht. Alles dieses hatte den Erfolg, dass sich der Uterus langsam stetig verkleinerte, gleichsam mit dem Wasserabflusse gleic Schritt haltend, wobei jedoch der voranliegende Schädel hoch und beweglich vorliegend blieb, bis $3^1/_2$ Uhr Nachmi wo sich während einer kräftigen Wehe plötzlich im wahren S des Wortes ein Wassersturz ereignete, — offenbar von spontanen plötzlichen Entleerung des zweiten Eiraumes — und nun die Wehen derart aufeinander folgten, dass um $4^1/_4$ Uhr die Geburt des ersten und 5 Minuten später ohne vorhergehenden Wasserabgang die Geburt eines zweiten Kindes erfolgte, und zwar unter gleichzeitiger Ausstossung der Nachgeburt. Die Foetus — beide Knaben — hatten, der erste eine Länge von 29 Ctm. bei einem Gewichte von 29 Loth, der zweite 27 Ctm. Körperlänge und 20 Loth Gewicht, sie entsprachen somit in ihrer Entwicklung richtig dem Anfange des 5. Schwangerschaftsmonates. — Die Nachgeburt bestand aus einer Placenta, einem Chorion und 2 Amnion. Das abgeflossene Fruchtwasser wurde, einer gemeinschaftlichen Schätzung zu Folge, auf 12—14 Mass angenommen.

Das Wochenbett verlief äusserst günstig. — Gleich nach der Geburt wurden prophylaktisch noch einige Dosen Sec. corn. in mehrstündlichen Intervallen verabreicht. — Bis zum 23. Juni wurde die Wöchnerin von heftigeren Nachwehen und Schenkelschmerzen in der Ruhe gestört, — blieb jedoch stets fieberfrei und konnte nach 14 Tagen aus der ärztlichen Behandlung entlassen werden.

In diesem Falle hat sich wohl die Chateterisatio uteri glänzend bewährt, und zwar als eine vorbereitende, die Wehenthätigkeit hervorrufende und regelnde Operation.

Die ganze Geburt hat $7^1/_2$ Stunden gedauert.

IX. Fall. Künstliche Frühgeburt bei einer Fünftgebärenden ob hochgradiger Beckenenge ex Osteomalacia zur Vermeidung des Kaiserschnittes.

Am 19. April 1869 wurde ich zu Frau R. M., Kanditen·käufersgattin, gerufen, ich möchte sie von ihrer Gicht befreien, ın sie könne vor reissenden Schmerzen im Kreuze schon Tage g nicht schlafen, dabei vermöge sie keinen Schritt zu gehen, l im Bette halte sie es nur noch in der halbsitzenden, halbzenden, besser gesagt, hockenden Stellung aus.

Eine oberflächliche Untersuchung, so wie das Examiniren, ssen keinen Zweifel übrig, dass die Frau schwanger sei; bei r sehr schmerzhaften Vaginalexploration fiel mir allsogleich die bedeutende Enge des Schambogens auf, indem die Sitzbeinhöcker kaum über 2" von einander abstanden, und die Schoossfuge eigenthümlich schnabelförmig gestaltet war. Jeder Druck an beiden Darmbeinen oder Trochanteren zu gleicher Zeit angebracht, verursachte ihr die wüthendsten Schmerzen, ebenso ein gleichzeitiger von vorne nach hinten an Schoossfuge und Kreuzbein angebrachter Druck, welches letztere auffällig nach hinten ausgewölbt war. Jede Bewegung der unteren Extremitäten, sowohl das Beugen als Strecken, insbesondere aber das Auswärtsrollen war ungemein schmerzhaft.

Dieser Befund liess mich unter Berücksichtigung der weiter unten anzuführenden Anamnestica keinen Augenblick über die Natur dieser sogenannten Gicht in Zweifel, ich hatte hier einen exquisiten Fall von Osteomalacia gravidarum vor mir.

Ich sagte vor der Hand weder der Patientin noch ihren Angehörigen Näheres über das Wesen des Leidens; und versuchte gegen die Schmerzen fruchtlos zuerst Chinin mit Morphium, später Jodkali, und muss gestehen, dass der kontinuirliche Gebrauch dieses Mittels unläugbar eine auffallende Erleichterung bewirkt hat, denn die Pat. konnte sogar wieder zeitweilig das Bett verlassen und auf den Stock gestützt, einige Schritte im Zimmer machen, dabei hatten auch die Schmerzen in etwas sich gemildert; — natürlich blieben die örtlichen Veränderungen am Becken nicht nur im Statu quo, sondern waren sichtlich noch schlechter geworden. So rückte der Monat Juli heran, und mit demselben auch der Moment, wo ich der Pat. über die wahre

Sachlage reinen Wein einschenken musste, und dieses um so mehr, als die Pat., sich etwas wohler fühlend, nun einige Wochen zu ihrer Mutter nach Oberkrain behufs weiterer Erholung reisen wollte.

Obschon die Patientin, welcher ich bereits bei zwei Geburten erspriessliche Dienste geleistet hatte, zu mir das vollste Vertrauen hatte, so war sie natürlich dennoch sehr entsetzt, als sie erfuhr, sie müsse sich in Bälde der Einleitung einer künstlichen Frühgeburt unterziehen, falls das Kind lebend zur Welt kommen sollte, denn einige Wochen später könnte sie nur durch Verkleinerung des Kindes und am Ende der Schwangerschaft sogar nur durch den Kaiserschnitt entbunden werden; zugleich eröffnete ich ihr, dass diese Operation bei ihren ärmlichen Verhältnissen unmöglich in ihrer Wohnung vorgenommen werden könnte, und sie sich daher weiters entschliessen müsse, sich auf die Klinik aufnehmen zu lassen. Nach längerem Zureden entschloss sie sich endlich sowohl zur vorgeschlagenen Operation als zum Eintritte in die Klinik, woselbst sie am 7. Juli aufgenommen wurde.

Anamnese: R. M., aus Neumarktl in Oberkrain gebürtig, eine 35jährige Vpara, will sowohl in ihrer Kindheit als auch später, bis zu ihrer vor 5 Jahren erfolgten Verehelichung stets gesund gewesen sein. Die erste Schwangerschaft soll ganz normal gewesen sein, nur litt sie auffällig an heftigen Kopfschmerzen und nach längerem Sitzen an Knochenschmerzen im Becken; die bezügliche Geburt im Monate Mai 1864 dauerte 2 Tage, — das Kind, ein sehr grosser Knabe, kam scheintodt zur Welt und starb 2 Stunden nach der Geburt; volle zwei Monate konnte sie nach der Geburt wegen Schmerzen in den Beckenknochen und Hüftgelenken nicht gehen, hierauf verloren sich selbe und sie befand sich wohl. Die zweite Schwangerschaft im Jahre 1866 verlief ohne besondere Zufälle, die Geburt dauerte 16 Stunden, das Kind — Mädchen — viel kleiner als das erste, starb jedoch auch 7 Stunden nach der Geburt. Im Jahre 1867 war sie zum 3. Male schwanger, damals stellten sich erst gegen das Ende der Schwangerschaft reissende Gelenks- und Knochenschmerzen ein, die Geburt, wenn auch ob einer konstatirten Konjugata von $3^1/_2$" schwierig, wurde unter meiner Intervention mittelst Secale cornutum am 24. Oktober glücklich beendet. Das betreffende Kind — ein Knabe — lebt heute noch, obschon rhachitisch.

Am 5. Oktober 1868 abortirte sie im 3. Monate der Schwangerschaft unter kolossalem Blutgange, ich musste das Ei künstlich lösen.

Ueber den Beginn dieser Schwangerschaft, der 5., weiss sie keine bestimmten Daten anzugeben, im Dezember habe sie die Menses sehr schwach gehabt und sie glaube, ungefähr 3 Monate nach dem Abortus wieder empfangen zu haben, denn seit dieser Zeit wäre sie fortwährend kränklich und hätten sich die oben beschriebenen Knochen- und Gelenksschmerzen u. s. f. eingestellt, wegen welchen sie bereits durch 24 Wochen das Bett hüten müsste.

Während dieser Jahre wohnte sie in einer armseligen Dachstube oder ebener Erde; ihre dermalige ebenerdige Wohnung ist hochgradig feucht.

Status praesens am 7. Juli: Grund der Gebärmutter einen Finger unter den Rippen, Nabelring verstrichen, die Bauchdecken dünn, faltbar — Hängebauch — Schieflage in II. Schädellage, Kopf rechts unten; Fornix vaginae schlecht entwickelt, beim Entgegendrücken von aussen der ballotirende Schädel erkennbar; Vag. port. über $^1/_2$" lang, derb, gegen die Schoossfuge gerichtet. Halskanal $^3/_4$" offen, Orif. int. noch nicht für die Fingerspitze durchgängig.

Die Beckenuntersuchung ergab: Der Schambogen eine deutliche Haftelform, die Schoossfuge schnabelförmig nach vorne hervorragend, indem 1" von den Tuberc. pub. die Grenzlinie kenntlich nach innen eingedrückt ist; die Darmbeinkämme sind aufgetrieben und nach innen umgebogen, das Kreuzbein in seiner Mitte völlig geknickt, die Wirbelsäule bietet keine Abweichung. Die Beckenmessung ergibt folgende Resultate:

Abstand der Cristae oss. ilei	10" 9‴.
„ „ Spin. ant.	9" —
„ „ Trochanteren	10" 8‴.
Conjugata externa	7" —
Diagonal-Conjugata	3" 1‴.
Der gerade Durchmesser des Ausgangs	3" 3‴.
der quere „ „ „	2" —
Abstand zwischen Symph. oss. pubis und process. xyph.	10" —

Die grössten Schmerzen empfand die Pat. nun in der Nähe des 4. Lendenwirbels, und dann beim Drucke gegen die Trochanteren, sie konnte nur mit in den Knien gebogenen Füssen hoch-

liegen; die Frau war bereits im wahren Sinne des Wortes zum Skelette abgemagert.

Unglücklicher Weise erkrankte ich selber, und so konnte das Schlusskonsilium, ob künstliche Frühgeburt und wann? oder ob Kaiserschnitt? erst am 13. Juli zum definitiven Beschlusse gelangen. Das ärztliche Konsilium entschied sich einstimmig für erstere, bestimmt durch meine Auseinandersetzungen, welche vor Allem darin gipfelten, dass der Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft, bezüglich seines Erfolges unter allen Bedingungen, besonders aber bei einem so herabgekommenen Individuum sehr fraglich bliebe, abgesehen davon, ob die Pat. überhaupt ihren dermaligen qualvollen Zustand noch weitere 2—3 Monate ertrüge, und ob die Natur nicht selbst eine Frühgeburt einzuleiten bestrebt sein würde, jedoch bereits zu einer Zeit, wo die gegenseitigen Grössenverhältnisse zwischen Becken und Kopf eine natürliche Beendigung der Geburt nicht mehr zuliessen, während die Schwangerschaft dermalen jenen Zeitpunkt — Anfang des 8. Monates — erreicht haben dürfte, wo erfahrungsgemäss die Grössenverhältnisse zwischen diesem Becken und dem Kindskopfe noch im Einklange stehen, das Kind demnach höchstwahrscheinlich lebend geboren und als lebensfähig auch am Leben erhalten werden könnte, um so mehr, als wir in der Catheterisatio uteri eine so sichere und dabei so schonende Methode zur Einleitung der Frühgeburt besitzen.

Geburtsverlauf. Mit Zustimmung der Schwangeren wurde daher am 13. Juli um $11^1/_4$ Uhr Vormittags bei einem der Untersuchung vom 7. Juli gleichen Status quo zur Operation geschritten. — In erhöhter Rückenlage wurde ein englischer elastischer Katheter bis zum Orif. int. mit, dann ohne Mandrin mit Leichtigkeit wie gewöhnlich nach links hinten in die Gebärmutter eingeschoben, und dann mit Wachs verstopft. Fünf Minuten darauf ward bereits die erste Wehe konstatirt, welcher bis $4^3/_4$ Uhr Abends weitere 24 Wehen folgten; um diese Stunde war die Vag.-Port. nahezu verstrichen, Orif. int. $^1/_2$" und man fühlte während der Wehe die sich spannende Fruchtblase und ausser der Wehe den vorliegenden Schädel deutlich; — bis $8^1/_2$ Uhr Abends wurden 33 Wehen gezählt und waren die Geburtswege sichtlich mehr aufgelockert. — Am 14. Juli um $4^3/_4$ Uhr Früh war nach 60 Wehen die Vag.-Port. vollkommen verstrichen, neben dem Kopfe eine Hand vorgelagert; nach 70 Wehen um

$5^3/_4$ Uhr Orif. $1^1/_2$", Hand noch immer vorliegend; da die Gebärende jedoch keine andere Lage als die Rückenlage vertrug, so konnte durch zweckmässige Seitenlagerung derselben nichts dagegen geschehen. Um 9 Uhr nach 100 Wehen war das Orif. zwar wulstig, jedoch schon 2" offen, leider wurde zu allem Ueberflusse nebst der Hand noch nach rechts vorne neben dem Kopfe eine pulsirende Nabelschnurschlinge vorliegend gefunden. — Um 12 Uhr 148 Wehen, Orif. gegen 3", rechts hinten die pulsirende Nabelschnur, Kopf nach links ausweichend, Hand keine mehr fühlbar, Blase sprungfertig, Scheidentemperatur 36.5° C., Puls 104, die Gebärende bereits in Folge der Angst sehr aufgeregt.

Da die Wehen nun regelrecht anhielten, bis $4^1/_4$ Uhr Abends 161 Wehen, so wurde der Katheter entfernt, und bis $6^1/_2$ Uhr (190 Wehen) gewartet; da sich jedoch die Gebärende einerseits bereits sehr schwach fühlte und Erlösung von ihrem Leiden dringlichst wünschte, andererseits auch die vorliegende Nabelschnur auffällig schwach pulsirte, somit das Leben des Kindes, wegen welchem man ja gerade den jetzigen Zeitpunkt zur Einleitung der Geburt gewählt hatte, in Frage kam; hiezu der Umstand, dass erfahrungsgemäss der zuletzt kommende Kopf leichter durchtrete, so erschien bei solchen bewandten Verhältnissen die raschere, i. e. künstliche Beendigung der Geburt dringlichst angezeigt, um so mehr, als auch weiters sehr zu bezweifeln war, dass bei dieser Beckenenge nach dem Blasensprunge die Geburt mit vorangehendem Kopfe so rasch verlaufen dürfte, dass das Kind trotz der dann vorgefallenen Nabelschnur lebend geboren werden würde.

Aus diesen Gründen wurde um diese Stunde unter Chloroformnarkose am Querbette zur Wendung auf den linken Fuss geschritten, welche nebst der Extraction des Rumpfes trotz des beengten Raumes leicht gelang; nicht so glatt ging es mit der Extraktion des Kopfes ab. Nachdem derselbe weder dem Pragernoch dem modifizirten Smellie'schen Handgriffe folgen wollte, so wurde, da Gefahr im Verzuge stand und eine Zangenoperation bei diesen Räumlichkeiten am querstehenden Kopfe ob ihres etwaigen günstigen Ausganges noch problematischer erschien, folgendes Manöver ausgeführt: während nämlich der modifizirte Smellie'sche Handgriff am Kopfe wirkte, wurde gleichzeitig ein vorsichtiger aber steter Zug am Beckenende ausgeübt; das wirkte, denn plötzlich wurde ein so rasches Nachgeben, i. e. Herabrutschen des Kopfes beobachtet, dass man im ersten Momente glauben

konnte, der Kopf sei vom Rumpfe abgerissen, während thatsächlich der Kopf, das Hinderniss am Beckeneingange überwindend, plötzlich bis zum Ausgange herabrückte; — einige Sekunden später war derselbe, den normalen Mechanismus durchmachend, glücklich entwickelt. Da bei diesen Manipulationen die nach dem künstlichen Blasensprunge bis vor die Schamspalte vorgefallene Nabelschnur ob des beengten Raumes unabwendbar fortwährend mehr minder gedrückt werden musste, so ist es erklärlich, dass das Kind (Knabe) um 6 Uhr 50 M. wachsgelb, scheintodt geboren wurde.

Anspritzen, Heraussaugen des in der Luftröhre angesammelten Schleimes, warmes Bad u. s. f. belebten das Kind, welches jedoch dessen ungeachtet am anderen Tage 15./7. um $5^1/_2$ Uhr Abends verschied; die Sektion ergab Apoplexia cereb. basilaris.

Das Kind entsprach dem Anfange des 8. Schwangerschafts-Monates und hatte folgende Masse:

Körperlänge		15″ 6‴
Kopfperipherie		11″ 6‴
gerade Kopfdurchmesser		3″ 9‴
vordere	Querdurchmesser	2″ 6‴
mittlere		2″ 9‴
hintere		3″

Dessen Gewicht betrug 3 Pfund W.-G.

Die Nachgeburt bot nichts Besonderes und wurde nach Credé entfernt.

Die Geburt hatte im Ganzen über $30^1/_2$ Stunden gedauert.

Wochenbett: Die Wöchnerin befand sich bis zum 2. Tage nach der Geburt ganz wohl, wo sie äusserte, dass sie in der rechten untern Extremität grosse Schmerzen verspüre, mit einem Worte, es stellte sich eine tüchtige Phlegmasia alba dolens heraus, welche jedoch auf den permanenten Gebrauch erregender Umschläge, Jodkali- und Merkurialsalben derart rasch schwand, dass die Pat. am 31./7. in ihre Heimat behufs weiterer Erholung entlassen werden konnte. Interessant war die Beobachtung, dass gleich nach der Geburt die in der Schwangerschaft so heftig anhaltenden Kreuzschmerzen nachliessen.

In diesem Falle hat sich wohl die Catheterisatio glänzend bewährt, ebenso erscheint der Moment zur Einleitung der Geburt glücklich gewählt.

Im Juli 1870 starb dieselbe zu Hause an der Lungentuberkulose — leider wurde mir die Obduktion durchaus nicht gestattet.

$5^3/_4$ Uhr Orif. $1^1/_2$", Hand noch immer vorliegend; da die Gebärende jedoch keine andere Lage als die Rückenlage vertrug, so konnte durch zweckmässige Seitenlagerung derselben nichts dagegen geschehen. Um 9 Uhr nach 100 Wehen war das Orif. zwar wulstig, jedoch schon 2" offen, leider wurde zu allem Ueberflusse nebst der Hand noch nach rechts vorne neben dem Kopfe eine pulsirende Nabelschnurschlinge vorliegend gefunden. — Um 12 Uhr 148 Wehen, Orif. gegen 3", rechts hinten die pulsirende Nabelschnur, Kopf nach links ausweichend, Hand keine mehr fühlbar, Blase sprungfertig, Scheidentemperatur 36.5° C., Puls 104, die Gebärende bereits in Folge der Angst sehr aufgeregt.

Da die Wehen nun regelrecht anhielten, bis $4^1/_4$ Uhr Abends 161 Wehen, so wurde der Katheter entfernt, und bis $6^1/_2$ Uhr (190 Wehen) gewartet; da sich jedoch die Gebärende einerseits bereits sehr schwach fühlte und Erlösung von ihrem Leiden dringlichst wünschte, andererseits auch die vorliegende Nabelschnur auffällig schwach pulsirte, somit das Leben des Kindes, wegen welchem man ja gerade den jetzigen Zeitpunkt zur Einleitung der Geburt gewählt hatte, in Frage kam; hiezu der Umstand, dass erfahrungsgemäss der zuletzt kommende Kopf leichter durchtrete, so erschien bei solchen bewandten Verhältnissen die raschere, i. e. künstliche Beendigung der Geburt dringlichst angezeigt, um so mehr, als auch weiters sehr zu bezweifeln war, dass bei dieser Beckenenge nach dem Blasensprunge die Geburt mit vorangehendem Kopfe so rasch verlaufen dürfte, dass das Kind trotz der dann vorgefallenen Nabelschnur lebend geboren werden würde.

Aus diesen Gründen wurde um diese Stunde unter Chloroformnarkose am Querbette zur Wendung auf den linken Fuss geschritten, welche nebst der Extraction des Rumpfes trotz des beengten Raumes leicht gelang; nicht so glatt ging es mit der Extraktion des Kopfes ab. Nachdem derselbe weder dem Pragernoch dem modifizirten Smellie'schen Handgriffe folgen wollte, so wurde, da Gefahr im Verzuge stand und eine Zangenoperation bei diesen Räumlichkeiten am querstehenden Kopfe ob ihres etwaigen günstigen Ausganges noch problematischer erschien, folgendes Manöver ausgeführt: während nämlich der modifizirte Smellie'sche Handgriff am Kopfe wirkte, wurde gleichzeitig ein vorsichtiger aber steter Zug am Beckenende ausgeübt; das wirkte, denn plötzlich wurde ein so rasches Nachgeben, i. e. Herabrutschen des Kopfes beobachtet, dass man im ersten Momente glauben

konnte, der Kopf sei vom Rumpfe abgerissen, während thatsächlich der Kopf, das Hinderniss am Beckeneingange überwindend, plötzlich bis zum Ausgange herabrückte; — einige Sekunden später war derselbe, den normalen Mechanismus durchmachend, glücklich entwickelt. Da bei diesen Manipulationen die nach dem künstlichen Blasensprunge bis vor die Schamspalte vorgefallene Nabelschnur ob des beengten Raumes unabwendbar fortwährend mehr minder gedrückt werden musste, so ist es erklärlich, dass das Kind (Knabe) um 6 Uhr 50 M. wachsgelb, scheintodt geboren wurde.

Anspritzen, Heraussaugen des in der Luftröhre angesammelten Schleimes, warmes Bad u. s. f. belebten das Kind, welches jedoch dessen ungeachtet am anderen Tage 15./7. um $5^1/_2$ Uhr Abends verschied; die Sektion ergab Apoplexia cereb. basilaris.

Das Kind entsprach dem Anfange des 8. Schwangerschafts-Monates und hatte folgende Masse:

Körperlänge		15″ 6‴
Kopfperipherie		11″ 6‴
gerade Kopfdurchmesser		3″ 9‴
vordere	Querdurchmesser	2″ 6‴
mittlere		2″ 9‴
hintere		3″

Dessen Gewicht betrug 3 Pfund W.-G.

Die Nachgeburt bot nichts Besonderes und wurde nach Credé entfernt.

Die Geburt hatte im Ganzen über $30^1/_2$ Stunden gedauert.

Wochenbett: Die Wöchnerin befand sich bis zum 2. Tage nach der Geburt ganz wohl, wo sie äusserte, dass sie in der rechten untern Extremität grosse Schmerzen verspüre, mit einem Worte, es stellte sich eine tüchtige Phlegmasia alba dolens heraus, welche jedoch auf den permanenten Gebrauch erregender Umschläge, Jodkali- und Merkurialsalben derart rasch schwand, dass die Pat. am 31./7. in ihre Heimat behufs weiterer Erholung entlassen werden konnte. Interessant war die Beobachtung, dass gleich nach der Geburt die in der Schwangerschaft so heftig anhaltenden Kreuzschmerzen nachliessen.

In diesem Falle hat sich wohl die Catheterisatio glänzend bewährt, ebenso erscheint der Moment zur Einleitung der Geburt glücklich gewählt.

Im Juli 1870 starb dieselbe zu Hause an der Lungentuberkulose — leider wurde mir die Obduktion durchaus nicht gestattet.

II. Die Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel.

1. Als geburtsbeschleunigendes Mittel, um an und für sich regelrechte Wehen zu verstärken.

X. Fall. Beschleunigung eines Abortus wegen Indicatio vitalis.

N. N., eine Zweitgeschwängerte, ward laut Prot. 2, Schuljahr 1859—1860 fast sterbend in die Anstalt gebracht. — Selbe war im 6. Monate schwanger und konnte wegen hochgradiger Athemnoth, als deren Ursache Emphysema pulmonum erkannt wurde, in keiner Stellung eine längere Zeit verweilen. — Da die weitere Untersuchung den Beginn eines Abortus erkennen liess, ward, um die Natur in ihrem Vorhaben zu unterstützen, und da erfahrungsgemäss in solchen Fällen eine schleunige Entleerung des Fruchthalters oft lebensrettend wirkt, zur Beschleunigung des Abortus die Catheterisatio uteri vorgenommen. Um $4^1/_2$ Uhr Abends wurde in einer halb sitzenden, halb liegenden Stellung der Patientin ein englischer Katheter ohne Mandrin so weit zwischen Eihäute und hintere Gebärmutterwand vorgeschoben, dass er kaum 1" weit aus der Schamspalte hervorragte; es war damals noch der Scheidentheil vorhanden, der Halskanal über $^1/_2$" lang, und der innere Muttermund für einen Finger offen. — Plötzlich trat um $7^1/_2$ Uhr Abends eine solche Athemnoth ein, dass die Patientin an Erstickung unentbunden starb. — Die vorgenommene Obduction liess ausser beiderseitigem Lungenemphysem keine andere Todesursache entdecken. — Der Scheidentheil war durch die gleich nach dem Einlegen des Catheters regelrecht auf einander folgenden Wehen vollkommen verstrichen und das Orificium externum über $^1/_2$" weit eröffnet.

XI. Fall. Catheterisatio uteri zur Vermeidung der Sectio caesarea post mortem.

Anzin Agnes, 40 Jahre alt, Taglöhnersweib von Laibach, zum 7. Male schwanger, ward laut Prot.-Nr. 211 am 23. Juni 1860 im letzten Stadium der Lungentuberculose in der Agonie zu dem Zwecke von der medizinischen Abtheilung an unsere Anstalt transferirt, um nach ihrem, jede Minute zu erwartenden Tode alsbald den Kaiserschnitt vorzunehmen. — Die geburts-

hilfliche Untersuchung ergab eine I. Schädellage, das dicke narbige Orificium externum war kaum 1″ weit und aus der zeitweilig eintretenden Spannung der Gebärmutter liess sich die bereits von der Natur begonnene Ausstossung des Eies erkennen.

Indessen Alles zur Sectio caesarea bereit gemacht wurde, ward, nachdem das Leben des Kindes constatirt war, in Erwägung gezogen, ob nicht etwa die Geburt auf eine schmerzlose Weise doch so beschleunigt werden könnte, dass der Austritt des Kindes möglicher Weise noch vor dem Tode der Mutter auf den natürlichen Geburtswegen erfolgen würde.

Zu diesem Zwecke ward in der Rückenlage der Patientin um 9¼ Uhr Abends ganz so wie in den früheren Fällen ein englischer elastischer Katheter ohne Draht in die Gebärmutter rückwärts eingeführt. — Siehe da, die Wirkung war überraschend, die Wehen steigerten sich alsbald so, dass bereits einige Minuten nach 10 Uhr der Muttermund vollkommen verstrichen war. Als sich da ein stärkerer Blutabgang, offenbar durch theilweise Lösung des Mutterkuchens hervorgebracht, einstellte, ward die Blase künstlich gesprengt, worauf (10¼ Uhr Abends) gleich die Geburt eines scheintodten unreifen Knaben, welcher alsbald belebt wurde, erfolgte. Das Kind mass in der Kopfperipherie 12″, 6‴ hatte eine Körperlänge von 16″ 4‴ und ein Gewicht von 3 Pfund 4 Loth und ward ein Monat später dem Vater aus der Findelanstalt zur weiteren Pflege übergeben. Die Mutter starb erst Morgens.

Bei diesem Falle drängt sich einem die Ansicht auf, dass allerdings möglicher Weise, wenn auch später, die Naturkräfte allein, ohne Nachhilfe die Geburt des Kindes noch vor dem Tode der Mutter vollendet hätten; aber da das Kind bei diesem künstlich beförderten raschen Verlaufe schon scheintodt zur Welt gekommen, wäre es im ersteren Falle wahrscheinlich, wo nicht gewiss, todt geboren worden, die Catheterisatio uteri hat daher in diesem Falle der armen Mutter sicher ihre letzten Lebensstunden erleichtert, und dem Kinde das Leben gerettet.

XII. Fall. Beschleunigung eines Abortus zur Lebensrettung der an typhoidem Icterus erkrankten Mutter.

Dieser Fall ist der Privatpraxis entnommen und ereignete sich im Jahre 1857, leider war ich damals verhindert, die genauen Daten über Anamnese, status praesens und Verlauf anzu-

merken, und kann nur das blosse Factum, jedoch wahrheitsgetreu in Kürze anführen.

Am 16. Dezember 1857 um 11½ Uhr Mittags war der Wundarzt Malavašic zur Frau M. J., Gerichtszustellersgattin, einer 33 Jahre alten Zeitgeschwängerten gerufen. Er fand eine beiläufig im siebenten Monate schwangere Frau, welche bewusstlos dalag und im höchsten Grade icterisch war, bei einem etwas starken Drucke auf die Lebergegend ward sie sehr unruhig. Er erklärte, dieselbe liege in der Agonie und liess allsogleich, nachdem er ein eröffnendes Clysma verordnet hatte, den Stadtphysikus Dr. Ritter v. Stöckl holen, welcher seine Ansicht theilte, und mich ob des jeden Augenblick möglicher Weise eintretenden Todes zur Vornahme der gesetzlich vorgeschriebenen Sectio caesarea post mortem einlud.

Ich kam so gegen 5 Uhr Abends hin, erklärte mich mit der Diagnose Cholaemia (acute Leberatrophie?) und dem rettungslosen Zustande der Schwangern einverstanden, schlug jedoch zur möglichen Lebensrettung der Mutter der Erfahrung gemäss, die Catheterisatio uteri behufs schleuniger Entleerung des Fruchthalters um so mehr vor, als sich an der zeitweilig eintretenden Spannung der Gebärmutter der Beginn der Geburt erkennen liess.

Als ich den Katheter ohne Stilet in der Rückenlage der Patientin in den Uterus einführte, war noch ein derber ½" langer Scheidentheil vorhanden und der innere Muttermund kaum für die Fingerspitze geöffnet.

Kaum war jedoch der Katheter eingeführt, so stellten sich die Wehen so kräftig ein, dass kurz vor 9 Uhr Abends bei vollkommen verstrichenem Orificium die Fruchtblase künstlich gesprengt werden konnte, und gleich darauf in einer I. Schädellage die Geburt eines nicht lebensfähigen Mädchens erfolgte, welches 36 Stunden lebte.

Die Patientin war nach der Geburt auffällig ruhig, kam jedoch erst am 3. Tage nach der Geburt zu sich und ward unter der weiteren Behandlung obbenannter Herren gesund; ein Umstand, welcher wohl gerade zur Annahme berechtiget, dass hier nicht eine acute Leberatrophie, sondern ein schwerer typhoider Icterus im Spiele war.

XIII. Fall. Catheterisatio uteri zur Vermeidung der sectio caesarea post mortem.

M. G., 28 Jahre alt, aus Laibach gebürtig, ward laut Prot. Nr. 54, am 5. Jänner 1861, um 2 Uhr Nachmittags, von der medizinischen Abtheilung sterbend in unsere Anstalt überbracht, zu dem Zwecke, um alsbald nach ihrem Tode den gesetzlich vorgeschriebenen Kaiserschnitt zur allfallsigen Rettung des Kindes vorzunehmen.

Die überbrachte Patientin, eine Erstgeschwängerte, litt an Pneumonia bilateralis mit hochgradiger Cyanose und Athemnoth. Der Grund des Uterus stand 3 Finger unterm Schwertknorpel, das Kind hatte eine II. veränderliche Schädellage, das Fruchtwasser schien etwas vermehrt; — die kindlichen Herztöne konnten wegen Unruhe der Patientin nicht herausgefunden werden; — die Gebärmutter selbst liess sich deutlich zeitweilig härter und gespannter anfühlen, die inneren Geburtstheile waren sämmtlich sehr gut aufgelockert, die Vaginalportion kaum $^1/_4$" lang, das glattrandige Orif. ext. gerade für die Fingerspitze offen.

Bei dem Umstande, dass, wie die Untersuchung lehrte, die Natur selbst bereits die Vorbereitungen zur Ausstossung des Eies begonnen hatte, wurde zur Unterstützung dieser Naturbestrebung die Catheterisatio uteri um so mehr eingeleitet, als dadurch wenigstens Hoffnung vorhanden war, ein lebendes Kind eher zu Tage zu fördern, als wie bei der Sectio caesarea post mortem.

Um $3^1/_4$ Uhr Nachmittags wurde in halbliegender, halbsitzender Stellung der Patientin ein englischer elastischer Katheter ohne Stilet nach links hinten in die Uterushöhle vorgeschoben, und als derselbe ob Unruhe der Kranken um $5^1/_4$ Uhr herausfiel, wurde er sogleich wieder, jedoch in der Richtung nach rechts hinten eingeführt. — Um $6^1/_4$ Abends war die Vaginalportion vollkommen verstrichen, jedoch die Athemnoth und Erstickungsgefahr derart gestiegen, dass eine ausgiebige Venaesection vorgenommen werden musste (auf der medizinischen Abtheilung waren bereits einige Venaesectionen gemacht worden.) Nun traten die Wehen so regelrecht ein, dass, obschon Patientin erst um $12^3/_4$ Uhr Nachts über Kreuzschmerzen klagte, um $4^1/_2$ Uhr Früh der Muttermund nach rückwärts verstrichen war. — Da sich die Kranke kurz vorher den Katheter, als die vermeintliche Ursache ihrer Schmerzen herausgezogen hatte, wurde nach

5 Uhr zur weiteren Geburtsbeschleunigung die Fruchtblase künstlich gesprengt, mit dem Erfolge, dass gleich darauf der Kopf ins Einschneiden kam, jedoch musste trotzdem alsbald schleunigst die Zange angelegt werden, da fast kein Puls mehr an der Mutter gefühlt werden konnte, und so wurde kurz vor 5½ Uhr Morgens ein scheintodter beiläufig 8monatlicher Knabe entwickelt, welcher bald darauf starb; einige Minuten später folgte ihm auch seine arme Mutter ins bessere Jenseits nach. — Die Nachgeburt wurde post mortem genommen. — Zum Tode des Kindes scheint die viermalige Umschlingung der Nabelschnur (22" lang) und der hiedurch unvermeidliche Druck der Zangenlöffel auf selbe das Seinige beigetragen zu haben. — Die Obduction der Mutter bestätigte die gemachte Diagnose.

Die Geburt hat vom Einlegen des Katheters 14½ Stunden gedauert, gewiss ein sehr kurzer Zeitraum für eine Primapara. Der unglückliche Ausgang für das Kind wäre, wenn die Geburt nicht künstlich angeregt worden, bei dem Umstande, dass die Kranke unbedingt noch unentbunden der Tod ereilt hätte, bei dem hiedurch nöthig gewordenen Kaiserschnitte um so sicherer eingetreten.

XIV. Fall. Fehlgeburt im 7. Monate — Gemini — Placenta praevia lateralis dextra — Febris puerperalis — Tamponade — Catheterisatio.

A. S., eine 28jährige Primipara, meldete sich laut Protokoll-Nr. 159 am 9. März 1863 um 6 Uhr Früh als Gebärende zur Aufnahme, mit der Angabe, dass von ihr viel Blut abgehe. — Sie wurde alsbald zu Bette gebracht, und wurde ihr, da ihrer Aussage nach die Blutung ohne irgend eine Veranlassung entstanden und die Wehen erst beim Hereingehen in die Anstalt eingetreten sein sollen, die strengste Ruhe anbefohlen, um so möglicherweise einen Stillstand sowohl der Blutung als der Geburt zu erreichen, um so mehr, als die Vaginalportion noch hart und über ½" lang war. — Es wurde daher, um jeden weiteren Reiz zu vermeiden, eine genaue äussere Untersuchung unterlassen und auch sonstens ein völlig passives Verhalten eingeschlagen; jedoch ohne Erfolg, denn die vom Blutträufeln begleiteten Wehen setzten nicht mehr aus, wesshalb am 10. März bei der Frühvisite eine genauere Untersuchung vorgenommen wurde. Der Grund der sehr ausge-

dehnten und dabei mehr minder stets gespannten Gebärmutter ragte bis zu dem Schwertknorpel, links war ein kindlicher Rücken deutlich zu fühlen, rechts dagegen auffällig viele kleine Kindstheile, Herztöne keine wahrnehmbar; fornix vag. fast leer, das glattrandige Orif. ext. bereits 1" weit und durch dasselbe nach rechts deutlich sehr verdickte, unebene Eihäute, welche mit Blutcoagula bedeckt waren, fühlbar, ob deren steter Spannung der vorliegende Kindstheil nicht zu eruiren war; während einer Wehe war unverkennbar der Blutabgang stärker.

Diagnose: Hydramnios und Blutung ob tiefem Sitze der Placenta.

Nun blieb der Status quo bis Abends 5 Uhr, um welche Zeit, weil die Blutung sich dennoch gesteigert hatte und zugleich die Wehen sich immer mehr als ungenügend herausstellten, das unter solchen Verhältnissen beste wehenbefördernde Mittel, der Kautschuktampon angewendet wurde. Man fühlte damals deutlich den ballotirenden Schädel. Die Wehen steigerten sich nun, wenigstens was ihre Schmerzhaftigkeit anbelangt, so sichtlich, dass bis 8 Uhr Abends 61 Wehen gezählt worden waren und man daher eine bedeutende Eröffnung des Orificium anzunehmen berechtigt sein konnte. Es wurde demgemäss der Tampon entfernt und bei der Untersuchung fühlte man rechts durch den nahezu 2" weiten Muttermund deutlich den Placentarrand, und nach links neben dem ballotirenden Schädel durch die gespannte Fruchtblase einen kleinen Kindstheil (Hand?); die Herztöne des Kindes waren links hörbar. Da die Mutter bereits sehr aufgeregt war (Puls 108), die Scheide beim Touchiren bei einer Temperatur von 30° R. sehr empfindlich und zum Glücke die Blutung sehr mässig war, wurde vom Wiedereinlegen des Tampons abgestanden und der Kreissenden einfach ob des vorgelagerten kleinen Kindstheiles eine rechtsseitige Lagerung angeordnet. Erst um 10½ Uhr Abends, da die Wehen fast gänzlich nachgelassen hatten, das gleich weit gebliebene Orificium aber nachgiebig und dehnbar war, wurde auf die gewöhnliche Weise bis zum Isthmus uteri mit, dann ohne Mandrin der Katheter soweit in die Uterushöhle nach links hinten vorgeschoben, dass er ganz in die Scheide zu liegen kam; hierbei wurde noch immer neben dem deutlich vorliegenden Schädel links der unbestimmbare kleine Kindstheil wahrgenommen, wesshalb nach geschehener Katheterisation die Mutter abermals die

rechte Seitenlage einnehmen musste; in welcher sie bis 2 Uhr Morgens (11. März) verblieb. — Da jedoch um diese Zeit die fieberhafte Aufregung der Mutter sich bedeutend gesteigert hatte (Puls 128, Brechreiz, heftiger Durst, sehr heisse trockene Haut, Scheidentemperatur 31° R.), so wurde nach Entfernung des Katheters bei 2" Orificium, nachdem der Oberkörper der Patientin tiefer gelagert worden war, mit einer Sonde vorsichtig die Blase seitlich gesprengt, um die Geburt unter solchen Umständen auf das Sicherste zu befördern. Die alsbaldige Untersuchung liess eine erste einfache Steisslage erkennen, und zwar eines auffällig kleinen Kindes, daher bei dem ferneren Umstande, dass trotz des Wasserabganges die Gebärmutter nahezu dieselbe Grösse und Spannung beibehielt, der gegründete Verdacht auf Zwillinge wach wurde, denn eine sichere Diagnose war auch jetzt ob der sehr kräftigen, nun rasch nach einander folgenden Wehen, welche eine halbe Stunde später den Steiss bereits zum Aufdrücken brachten, nicht möglich. Hier ist zu bemerken, dass gleich nach dem Blasensprunge neben dem Steisse kein anderer, weder kleiner noch grosser Kindstheil zu fühlen war, dagegen überragte die Placenta gegen 1" den Orificialrand, der Blutabgang war anhaltend, jedoch mässig. Um 3¼ Uhr musste ob Kaumpulsirens der Nabelschnur mittelst des modifizirten Smellie'schen Handgriffes der Kopf entwickelt werden und gleich darauf präsentirte sich in einer ersten Schädellage ein zweiter Fötus. 43 Minuten später musste die ballonartig, vor die Geschlechtstheile hervorgedrängte zweite Fruchtblase künstlich gesprengt werden, worauf das zweite Kind derart über die unterstützende Hand hervorgeschnellt wurde, dass es an der Nabelschnur über das Bettende, an welches die Mutter herabgerückt worden war (Querbett), zur Erde herab hing, ohne dass selbe abriss; übrigens war das 2. Kind todt.

Nachdem die Entfernung der Nachgeburt vergeblich nach Credés Methode versucht worden war, musste, da die auf's höchste fieberhaft aufgeregte Mutter bereits Zeichen von Blutleere erkennen liess, zur künstlichen Lösung der Nachgeburt geschritten werden, wobei sich die Placenta des 1. Kindes, eben jene, welche vorgelagert gewesen war, als fest verwachsen erwies. — Die Geburt des 1. Kindes hatte, vom Eintritte der Wehen gerechnet, 45¼ Stunden gedauert, von der Katheterisation 4¾ Stunden.

Die Kinder, das erste ein Mädchen (Kopfperipherie 11″ 5‴, Länge 15″ 6‴, Gewicht 2 Pfund 30 Loth), das 2. ein Knabe (Kopfperipherie 11″, Länge 14″, Gewicht 1 Pfund 28 Loth) entsprachen beiläufig dem 7. Monate. — Die Nachgeburt bestand aus 2 Placenten, 2 Chorion, 2 Amnion.

Die Mutter erkrankte an Peritonitis puerperalis und Endometritis septica, und genas; das erstgeborne Kind erlag einem Scleroma neonatorum.

Schlussbemerkungen:

1. Dieser Fall beweist wieder die Schwierigkeit der Zwillingsschwangerschafts-Diagnose bei einmal eingetretener Geburtsthätigkeit, und dann, wenn die Schwangerschaft noch weit von ihrem normalen Ende ist; hier sprachen alle auffindbaren Zeichen eher für Hydramnios, als für Gemini.

2. Der trotz 46stündiger Geburtsdauer bei Placenta praevia lat. dext. mässig zu nennende Blutverlust hat offenbar sowohl in der durch die grosse Ausdehnung der Gebärmutter bedingten Wehenschwäche, somit behinderten Eröffnung des Muttermundes, als auch in der festen Anwachsung der Placenta seinen Grund.

3. Die Katheterisation hat nicht ausgereicht; — ich glaube nicht allein die bedeutende Ausdehnung des Uterus, somit Spannung der Muskelfasern, als vielmehr der Umstand, dass letztere im 7. Monate noch nicht vollkommen physiologisch ausgebildet sind, mag die Mitursache der Wirkungslosigkeit sein; — dagegen hat sich der künstliche Blasensprung, wodurch die Spannung der Muskeln beseitigt wird, wieder glänzend bewährt, allerdings waren selbe durch die Tamponade und die Katheterisation hinlänglich gereizt — i. e. zur Kraftentwicklung vorbereitet worden.

4. Credés Methode zur Entfernung der Nachgeburt führte nicht zum Ziele — da dieselbe fest angewachsen war.

5. Hat sich in unserem Falle das öftere Messen der Scheidentemperatur als ein sicherer diagnostischer Massstab behufs Erkennung der Steigerung der Krankheit der Mutter, somit als Massstab zur richtigen Wahl des Zeitpunkts behufs Geburtsbeschleunigung erwiesen.

6. Bei dem Umstande, als 2 Eier befruchtet waren, sollte diese erhebliche Grösse- und Gewichts-Differenz zwischen den beiden Kindern etwa auf einer Nachempfängniss beruhen?

7. Von ganz besonderem Interesse ist aber, dass das zuerst mit dem Kopfe sich zur Geburt präsentirende Kind von dem

zweiten (nun ersten) verdrängt wurde, offenbar haben hier das Aufhören des aktiven Widerstandes von Seite des todten Kindes und die Tamponade dessen Verdrängtwerden erleichtert. Der Schädel wurde von mir und den übrigen Untersuchenden, — ich nenne nur meinen Assistenten Dr. Gregorič — deutlich vorliegend gefühlt, darüber kann kein Zweifel obwalten; anders ist es mit dem vorliegenden kleinen Kindstheile, war derselbe eine Hand? — Ich glaube nun selbst, nein, sondern ein Fuss; — ich glaube, dass nämlich das zweite Kind (nun erstes) eine ½ gedoppelte Steisslage innegehabt habe, dass aber, da beim Wasserabgange der vorliegende Kopf des ersten Kindes (nun zweiten) ein alsbaldiges volles Herabrücken hinderte, sich der Fuss an der Grenzlinie angestemmt und hinaufgestreift haben mag, und so eine einfache Steisslage entstand; der wichtigste Moment liegt jedoch jedenfalls darin, dass mit der Sonde die Eiblase des zweiten Kindes (nun ersten) gesprengt wurde.

XV. Fall. Cholaemia ex atrophia hepatis acuta — Catheterisatio uteri als geburtsbeschleunigendes Mittel.

M. M., eine 25jährige Zweitgebärende, wurde laut Prot. Nr. 242 am 5. Mai 1869 um 8½ Uhr Früh im bewusstlosen Zustande auf die Klinik gebracht, wo ihr icterisches Colorit vor Allem auffiel, obschon dasselbe nicht jenen intensiven Grad kundgab, wie es bei gewöhnlicher katarrhalischer Gelbsucht oft beobachtet wird. — Die alsbald vorgenommene Untersuchung ergab: der Uterusgrund bis zu den rechten Rippen hinaufreichend, der Uterus selbst abwechselnd hart und weich, somit waren bereits Wehen eingetreten; das Kind hatte eine erste Schädellage inne; Fornix vaginae gut entwickelt, Port. vaginalis uteri kaum ¼", Orif. ext. gegen ½" und konnte hindurch während einer Wehe deutlich die jeweilige Spannung der Fruchtblase beobachtet werden. — Die somit als Gebärende zu bezeichnende Patientin stöhnte fortwährend, war über alle Massen unruhig, besonders während jeder Wehe, und bei jeder Berührung, eigentlich Abtastung, des Gebärmuttergrundes in der Nähe der Lebergegend, was mich aufmerksam machte, die Leber näher zu untersuchen, und siehe da, in der ganzen Ausdehnung, wo sonst der vollkommen dumpfe, leere Schall der Leber

zu hören ist, wurde ein etwas gedämpfter, jedoch durchaus deutlich tympanitischer Schall wahrgenommen, besonders war der Schall ober der Magengegend, dem linken Leberlappen entsprechend, rein tympanitisch, beim etwas stärkeren Hineindrücken in der Lebergegend äusserte die Patientin lebhafte Schmerzempfindung, indem sich alsbald ihre Gesichtsmuskeln verzogen und sie lauter stöhnte. — Die Sclerotica war gelblich gefärbt, die Pupillen auf das äusserste erweitert, die Kiefer mehr oder minder fest aneinander geschlossen, Puls 102, die Temperatur der Scheide 36° C., Zuckungen keine.

Die inzwischen bei ihrer Begleiterin erhobene Anamnese ergab, dass die Person bereits seit 8 Tagen an Gelbsucht mit Erbrechen leide, während sie vorher niemals erbrochen habe; den 3. Mai sei sie noch Nachmittags spazieren gegangen; am 4. Mai habe sie noch Mittags wie gewöhnlich gegessen, obschon sie sich über Hitze und Kopfschmerzen beklagte; sie habe sich niedergelegt, sei jedoch bis 11 Uhr Nachts stets bei vollem Bewusstsein gewesen; um diese Stunde wurde sie plötzlich bewusstlos, bekam Zuckungen, welche sich um Mitternacht zu ausgesprochenen Fraisen (Convulsionen) steigerten, wesshalb der herbeigerufene Arzt, die Gefahr und ihre Nothlage einsehend, deren Uebertragung an die Gebäranstalt veranlasste.

Der vorangehende Icterus, die plötzliche Bewusstlosigkeit mit Convulsionen, die constatirte Grössen-Abnahme der Leber, die auffällig grosse Empfindlichkeit der Lebergegend in Verbindung mit den übrigen Symptomen liessen über die Diagnose: acute Leberatrophie mit Cholaemie, combinirt durch Schwangerschaft, keinen Zweifel.

Da unter diesen Verhältnissen erfahrungsgemäss vor Allem der Druck der schwangeren Gebärmutter auf die Leber, als eine der thatsächlich anzunehmenden Hauptursachen des Schwundes der Leber, ehemöglichst zu beseitigen kommt, um einmal der Mutter, wenn nicht Lebensrettung, denn solche erscheint bei diesem Prozesse wohl als eine Unmöglichkeit, so doch Erleichterung ihres Leidens zu verschaffen, so musste in erster Linie daran gedacht werden, die Entleerung des Fruchthälters möglichst rasch und dabei doch schonend zu bewerkstelligen, um zugleich das Kind, dessen Leben konstatirt war, nach Möglichkeit dem nachtheiligen Einflusse der schweren Bluterkrankung der Mutter

zu entziehen, da auch, wie bekannt, bei dieser Krankheit nahezu als Regel die Kinder todtgeboren werden.

Diesen wichtigen Gründen Folge gebend, erschien es somit nicht nur angezeigt, sondern vollkommen gerechtfertigt, die schon begonnene, allerdings sonstens dem statu quo entsprechende Wehenthätigkeit noch mehr anzuregen — anzufachen, und wurde daher demgemäss um $9^1/_2$ Uhr bei $^1/_2$" Orif. in der Rückenlage der Patientin ohne Mandrin nach links hinten ein mit Wachs verstopfter Katheter so weit in die Gebärmutterhöhle eingeschoben, dass derselbe mit seinem Knopfende kaum aus der Schamspalte hervorragte.

Um $11^1/_2$ Uhr war das Orif. uteri ext. bereits auf $1^1/_2$" eröffnet, jedoch ging schon seit einer Stunde ein braunes, schmieriges Blut aus den Genitalien ab, — und hatten sich um 10 Uhr 53 Min. Zuckungen in den Fingern eingestellt, zugleich war der Puls auf 96 herabgegangen.

Um 1 Uhr Mittags war das Orif. 3", die Wehen konnten nicht schöner bezüglich der Qualität als Quantität sein, daher um diese Stunde der Katheter entfernt wurde.

Um 1 Uhr 35 Minuten wurde zur weiteren Beschleunigung die Fruchtblase künstlich gesprengt, wobei viel auffällig gelbes Fruchtwasser abfloss, und 8 Minuten später war bereits die Geburt eines todten reifen Mädchens beendet, welches nicht die geringste Spur von Maceration zeigte.

Die Nachgeburt wurde 10 Minuten darauf nach Credé entfernt; die Placenta war von einem sogenannten Fibrinring umschlossen, und enthielt viele Schollen, deren Gewebe beim Schnitte gelblich war, offenbar von Gallenfarbstoff durchtränkt.

Die Gebärmutter war alsbald nach der Geburt normal contrahirt, und ging sehr wenig blutiger Lochialfluss ab.

Die Catheterisatio uteri hat in diesem Falle evident gewirkt, denn obschon bei der Einführung des Katheters das Orif. erst $^1/_2$" offen war, so erfolgte bereits in 4 Stunden 13 Minuten darauf die Geburt; — leider war das Kind dennoch der tödtlichen Blutbeschaffenheit erlegen.

Der während der Geburt mit dem Katheter entleerte Urin enthielt viel Gallenfarbstoffe, Eiweiss keines, und die Chloride waren fast gänzlich verschwunden.

Gleich nach der Geburt wurde die Pat. auffällig ruhiger, völlig bewusstlos lag sie am Rücken, nur hie und da, besonders

beim Betasten der Lebergegend, stöhnte sie, die Pupillen waren sehr weit und reagirten gegen das Licht gar nicht, die Kiefer waren trismusartig gegen einander geschlossen, so dass man die Zunge niemals besichtigen konnte, der Bauch war meteoristisch aufgetrieben; die wiederholt percutirte Lebergegend ergab überall hellen, tympanitischen Schall; starke Convulsionen wurden keine mehr beobachtet; anfänglich schluckte sie löffelweise eingeflösstes Wasser noch mechanisch, gegen Abend konnte sie auch nicht mehr schlingen; — der Puls war stets klein, frequent, immer mindestens 120 Schläge.

Der Urin musste mit dem Katheter genommen werden (und wurde leider nicht aufbewahrt). — Stuhlgang erfolgte keiner. — Ohne dass sich ein sonstiges wesentliches Symptom kundgab, ausser dass der Meteorismus sich steigerte und hie und da leichte Zuckungen sich zeigten, verlief die Nacht und am 6. Mai gegen 8 Uhr Früh erfolgte der Tod.

Von einer Therapie war natürlich keine Rede; Acida zum Getränke, kalte Umschläge auf den Kopf und erregende Umschläge auf die Lebergegend wurden verordnet.

Die 24 Stunden nach dem Tode vorgenommene Obduction bestätigte vollkommen die gestellte Diagnose *).

XVI. Fall. Geburtsbeschleunigung wegen Rheumatismus articulorum acutus.

Th. U., eine 20jährige Primipara, wurde am 15. September 1866 um $7\frac{1}{4}$ Uhr Abends von der medizinischen Abtheilung, wo sie seit 10. September wegen akutem Gelenksrheumatismus, den sie sich beim Wäschewaschen zugezogen hatte, in Behandlung stand, auf die Klinik transferirt, nachdem sich deutliche Wehen kundgegeben. Das Kind hatte eine I. Schädlage inne, die Port. vag. war noch $\frac{1}{4}$ Zoll lang. Sie erhielt innerlich Tinct. sem. colchici und hie und da ob der heftigen Schmerzen in den Gelenken $\frac{1}{12}$ Gr. Morphium; die Gelenke wurden in Werg eingehüllt, und sonst verhielt man sich ganz passiv, bis zum 19. September, $8\frac{3}{4}$ Früh, um welche Zeit, da trotz der Wehen das Orif. erst $\frac{1}{2}$ Zoll offen war, um die Geburt zu beschleunigen, und die Aermste von den doppelten Schmerzen zu erlösen, der Katheter

*) Detaillirt kommt der Fall in dem Jahrbuche 1869 der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien vor.

in der Rückenlage ohne Mandrin nach rechts hinten eingelegt wurde, der sich jedoch nur so weit einschieben liess, dass dessen Knopfende gegen drei Zoll aus der Schamspalte hervorragte, mit dem ausgezeichneten Erfolge, dass bereits um $3^3/_4$ Uhr Abends der Muttermund vollständig verstrichen war und man den Katheter entfernen konnte. Eine Viertelstunde später wurden die Eihäute in der Schamspalte gesprengt und unter Einem erfolgte die Geburt eines gesunden kräftigen Knaben. Die Mutter wurde drei Stunden später auf die medizinische Abtheilung zurücktransferirt, von wo sie seiner Zeit gesund entlassen wurde.

Die ganze Geburt hatte somit 3 Tage, $21^1/_4$ Stunden, vom Katheterisiren nur $7^1/_4$ Stunden gedauert.

XVII. Fall. Geburtsbeschleunigung wegen hochgradiger Dyspnoë in Folge Angina tonsillaris bei einer tuberkulösen IIIpara.

Am 1. Jänner 1868 wurde ich um halb 2 Uhr Mittags zur Bäckersfrau W . . . . ., einer 25jährigen IIIpara, schleunigst gerufen, mit dem Bemerken, das selbe wegen Athemnoth nicht gebären könne. Trotzdem dass ihr Morgens ein Arzt wegen hochgradiger Angina Blutegel mit dem Erfolge setzen liess, dass sich hierauf die Athemnoth besserte, hatte sich die Dyspnoë wieder derart gesteigert, dass sie mit jeder Wehe, beim Versuche mitzupressen, schwarz-blau wurde und zu ersticken glaubte; hiebei völlige Aphonie, Puls 120. Obschon die Wehen, welche sich um halb 7 Uhr eingestellt haben, dem status quo, nämlich einem nahezu verstrichenen Orificium ziemlich entsprachen, meinte ich dennoch, auf schonende Weise den Geburtsverlauf unter so bewandten Umständen noch beschleunigen zu müssen; ich schob daher alsbald einen Katheter ohne Mandrin in der Rückenlage nach links hinten soweit in die Gebärmutter ein, dass das Köpfchen desselben in die Scheide zu liegen kam, und zwar mit dem Erfolge, dass hierauf Wehe auf Wehe folgte, um $2^1/_4$ Uhr die Blase sprang (worauf der Katheter entfernt wurde), und um halb 3 Uhr bereits in I. Schädellage die Geburt eines kräftigen Knaben vollendet war, welcher gesund blieb.

Die Geburt hatte im Ganzen 8, vom Katheterisiren 1 Stunde gedauert. Die Wöchnerin litt an den heftigsten Nachwehen, die Angina verlief dann günstig, jedoch eine Peritonitis hätte sie

bald an den Rand des Grabes gebracht. Im September 1870 erlag dieselbe ihrem Lungenleiden.

XVIII. Fall. Catheterisatio zur Verhüthung eines Blutsturzes bei heftiger entzündlicher Lumbago.

Frau A. F., eine 28jährige Vpara, hatte bereits seit 2 Tagen Geburtsmahnungen, und konnte sich ob einer nicht die geringste Bewegung zulassenden, äusserst schmerzhaften Lumbago eben der Schmerzen wegen nicht rühren, so dass ich, am 18. Februar 1868 herbeigerufen, die Patientin in der grössten Fieberhitze (Puls 120) liegend fand.

Der Uterus liess (4 Uhr Abends) deutliche Contractionen wahrnehmen, war jedoch durch Hydramnios beträchtlich ausgedehnt, das Kind präsentirte sich in einer veränderlichen I. Schädellage, Fornix vaginae war schlecht entwickelt, durch denselben der ballotirende Kopf fühlbar, die Vaginalportion gegen $^1/_4$ Zoll lang, überdiess die Gebärende von einer entsetzlichen Angst gequält, dass sie diessmal der Geburt erliegen werde; eine Angst, welche insoferne einige Berechtigung hatte, als die Frau fast bei allen Geburten von den heftigsten Blutstürzen in der 5. Periode heimgesucht worden war.

Um daher die Gebärmutter zu nachgiebigeren Zusammenziehungen anzuregen, und so möglicherweise einem Blutsturze in der Nachgeburtsperiode vorzubeugen, legte ich um 9 Uhr Abends einen englischen Katheter ohne Mandrin nach links hinten in der Rückenlage ein; es war damals die Vaginalportion gerade vollkommen verstrichen und das Scheidengewölbe durch den vorliegenden Schädel gut ausgefüllt.

Um $10^3/_4$ Uhr Abends war das Orif. 1″, um halb zwölf Uhr Abends bei $1^1/_2$″ Weite des Orif. erfolgte der Blasensprung, und wurde der Katheter entfernt. Die Wehen wurden nun so kräftig, dass bereits um $1^1/_4$ Uhr Nachts des 19. Februar die Geburt eines kräftigen Mädchens erfolgte, und bald darauf die Nachgeburt ausgestossen wurde, — somit $4^1/_4$ Stunden nach der Katheterisation Alles glücklich beendet schien; — als auf einmal die Gebärende ohnmächtig wurde und sich alle Erscheinungen eines innerlichen Blutsturzes einstellten, und zwar in so hohem Grade, dass selbe durch 2 Stunden bewusstlos und längere Zeit nahezu pulslos war.

Kneten der von den Blutcoagulis entleerten Gebärmutter, Eisüberschläge, fortwährendes Reiben des Uterusgrundes, wiederholtes Entleeren des Gebärmutterinhaltes, Einlegen von Eisstückchen, Sekale-Klystiere u. s. f. nebst innerlichem Gebrauche von Kraftsuppe, Wein, Zimmttinktur u. s. f. brachten die Patientin endlich um 4 Uhr Früh ausser Gefahr.

Das Wochenbett verlief über alle Erwartung günstig, trotzdem dass sich heftige Schüttelfröste einstellten; Chinin und Purgantien wurden mit sichtlichem Erfolge angewendet; und von Interesse war die Beobachtung, dass die Patientin sich bereits des andern Tages nach der Geburt viel leichter bewegen konnte, und am 4. Tage nach der Geburt die Lumbago ganz verschwunden war.

Als ein, meiner Erfahrung nach, sehr günstiges prognostisches Zeichen im Wochenbette erwies sich mir stets der Herpes labialis, so auch in diesem Falle.

Die Geburt hatte im Ganzen 2 Tage und $9^1/_4$ Stunden, vom Katheterisiren $4^1/_4$ Stunden gedauert.

XIX. Fall. Drillingsgeburt mit Ausbruch der echten Blattern während derselben.

G. G., eine 24jährige IIpara aus Gottschee, wurde laut Prot.-Nr. 308 den 22. Juni 1868 als Schwangere mit der sicheren Diagnose „Gemini“ aufgenommen; die Menses waren am 8. November 1867 ausgeblieben. Am 15. Juli um 3 Uhr Früh meldete sie sich als Kreissende, nachdem sie bereits den ganzen vorhergehenden Tag ein Kneipen und Ziehen im Bauche verspürt hatte und sich seit Mitternacht deutliche Wehen kundgaben. Die äusserst schwierige Untersuchung ergab links im Gebärmuttergrunde deutlich einen Kopf und im gut entwickelten Fornix vag. auch einen Kopf (I. Schädellage); die Vaginalportion $^1/_2$“ lang. Die Wehen zwar deutlich unterscheidbar, jedoch sehr lang aussetzend, die Gebärende in etwas aufgeregt. Abends um 6 Uhr status idem, ebenso am 16. Juli um $3^1/_2$ Uhr Früh, nur mit dem Unterschiede, dass die Gebärende ein ausgesprochenes Fieber erkennen liess — Puls 120, Scheidentemperatur 39.7° Cels. — wesshalb bei so bewandten Umständen eine Geburtsbeschleunigung, resp. Wehenanregung angezeigt erschien. Um diese Zeit wurde daher in der

Rückenlage bei noch vorhandener Vag.-port. bis zum gegen $^3/_4$" offenen inneren Muttermunde der engl. elast. Katheter mit, dann ohne Mandrin so weit nach links hinten in die Gebärmutterhöhle eingeschoben, dass dessen Knopfende, welches alsbald mit Wachs verstopft wurde, ganz in den Scheidenkanal zu liegen kam, worauf sich die Wehenthätigkeit so regelte, dass nach 49 Wehen die Vaginalportion vollkommen verstrichen war und um $11^1/_4$ Uhr Mittags der Katheter entfernt werden konnte.

Nachdem jedoch nach einem um 10 Uhr schon vorhergegangenen Schüttelfroste bei der intensivsten trockenen Hitze, heftigem Kopfschmerze, einem Pulse von 136 Schlägen und einer Scheidentemperatur von 40.2° Cels. sich plötzlich am ganzen Körper und vor Allem im Gesichte unverkennbare Spuren einer ausbrechenden Variola vera manifestirten, erschien trotz der ziemlich geregelten Wehenthätigkeit ein energischerer Geburts-Fortschritt umsomehr angezeigt, als die zwei Foetus der Blatternvergiftung je eher desto besser entzogen werden mussten, sollten sie anders am Leben erhalten werden. Bei 1" weitem Orif. um $1^1/_2$ Uhr Mittags wurde daher der hohe Blasenstich vorgenommen, worauf sich drei Seitel Fruchtwasser entleerten und die Wehen derart steigerten, dass um 3 Uhr das Orif. vollkommen verstrichen war und um $3^1/_4$ Uhr bereits die Geburt des ersten lebenden Kindes (Knaben) erfolgte. Der Umfang des Unterleibes von noch 106 Centimeter liess die Zwillingsdiagnose ausser allem Zweifel, jedoch ebenso schien der Verdacht auf Drillinge gerechtfertigt, als man bei vorliegender Schulter durch Reperkutiren im Grunde und Körper je einen Kopf unterscheiden konnte, obschon nicht leicht, weil die Spannung der Bauch- resp. Uteruswandungen ein tieferes Hineindrücken beim Untersuchen nicht zuliess und die Gebärende sich auch ob Schmerzen und fieberhafter Aufregung unbändig herumwarf.

Um $4^1/_4$ Uhr, da die äussere Wendung durch Lagerung ob der Unruhe der Kreissenden einerseits und dann ob der Spannung der Uteruswandungen andererseits nicht möglich war, schritt ich zur Wendung durch innerliche Handgriffe und zwar auf den Steiss (I. Steisslage) und sprengte hierauf die Blase. Die Geburt des Kindes wurde nun weiters der Natur überlassen, und erfolgte dann auch bis zum Nabel desselben sehr rasch; erst als sich die Nabelschnur pulslos erwies, wurde durch den Hütter'schen und modificirt Smellie'schen Handgriff um $4^1/_2$ Uhr Abends

die Extraktion schnell bewerkstelligt, um das Kind (Knabe) möglicher Weise am Leben zu erhalten; — dessenungeachtet war es bereits abgestorben, alle Lebensversuche erwiesen sich fruchtlos.

Die alsbald vorgenommene Untersuchung liess nun richtig eine sich spannende dritte Blase und hindurch den Schädel mit vorgelagerten kleinen Kindstheilen wahrnehmen, bei einem Bauchumfange von 97 Centimeter; es wurden nun, um eine möglichst gute Zusammenziehung zu erzielen und Nachblutungen zu verhüten, prophylaktisch in 10 Minuten langen Pausen drei 10granige Secale-Dosen verabreicht. Als sich jedoch die Gebärende ob der Schmerzen wie rasend geberdete, wurde, um überdiess das Kind der Möglichkeit des Absterbens zu entreissen, nach $4^3/_4$ Uhr die Blase gesprengt, wobei neben dem in erster Position sich präsentirenden Schädel die rechte Hand und ein Fuss vorfielen, letzterer wurde momentan reponirt, erstere angelagert gelassen, indem der Kopf alsbald vorrückte, somit hiedurch kein Hinderniss zu befürchten war; beim Vorrücken des Kopfes streifte sich jedoch auch die Hand von selbst zurück, und der Durchtritt erfolgte um 5 Uhr so exorbitant rasch, dass sich ein kleiner Mittelfleischriss ereignete; das Kind, auch ein Knabe, war bereits todt und zeigte, wie das zweitgeborene, am ganzen Körper Ecchymosen wie Flohstiche. Da der Schwächezustand der Gebärenden ein furchterregender wurde, und die Entfernung der Nachgeburt nach Credé nicht gleich gelang, so wurde dieselbe künstlich gelöst, wobei sich eine handtellergrosse Partie der 3. Placenta links im Grunde eingesackt innig adhärirend herausstellte, jedoch sich leicht loslösen liess.

Der Patientin wurde alsbald Wein verabreicht, worauf sich der Puls auf 108 Schläge herabminderte und sichtlich an Stärke hob, — des andern Tages wurde selbe sammt dem Kinde auf die Blatternabtheilung transferirt, woselbst am 4. Tage das Kind starb, ohne dass sich an demselben eine Blatterneruption zeigte; die Mutter wurde seinerzeit gesund entlassen.

Die Nachgeburt hatte ein Gesammtgewicht von 2 Pfund 4 Loth und bestand aus 3 Placenten, 3 Chorion und 3 Amnion, die Nabelschnurgefässe communicirten nirgends miteinander, die Placenten b. und c. bildeten scheinbar eine Placenta; die Länge der Nabelstränge betrug bei a. $17^1/_2$", bei b. $18^1/_2$" und bei c. $21^1/_2$" und war letztere um den Rumpf geschlungen gewesen; die Insertion war bei a. und b. $^3/_4$" vom Rande, bei c. central.

Die Kinder — Knaben — ergaben bezüglich des Gewichtes und Masses folgende Resultate:

a. Kopfperipherie $13^1/_4$", Länge 17", Gewicht 3 Pfd. 16 Loth;
b. „ $12^1/_4$", „ $17^1/_2$", „ 3 Pfd. 30 Loth;
c. „ $12^1/_4$", „ $17^1/_2$", „ 3 Pfd. 23 Loth;

entsprachen somit dem 9. Monate, und waren so kräftig, dass sie unter anderen Umständen geboren, am Leben erhalten worden wären, denn dass deren Tod in Folge des Blatterngiftes erfolgte, steht meiner Ansicht nach zweifellos da.

Die Geburt hat im Ganzen 41 Stunden, vom Katheterisiren $13^1/_2$ Stunden gedauert.

XX. Fall. Vorzeitiger Blasensprung — Catheterisatio als geburtsbeschleunigendes Mittel wegen Blutgang.

Laut Prot.-Nr. 224 trat die 25jährige Ipara L. T. am 18. April 1869 um 8 Uhr Früh ein, nachdem sie schon seit 3 Uhr die Wehen verspürte, um $6^1/_2$ Uhr die Fruchtblase gesprungen war, und seitdem sich auch ein Blutgang eingestellt habe. Fornix vag. schlecht entwickelt, Orif. $1^1/_2$", neben dem in II. Position sich präsentirenden Schädel nach rechts eine Hand vorliegend, zugleich eine ziemliche Blutung.

Durch linksseitige Lagerung wurde bis $9^1/_2$ Uhr die Hand reponirt, da jedoch die Blutung sich steigerte, so erschien trotz der guten Wehen eine weitere Verstärkung derselben behufs rascherer Beendigung der Geburt angezeigt, und ward daher wie gewöhnlich nach links hinten katheterisirt. — Bereits um $11^1/_2$ Uhr war das Orif. verstrichen, da jedoch die Blutung noch immer anhielt, die Kopfgeschwulst schon eine bedeutende war und die Herztöne schwächer zu hören waren, so wurde der Katheter entfernt, am zangenrechten Schädel die Zange angelegt und um $12^1/_2$ Uhr erfolgte die Extraction eines Knaben, der am 14. Tage an Peritonitis starb; die Mutter erkrankte an einer leichten Perimetritis und genas.

Die Geburt hatte im Ganzen $9^1/_2$, vom Katheterisiren 3 Stunden gedauert.

XXI. Fall. Beschleunigung einer Fehlgeburt im VI. Monate ob Eclampsie.

Am 16. April 1864 um 8 Uhr Früh wurde ich von Kollega Dr. v. Stöckl zur 29jährigen ledigen Ipara M. B., welche im VI. Monate schwanger sei und seit 2 Uhr Früh an eclamptischen Anfällen leide, als Consiliarius gerufen. Da Patientin bei den Anfällen im Gesichte schwarzblau wurde, ward um 9 Uhr eine ausgiebige Venäsektion vorgenommen; der Uterus spannte sich deutlich, die Vag.-port. war $^1/_4$" lang, Halskanal gleichwandig, $^1/_2$" lang, Orif. int. für den Finger offen, deutlich der ballotirende Schädel erkennbar. Patientin blieb fortwährend bewusstlos, nur während jeder Spannung des Uterus etwas Unruhe kundgebend. Da jedoch Anfall auf Anfall folgte, und die Geburt zweifellos begonnen hatte, so schien deren Beschleunigung unbedingt angezeigt und wurde um $10^3/_4$ Uhr bei $^3/_4$" Orif. zuerst mit, dann ohne Mandrin nach links hinten katheterisirt. Der Erfolg war überraschend, denn um $1^3/_4$ Uhr Mittags sprang bereits die Blase und mit der Entfernung des Katheters erfolgte auch schon in erster Schädellage die Geburt eines dem Ende des 6. Monates entsprechenden todten Mädchens. Die Anfälle setzten jedoch auch nach der Geburt nicht aus, bis $7^1/_2$ Uhr Abends wurden 18 Anfälle gezählt. Um $8^1/_2$ Uhr Abends wurden Blutegel applicirt, jedoch ohne Wirkung, denn Patientin blieb bewusstlos bis zum am 17./4. um 7 Uhr Abends erfolgten Tode; obschon die ausgesprochenen Anfälle an und für sich schwächer und seltener wurden, so gaben sich dafür ununterbrochen Zuckungen kund. Die Therapie bestand in häufigen $^1/_{10}$ Gr. Morphiumdosen, kühlendem Getränke und Eisumschlägen.

Die Geburt hatte, vom 1. Anfalle gerechnet, nahezu 12, vom Katheterisiren 3 Stunden gedauert.

XXII. Fall. Geburtsbeschleunigung wegen hochgradiger Dyspnoë bei Lungentuberkulose — II. einfache Steisslage.

Am 29. Februar des Schaltjahres 1864 langte ich unter fürchterlichem Schneegestöber, nachdem ich nahezu bei der Ueberfuhr im mächtig angeschwollenen Feistritzflusse ertrunken wäre,

nach 10 Uhr Abends in Lustthal bei Laibach an, und fand die meine Hilfe suchende Patientin, eine circa 35jährige Bäuerin, VIpara, am Bettrande sitzend, da sie ob höchster Athemnoth keine andere Lage vertrug, sie war nahezu stimmlos, im letzten Stadium der Lungentuberkulose und befand sich im 10. Monate der Schwangerschaft. Die beantragte alsbaldige Unterbrechung der Schwangerschaft wurde entschieden verweigert, und nachdem ich einige Palliativa, Morphium u. s. w. verordnet, musste ich unverrichteter Dinge heimkehren.

Am 2. März wurde ich abermals schleunigst zur Patientin gerufen, da sie seit 2 Uhr Wehen verspüre und ihre Schwäche und Athemnoth den höchsten Grad erreicht haben, denn sie ringe faktisch mit dem Erstickungstode; was ich bei meiner Ankunft um 6 Uhr Abends bestättiget fand.

Der Uterus wurde abwechselnd hart und weich, das Kind hatte eine II. einfache Steisslage, Herztöne waren keine hörbar; Vag.-port. noch $^1/_2$", Halskanal gegen $^3/_4$", alles sehr aufgelockert, Orif. int. für den Finger durchgängig, die Fruchtblase sich beim Hartwerden dar Gebärmutter deutlich spannend, somit kein Zweifel über den von der Natur eingeleiteten Geburtsbeginn.

Ich führte alsbald in halb sitzender, halb liegender Stellung den Katheter zuerst mit, dann ohne Mandrin, wie gewöhnlich, nach links hinten so weit ein, dass er ganz in die Scheide zu liegen kam, um so durch rasche Entleerung des Fruchthalters die Erstickungsgefahr momentan zu beseitigen. Der Erfolg war überraschend, um 10 Uhr Abends war Orif. 2", um $11^1/_4$ Uhr bei verstrichenem Orif. der Blasensprung und wurde der Katheter entfernt; gegen 12 Uhr drückte der Steiss bereits auf, und da sich beim Durchschneiden die Nabelschnur pulslos erwies, wurde zur möglichen Lebensrettung alsbald extrahirt, jedoch vor $12^1/_2$ Uhr ein todtes Mädchen entwickelt, dessen Kopfknochen bereits schlotterten, welches somit schon früher abgestorben war; — bald darauf folgte die Nachgeburt. Die Patientin fühlte sich wie neugeboren, nichtsdestoweniger erlag sie einige Tage später ihrem Leiden.

2. *Die Catheterisatio uteri als wehentreibendes Mittel, um regelwidrig schwache Wehen zu bessern.*

a) Vor dem Blasensprunge.

XXIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

A. Anna, 30 Jahre alt, eine Erstgebärende, kam laut Prot.-Nr. 34, Schulj. 1859—60 am 1. December 1859 um 9 Uhr mit 1" weitem, derbem Orificium externum und sehr schwachen Wehen auf das Kreissbett. Nachdem zwei Sitzbäder, wovon das letzte mit dem Badespiegel, angewendet worden waren und dadurch die Derbheit des Muttermundrandes zwar sich vermindert, jedoch die Wehen sich nicht verbessert hatten, ward um $9^1/_2$ Uhr Abends ($26^1/_2$ Stunden seit Beginn der Wehen) in der Rückenlage der Kreissenden zur Catheterisatio uteri bei 1" weitem Orif. geschritten, indem ganz so wie gewöhnlich ein Katheter ohne Mandrin nach hinten eingeführt wurde. Da die Wehen sich gleich darauf nicht nur verbesserten, sondern so steigerten, dass es keines weiteren Erregungsmittels bedurfte, um die Geburt zu vollenden, wurde um 4 Uhr Früh bei $2^1/_2$" weitem Muttermunde der Katheter entfernt. Sieh da, um $5^1/_2$ Uhr Früh erfolgte bei bereits vollkommen verstrichenem Muttermunde der Blasensprung und $^5/_4$ Stunden später war die Geburt eines kräftigen Mädchens in einer I. Schädellage vollendet, d. i. $9^1/_4$ Stunden nach dem Einlegen des Katheters. Der durch die Grösse des Kopfes ($14^1/_2$" Peripherie) bewirkte Mittelfleischriss wurde eine Stunde nach der Geburt durch die Episioraphie vollkommen hergestellt. Mutter und Kind wurden gesund entlassen.

XXIV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

F. Maria, 33 Jahre alt, zum ersten Male schwanger, kam laut Prot.-Nr. 72 am 9. Jänner 1860 um 9 Uhr Früh, nachdem 3 Stunden vorher die ersten Wehen eingetreten waren, aufs Kreissbett; der Muttermund war über $^1/_4$" weit, rund, glatt, aber dickrandig, die Wehen waren entsprechend und das Kind hatte eine I. Schädellage inne. Da bis 5 Ubr Abends keine Veränderung sichtbar war, wurde ein Sitzbad und öfteres Wechseln der Lage der Mutter angeordnet, jedoch ohne Erfolg, denn am 10.

um 9 Uhr Früh war derselbe Status. — Der Kreissenden wurde nun gestattet, im Kreisszimmer herumzugehen und sonst nichts angewendet; den ganzen Tag und die folgende Nacht, wo sie sogar zeitweilig von den Wehen unbelästigt schlafen konnte, waren die Wehen so schwach, dass am 11. bei der Morgenvisite der Muttermund erst $1\frac{1}{2}$" weit eröffnet war. Um dieser ausgesprochenen Atonie der Gebärmutter entgegenzuwirken, ward daher in der Rückenlage der Kreissenden mit einem englischen Katheter ohne Mandrin ganz so wie im früheren Falle die Uterinal-Catheterisation vorgenommen, worauf sich alsbald die Wehen derart steigerten, dass um 12 Uhr Mittags das noch immer dickrandige Orificium schon über 2" Weite hatte. Da jedoch trotz der sehr kräftigen und schmerzhaften Wehen der Muttermund sich nicht nur nicht erweiterte, sondern sein Rand stets wie eine Violinsaite gespannt blieb und die leiseste Berührung desselben grossen Schmerz verursachte, so wurde, indem sich nun das Geburtshinderniss als von einer Stricturа orificii ausgehend kundgab, um $3\frac{1}{4}$ Uhr Nachmittags nach Entfernung des Katheters die blutige Erweiterung des Muttermundes mittelst eines feststehenden Herniotoms vorgenommen, und zwar links gegen 4—5‴ und rechts gegen 3‴ tief eingeschnitten. Bei dieser Operation ward leider zufällig die Blase gesprengt, das abfliessende Fruchtwasser war jedoch schon bedeutend missfärbig. — Den besten Beweis der richtig gestellten Indication bezüglich dieses operativen Eingriffes gab die eine Stunde später erfolgte Geburt eines lebenden starken Mädchens. Die ganze Geburt hatte $72\frac{1}{4}$ Stunden gedauert, von der Catheterisation an jedoch nur $8\frac{1}{4}$ Stunden. — Die Mutter erkrankte an einer Endo- und Perimetritis und war bereits Reconvalescentin, als sie gegen die Erlaubniss in der Nacht auf den kalten Abort ging und gleich darauf eine so heftige Peritonitis universalis bekam, dass sie auf die medizinische Abtheilung transferirt werden musste, wo sie einige Wochen später starb.

XXV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

S. Maria, 23 Jahre alt, eine Erstgebärende, kam am 29. Juli 1860 Mittags, Anfangs der zweiten Geburtszeit, laut Prot.-Nr. 239 auf's Kreissbett; der Muttermund war derb und wulstig, jedoch

ohne Einrisse, das Kind hatte eine II. Schädellage, die Mutter litt überdiess an fluor albus. — Nachdem um $7^1/_2$ Uhr der Muttermund kaum Zoll weit war und sonst dieselbe Beschaffenheit darbot, ward durch $^5/_4$ Stunden ein Sitzbad verabfolgt, jedoch ohne Erfolg, wesshalb, da überdiess die Wehen auffällig schwach waren, um $9^3/_4$ Uhr ein zweites Sitzbad durch eine halbe Stunde verabreicht wurde, wodurch in der That der Muttermund mehr aufgelockert und dünnrandiger geworden war. Da sich aber die Wehen nicht verbessern wollten, trotzdem, dass die 2. Periode schon 10 Stunden dauerte, ward um $11^1/_4$ Uhr Abends als Wehen beförderndes Mittel zur Catheterisatio uteri geschritten.

Bei kaum 2″ weitem Orif. ward in der Rückenlage der Kreissenden der Katheter ohne Draht so weit nach links hinten eingeführt, dass er aus der Schamspalte beiläufig $1^1/_2$ Zoll hervorragte. Alsbald wurden die Wehen sehr kräftig und schmerzhaft, so dass in $1^1/_2$ Stunden der Muttermund verstrichen war; nach Entfernung des Katheters wurde die Blase gesprengt, und $^3/_4$ Stunden später erfolgte die Geburt eines reifen Knaben. Die ganze Geburt hatte 25 Stunden vom Beginn der Wehen und $2^3/_4$ Stunden vom Einlegen des Katheters gedauert.

Im Wochenbette trat eine geringe fieberhafte Exacerbation ein, welche auf einige Dosen Muriat. chin. bald wich, so dass Mutter und Kind gesund entlassen werden konnten.

XXVI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

F. Theresia, 21 Jahre alt, zum ersten Male schwanger, kam am 29. August 1860, laut Prot.-Nr. 263, um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags, nachdem bereits am vorhergehenden Tage um 5 Uhr Abends die Wehen begonnen haben sollen, an die Anstalt. Das Kind hatte eine I. Schädellage, der Muttermund war $1^1/_2$ Zoll weit, die Wehenpausen sehr lange. Obschon die Wehen die ganze Nacht anhielten, waren sie so schwach, dass der Muttermund am 30. um 9 Uhr Früh kaum 2″ weit geworden war.

Wegen dieser ausgesprochenen Trägheit der Gebärmutter ward daher zur Wehenanregung ein elastischer Katheter ohne Stilet in der Rückenlage, so weit wie in den früherenFällen in die Gebärmutter nach links hinten eingeschoben. Diese Catheterisation der Gebärmutter hatte einen so ausgezeichneten Erfolg, dass um

2 Uhr 40 Minuten Nachmittags der Muttermund bereits vollkommen verstrichen war, und die Fruchtblase bis in die Schamspalte herabgedrängt wurde, wesshalb der Katheter entfernt und die Blase künstlich gesprengt wurde, worauf 13 Minuten später die Geburt eines 9monatlichen Knaben erfolgte. Mutter und Kind wurden der Findelanstalt gesund übergeben.

In diesem Falle hatte somit die Geburt vom Beginne der Wehen bis zum Einführen des Katheters 40 Stunden und von dort an nur noch 5 Stunden 53 Minuten gedauert.

XXVII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Am 25. Oktober 1860 ward ich um 8 Uhr Früh zu Frau D., Beamtensgattin, gerufen, indem selbe bereits seit 22. 8 Uhr Abends Wehen habe, aber dennoch die Geburt nicht vorwärts gehen wolle und die Kreissende bereits sehr schwach sei. Ich fand eine kränklich aussehende schwächliche Frau von 23 Jahren, welche die ganze Schwangerschaft an Husten gelitten haben soll; sie war zum 4. Male schwanger.

Der Uterus war eiförmig, das Fruchtwasser in mässiger Menge, das Kind hatte eine II. Schädellage, die Wehen waren sehr kurz und unausgiebig, dagegen die Wehenpausen sehr lang und die Gebärende klagte während den Wehen über ein heftiges Herabdrängen, jedoch ohne Kreuzschmerzen.

Innen war das Scheidengewölbe gut ausgebildet, das Orificium externum 1" weit mit einem weichen und nachgiebigen Rande; die Fruchtblase spannte sich kaum während einer Wehe. Da die Kranke nur erlöst zu werden wünschte, so unternahm ich zur Beseitigung dieser ausgesprochenen Atonia uteri um halb 9 Uhr in der Rückenlage derselben mit einem stiletlosen englischen Katheter die Catheterisatio uteri wie gewöhnlich.

Der Erfolg war wundervoll, kaum ¼ Stunde nach der Operation erwachte die Wehenthätigkeit, und zwar so, dass Wehe auf Wehe folgte, und um halb 11 Uhr der Muttermund bereits über 3" weit war, wesshalb, um die Wehen nicht zu krampfhaften zu steigern, der Katheter gegen 11 Uhr entfernt wurde. Da jedoch trotz der kräftigsten Wehen die Eiblase nicht selbst sprang, ward nach halb 2 Uhr Nachmittags selbe künstlich gesprengt, worauf eine halbe Stunde später die Geburt eines kräftigen le-

benden Mädchens erfolgte. Die Geburt hatte somit bis zum Einführen des Katheters $60\frac{1}{2}$ Stunden, und von da an nur noch $5\frac{1}{2}$ Stunden gedauert. Mutter und Kind blieben gesund.

XXVIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche,

M. G., 26 Jahre alt, aus Krain, eine Erstgeschwängerte, kam laut Prot.-Nr. 135 am 18. December 1860, nachdem um 2 Uhr Früh die ersten Wehen eingetreten sein sollen, um 9 Uhr Morgens auf's Kreissbett. Das Kind hatte eine I. Schädellage, die Vaginalportion war noch nicht vollständig verstrichen. — Die Wehen blieben aber nun fortwährend so schwach, dass das Orif. des anderen Tages um $10\frac{1}{4}$ Uhr Früh erst $\frac{3}{4}$" weit war. Da sich trotz Herumgehens der Kreissenden die Wehenthätigkeit nicht besserte, wurde um $3\frac{3}{4}$ Uhr Nachmittags, wo noch immer der Muttermund in statu quo ($\frac{3}{4}$") war, in der Rückenlage der Gebärenden ohne Mandrin ein engl. elast. Katheter so weit in die Gebärmutterhöhle nach rückwärts und links eingeschoben, dass er kaum aus der Schamspalte hervorragte. — Der Catheterismus war vom besten Erfolge gekrönt, 20 Minuten nach dem Akte traten schon sehr kräftige Wehen ein, welche nun nicht mehr aussetzten, so dass um 6 Uhr Abends die bereits längere Zeit gespannte Fruchtblase bei 3" weitem Orif. von selbst sprang, und der Katheter entfernt werden konnte, und $\frac{3}{4}$ Stunden später, d. i. $37\frac{3}{4}$ Stunden seit Beginn der Wehen und 3 Stunden nach dem Einlegen des Katheters, die Geburt eines kräftigen Mädchens erfolgte. — Beide, Mutter und Kind, erstere nach geheilten Ulcera puerperalia, wurden seiner Zeit gesund entlassen.

XXIX. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche wegen Hydramnios bei einer Fusslage.

M. G., 26 Jahre alt, zum ersten Male schwanger, kam laut Prot.-Nr. 135 am 24. März 1861 um $1\frac{1}{2}$ Uhr Mittags in die Anstalt, nachdem bereits Tags vorher um 6 Uhr Abends die ersten Wehen eingetreten waren. Die Diagnose war: eine veränderliche Fusslage ob mehr Fruchtwasser, und die Kreissende befand sich Anfangs der zweiten Geburtsperiode, das glattrandige Orif. ext. war $\frac{1}{2}$" weit, die Wehen waren sehr lange aussetzend. —

Nachdem um $5^1/_2$ Uhr Abends, also nahezu 24 Stunden seit Beginn der Wehen das Orif. ext. kaum 1" weit geworden war, wurde zur Behebung dieser ursprünglichen Wehenschwäche, da der sonst bei Hydramnios verursachten Wehenschwäche am besten wirkende künstliche Blasensprung hier bei so engem Muttermunde ob der Fusslage aus allgemein bekannten Gründen nicht gewagt werden konnte, zum Catheterismus geschritten und demgemäss in der Rückenlage der Gebärenden ein englischer elast. Katheter ohne Mandrin rückwärts in die Gebärmutterhöhle, wie in den früheren Fällen eingeführt. Die Wehen besserten sich bald darauf derart, dass um $2^1/_2$ Uhr Nachts der Muttermund bereits vollkommen verstrichen war; nun wurde die fortwährend sprungfertig stehende Fruchtblase, da ob vorzeitiger Lösung der Placenta überdiess etwas mehr Blut abfloss, künstlich gesprengt, worauf sich alsbald zuerst der rechte, dann der linke Fuss, mit den Fersen nach links sehend, hervordrängten. — Die Geburt des Kindes wurde dann bis auf die Entwicklung des Kopfes der Natur überlassen, letzterer musste jedoch ob Nichtpulsirens der sehr straff gespannten Nabelschnur ($13^1/_2$" lang) mittelst des Prager Handgriffes entwickelt worden. — Um $3^1/_4$ Uhr Früh, also $33^1/_4$ Stunden seit Beginn der Wehen, und $9^3/_4$ Stunden seit dem Einlegen des Katheters erfolgte die Geburt eines scheintodten Knaben, welcher jedoch auf einen Aderlass bald zu sich kam. — Die Mutter ward ob Condylomen auf die syphilitische Abtheilung transferirt, das Kind, dem zur vollen Reife 3 Wochen fehlen mochten, erkrankte an Icterus.

In diesem Falle scheint die Kürze der Nabelschnur den Austritt des Kopfes in der That verzögert zu haben.

XXX. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche bei auffällig wenig Fruchtwasser.

M. B., eine 21jährige Ipara, kam laut Prot.-Nr. 44, am 3. December 1861 um $3^3/_4$ Uhr Abends Ende der 1. Geburtsperiode i. c. mit verstrichener Vaginalportion auf's Kreissbett; die deutlich unterscheidbaren Wehen waren durch nahezu stundenlange Pausen unterbrochen. Des anderen Tages bei der Frühvisite um $9^1/_2$ Uhr wurde eine I. Schädellage diagnosticirt und der glattrandige Muttermund kaum $^1/_2$" weit eröffnet gefunden.

Ob der sehr lang andauernden Wehenpausen wurde der Gebärenden eine öftere Lageveränderung, als Herumgehen, Sitzen u. s. f. behufs Wehenanregung anbefohlen, jedoch fruchtlos, denn bei der Abendvisite war Alles in statu quo. — Da sich der Muttermundrand überdiess auch während der Wehen kaum anspannte, ebenso auch eher ein Mangel als Uebermass an Fruchtwasser vorhanden war, somit die Innervation der Gebärmutter sich gestört erwies (Inertia uteri), so schien zur Behebung dieser erwiesenen Wehenschwäche, somit zur Reizung der Uterinalnerven die Chatheterisatio uteri um so mehr angezeigt, als bereits seit Eintritt der Wehen 46 Stunden verflossen waren.

Es wurde demgemäss um $4^1/_2$ Uhr Nachmittags in der Rückenlage der Kreissenden nach rechts rückwärts in die Gebärmutterhöhle ein englischer elastischer Katheter ohne Mandrin so weit eingeführt, dass derselbe kaum aus der Schamspalte hervorragte und zwar mit Erfolg, denn die Wehen besserten sich von dem Momente sichtlich. Da jedoch dieselben gegen 11 Uhr Nachts abermals an Stärke etwas nachliessen, so wurde nun der Katheter noch so weit in den Uterus vorgeschoben, dass kaum 1″ lang aus dem Muttermunde in die Scheide hereinragte, worauf sich die Wehenthätigkeit alsbald derart steigerte, dass eine kräftige Wehe der andern folgte. — Dessenungeachtet übte die so zu sagen stets sprungfertige Fruchtblase, da sie knapp am sehr tief herabgerückten Schädel anlag, keinen sichtlichen Einfluss auf die raschere Erweiterung des an und für sich schlaffen Orificiumrandes aus, wesshalb dieselbe um $12^1/_4$ Uhr Nachts bei nahezu $2^1/_4$″ weitem Orif. nach Entfernung des Katheters künstlich gesprengt wurde. — Die Ausführung dieses Aktes war ob der sehr zähen Eihäute auffallend schwierig, gelang jedoch manuell. Gleich nach dem Blasensprunge, wobei fast gar kein Wasser abfloss, drückte der vorliegende Schädel alsbald gegen den Muttermund an; nichtsdestoweniger blieb der Orificialrand in den Wehenpausen schlaff und war durchaus nicht schmerzhaft bei der Touchirung, somit konnte von einer Strictur keine Rede sein, was übrigens auch der weitere Verlauf bewies, denn um 5 Uhr Früh war der Muttermund bereits vollkommen verstrichen und $^3/_4$ Stunden später erfolgte die Geburt eines ausgetragenen frischen, lebenden Knaben. — Somit hatte die Geburt vom Beginne der Wehen $69^3/_4$ Stunden, vom Katheterisiren $13^1/_4$ Stunden gedauert; — Mutter und Kind blieben gesund.

XXXI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche mit Blutung ob tiefem Sitze der Placenta combinirt.

K. G., eine 18 Jahre alte Ipara, trat am 1. Oktober 1861 laut Prot.-Nr. 1 als Schwangere in die Anstalt ein.

Am 14. Oktober um 7 Uhr Früh stellten sich die ersten Wehen ein, und desselben Tages um 11 Uhr Nachts mit 1" weitem Orif. meldete sich selbe als Kreissende, nachdem sich bereits seit 2 Stunden ein starker Blutabgang hinzugesellt hatte. Sie will auch 2 Monate vorher in der Schwangerschaft eine starke Blutung ohne eine veranlassende Ursache gehabt haben. Die äussere Untersuchung liess eine I. Schädellage erkennen, bei der innern Untersuchung fühlte man, wenn man sich durch den Muttermund möglichst hoch hinauf drängte, nach rechts hinten den Rand der Placenta, es war somit die Ursache der vorhergehenden, als der derzeitigen Blutung ein tiefer Sitz des Mutterkuchens, wofür auch der Umstand sprach, dass sich der Blutabgang während der Wehen stets etwas steigerte. Die Wehen waren zu dieser Zeit entsprechend, so dass gegen 1 Uhr Nachts der Muttermund bereits 2" weit und auch der vorliegende Schädel sichtlich tiefer gerückt war, welcher letztere Umstand eine bedeutende Mässigung des Blutabganges bewirkte. Nun aber wurden die Wehen immer schwächer und schwächer, so dass sie endlich ganz aufhörten und am 15. Oktober 11½ Uhr Vormittags Alles in statu quo war. Demgemäss wurde bei dieser ausgesprochenen Wehenschwäche zur Katheterisation des Uterus geschritten, und der Katheter in der erhöhten Rückenlage der Kreissenden bis zum Orif. mit, dann ohne Mandrin nach links rückwärts in die Gebärmutterhöhle so weit eingeschoben, dass er kaum 1" weit aus der Schamspalte hervorragte. — In diesem Falle war jedoch die Einwirkung keine besonders eclatante, denn erst um 4¾ Uhr Morgens (16. Okt.) sprang die Blase bei nahezu verstrichenem Muttermunde, worauf der Katheter entfernt wurde; 2 Stunden später erfolgte die Geburt eines ausgetragenen Mädchens. In der V. Periode stellte sich abermals eine etwas stärkere Blutung ein, welche jedoch nach der gewöhnlichen Herausnahme der Nachgeburt und Reiben des Gebärmuttergrundes bald stille stand. — Der knapp am Placentarrande vorgefundene Eihautriss bestättigte die Diagnose bezüglich des stattgehabten tiefen Sitzes. — Mutter und Kind blieben gesund.

Die Geburt hatte in diesem Falle vom Beginne der Wehen 47¾ Stunden, vom Katheterisiren an gerechnet 19¼ Stunden gedauert, es war somit allerdings die Katheterisation von keinem überraschenden Erfolge, sondern die Wehenthätigkeit hatte sich sehr langsam gesteigert. — Wenn man aber bedenkt, dass Mutter und Kind gesund blieben, so hat wenigstens dieser Fall neuerdings bewiesen, dass man diese Methode, die Wehen zu verbessern, mit Recht eine schonende nennen kann und muss. — Von allen bisher von mir mittelst der Catheterisatio uteri vollendeten Geburten war dieser der einzige, wo der Katheter so lange — sage 17 Stunden — in der Gebärmutterhöhle liegen blieb — und dennoch kein Schaden für Mutter und Kind entstand.

XXXII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Im November 1862 trat laut Prot.-Nr. 47 die 38jährige Ipara A. C. als Schwangere in die Anstalt. Die Untersuchung ergab eine II. veränderliche Beckenendlage, eine geringe Beckenverengerung (Conj. 3" 9'''), endlich sehr derbe Genitalien. — Nachdem sie alle 2–3 Tage ein warmes Sitzbad genommen, meldete sie sich am 24. December, knapp nach Mitternacht als Kreissende; das Kind hatte jetzt eine I. Schädellage (Culbute), die port. vaginalis war noch gegen ½" und derb, daher noch ein Sitzbad alsbald angeordnet wurde. Um 9 Uhr konnte man durch den über 1" langen, gleichwandigen Halskanal deutlich durch die Eihäute den hochstehenden Schädel fühlen, die Scheidentemperatur war 31½° R. Die Wehen waren jedoch derartig unausgiebig, dass erst am andern Tage (²⁵/₁₂.) um 9 Uhr die Vag. Portion verstrichen war und das Orif. kaum ½" mass. — Status quo bis 11½ Uhr Mittags, daher, da der Muttermund sonst glattrandig, weich und nachgiebig war, auf die gewöhnliche Weise der Katheter bis zum Isthmus uteri mit, dann ohne Mandrin nach links und hinten in die Uterushöhle eingeführt wurde, so dass er in etwas aus der Schamspalte hervorsah. — Um 4 Uhr Abends Orif. 1¼", Wehen gut, dessenungeachtet wurde experimenti causa der Katheter ganz in den Uterus hineingeschoben, so dass er kaum aus dem Orif. in etwas herausstand. — Die Wehen wurden nun so stark, dass die Kreissende in einem unbewachten Augenblicke um 1½ Uhr Früh (²⁶/₁₂) den

Katheter herauszog; derselbe hatte jedoch bereits seine Wirkung gethan, denn der Muttermund war schon völlig verstrichen und wurde daher nicht mehr eingelegt; — 1½ Stunde später, nachdem die zähen Eihäute in der Schamspalte gesprengt werden mussten, erfolgte die Geburt eines kräftigen lebenden Knaben. — Die Nachgeburt wurde auf die gewöhnliche Weise entfernt. — Die Geburt hatte somit im Ganzen 51 Stunden, vom Katheter-einlegen 15½ Stunden gedauert. Mutter und Kind wurden gesund der Findelanstalt übergeben.

XXXIII. Fall. Frühgeburt Ende 9. Monats — Vorliegen einer Hand — Wehenschwäche ob Hydramnios.

Am 14. Juli 1863 um 8¼ Uhr Abends meldete sich laut Prot.-Nr. 294 eine gewisse M. B., eine 25jährige IIpara, nachdem ¾ Stunden vorher die ersten Wehen eingetreten sein sollen, auf's Kreisszimmer. — Selbe war Ende der I. Geburtsperiode der Uterus durch Fruchtwasser ungemein ausgedehnt, das Kind hatte eine veränderliche II. Schädellage, Scheidentemperatur 31 Grad R. Neben dem ballotirenden Schädel fühlte man nach links deutlich eine Hand vorgelagert, wesshalb der Kreissenden eine rechtseitige Lage angeordnet ward, wodurch auch thatsächlich die Vorlagerung der Hand verschwand. Die Wehen waren sehr langpausig und besserten sich bis zum 16/7. nicht, wo um 8 Uhr Früh das Orif. kaum 1" weit war; versuchsweise wurde daher trotz des Hydramnios in der Rückenlage nach links hinten der Katheter ohne Mandrin in den Uterus so weit eingeschoben, dass er noch aus der Schamspalte hervorschaute. Die Wehen besserten sich sehr allmählig, so dass erst um 8 Uhr Abends das Orif. 3" weit war, worauf der Katheter entfernt wurde.

Sieh da mit Entfernung des Katheters waren die Wehen wie abgeschnitten, daher um 10 Uhr Abends beim Status quo die Blase künstlich gesprengt wurde, 20 Minuten später war die Geburt eines lebenden Mädchens (Kopfperiph. 12" 3"', Länge 17" 6"', Gewicht 4 Pfund 26 Loth) erfolgt. — Nachgeburtsperiode normal. — Das aufgefangene Vorwasser wog 2 Pfund, das Nachwasser approximativ 3 Pfund. — Die Mutter blieb trotz der damals herrschenden heftigen Puerperalfieber-

Epidemie gesund, das Kind starb am 9. Tage an Pneumonie. — Die ganze Geburt hatte 51 Stunden, 20 Minuten, vom Katheterisiren 14 Stunden, 20 Minuten gedauert.

Dieser Fall bestättigt, dass die Katheterisation ein sehr schonendes, wehentreibendes Mittel sei, und gerade der Umstand, dass nach Entfernung des Katheters die Wehen vollkommen nachliessen, bestättigt ferner, dass der Katheter an und für sich ein kräftiges Reizmittel abgibt. — Ich hege die Ueberzeugung, dass die Wehen, wenn man den Katheter nicht entfernt hätte, obschon langsam, sich doch so gesteigert hätten, dass die Fruchtblase von selbst geplatzt wäre.

XXXIV. Fall. Frühgeburt Anfangs 9. Monats — ursprüngliche Wehenschwäche.

Auf schlechten Wegen und schlechtem Wagen fuhr die 27jährige Primipara, M. P. (Prot.-Nr. 130) am 11. Februar 1863 nach Laibach. — Als sich plötzlich um Mitternacht Kreuzschmerzen einstellten, meldete sie sich Morgens am 12. Februar um 7 Uhr zur Aufnahme. — Das Kind lag im herzförmigen Uterus in einer veränderlichen I. Schädellage; Orif. glattrandig bei 1″ weit und wurde bis Nachmittag 4 Uhr auf $1^1/_2$″ eröffnet. Gegen Abend liessen die Wehen immer mehr nach, so dass sie schliesslich fast die ganze Nacht schlief; eben so ruhig verlief der andere Tag (13. Febr.), in über stundenlangen Pausen fühlte sich der Uterus hie und da wieder härter an; eben so brachte sie auch die ganze nächste Nacht bis zum Morgen schlafend zu. Da sie ihre Menses am 12. Juni v. J. zum letzten Male gehabt hatte, so gaben wir uns bereits der Hoffnung hin, dass die durch das Fahren angeregte vorzeitige Geburtsthätigkeit völlig nachgelassen habe und nun die Schwangerschaft wieder ihren weitern normalen Gang nehmen werde; — in Hinblick auf diese Möglichkeit wurde ihr daher fortwährend die strengste Ruhe empfohlen. — Nichtsdestoweniger erwachte gegen Morgen (14. Febr.) abermals die Wehenthätigkeit, so dass um $9^1/_2$ Uhr das Orif. bereits 2″ weit war, und man durch den Fornix nun ganz leicht den vorliegenden Schädel fühlte; da die Wehen jetzt, obschon in langen Pausen, regelrecht wiederkehrten und dennoch um $3^3/_4$ Uhr Abends das Orif. erst $2^1/_2$″ im Durchmesser hatte, somit

einmal von einem Aufhalten einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft keine Rede mehr sein konnte, andrerseits aber die Wehenschwäche ausser Zweifel stand, so musste um so mehr die Geburt beschleunigt werden, als die Mutter bereits sehr viel Unruhe kundgab und von ihrem Leiden befreit sein wollte. — Um besagte Stunde wurde daher in der Rückenlage der Katheter ohne Mandrin links rückwärts so weit in die Uterushöhle vorgeschoben, dass er ganz in der Scheide verborgen war. — Die Wehen steigerten sich gleich darauf derartig, dass um $10^1/_2$ Uhr Abends bei $3^1/_2$" weitem Orif. die sprungfertige Blase sprang, und 37 Minuten später die Geburt eines lebenden 4 Pfund 3 Loth schweren Knaben erfolgt war; gleich nach dem Blasensprunge hatte man den Katheter entfernt. — Die Mutter wurde gesund entlassen, das Kind starb am 13. Tage an Icterus malignus (Meningitis).

In diesem Falle drängt sich uns die Frage auf, ob nicht nebst dem Umstande, dass der Uterus noch nicht seine physiologische Reife zur Geburt erreicht hatte, auch die herzförmige Gestalt desselben, ein wichtiges Moment zu dieser ursprünglichen Wehenschwäche abgegeben habe, da von einem Hydramnios keine Spur war; ich erwähne dieses Umstandes, weil sich in meiner Praxis gerade bei herzförmigem Uterus schon verhältnissmässig häufig die Nothwendigkeit zur operativen Nachhilfe herausgestellt hat.

Die Wirkung der Katheterisation war diessmal eklatant, indem die Geburt vom Eintritte der Wehen bis zum Katheter-einführen 3 Tage, $4^3/_4$ Stunden und von da an nur weitere $7^1/_2$ Stunden gedauert hat.

XXXV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

M. S., eine 21jährige Primipara, trat laut Prot.-Nr. 15 am 20. Oktober 1864 um $6^1/_2$ Uhr Abends mit verstrichener Vaginalportion und $^1/_2$" weitem glattrandigen Orif. in's Kreisszimmer, das Kind hatte eine I. Schädellage. — Die am 21. Oktober um 9 Uhr Früh und 4 Uhr Abends vorgenommenen Untersuchungen ergaben dasselbe Resultat, wesshalb um $5^1/_2$ Uhr Abends in der Rückenlage der Gebärenden durch das Orif. mit, dann ohne Mandrin nach links hinten ein englischer elastischer Katheter

in die Uterushöhle so hoch als möglich eingeschoben wurde, wobei sich durch zufällige Verletzung der Placenta eine kleine Blutung ereignete, welche übrigens ohne alles Zuthun nach einigen Minuten sistirte. — Gleich nach dem Einlegen des Katheters besserten sich die Wehen augenblicklich, 50 an der Zahl erweiterten bis 10 Uhr Abends das Orif. auf $^3/_4$", um welche Zeit der wegen Unruhe der Gebärenden aus seiner Lage verrückte Katheter abermals wie oben eingeschoben wurde und von nun an ging es so rasch, dass $2^1/_2$ Stunden darauf die Fruchtblase in der Schamspalte künstlich gesprengt werden musste und nach weiteren $1^1/_4$ Stunden die Geburt eines lebenden Knaben beendet war. Vom zweiten Einführen des Katheters bis zum Blasensprunge erfolgten 30, vom Blasensprunge bis zur Geburt 34 Wehen. Die Mutter wurde ob spitzer Condylome auf die syphilitische Abtheilung transferirt, das Kind starb in der Findelanstalt am 35. Tage an Atrophie. Die Geburt hat vom Eintritte der Wehen 35 Stunden, vom Katheterisiren $8^1/_4$ Stunden gedauert, dieser Erfolg spricht von selbst für die ausgezeichnete Wirkung dieses wehentreibenden Mittels.

XXXVI. Fall. Zwillingsgeburt Ende des 9. Monats — ursprüngliche Wehenschwäche.

Am 10. Oktober 1864 um 7 Uhr Abends trat laut Prot.-Nr. 6 die 20jährige Primipara F. A. mit $^3/_4$" weitem Orif. in's Kreisszimmer, es wurden durch das deutliche Fühlen dreier grosser Kindstheile augenblicklich Zwillinge diagnostizirt. — Die um 10 Uhr Abends, des andern Tages am 11. Oktober um 8 Uhr Früh und 12 Uhr Mittags vorgenommenen Untersuchungen ergaben stets dasselbe Resultat, es wurde daher um $1^1/_4$ Uhr Mittags in der Rückenlage der Gebärenden ohne Mandrin nach links vorn die Katheterisation der Gebärmutter vorgenommen. — Erst um 2 Uhr besserten sich jedoch die Wehen und wurden regelmässig, so dass der Katheter um 6 Uhr Abends bei $1^1/_2$" Orif. entfernt werden konnte.

Vom Einlegen des Katheters bis zu dessen Entfernung wurden 27 Wehen gezählt. — Trotz weiterer 60 kräftiger schmerzhafter Wehen war das Orif. am 12. Oktober um 8 Uhr Früh erst über 2", es wurde daher als wehenverbesserndes Mittel wegen

derber Eihäute die Blase mittelst eines Mandrins gesprengt, worauf um 9 Uhr 20 Minuten die Geburt des 1. Kindes (Mädchen) in I. Schädellage erfolgte. — Auch die zweite Fruchtblase musste wegen Derbheit eine Stunde später in der Schamspalte gesprengt werden, und 5 Minuten darauf wurde das zweite Kind (Mädchen) in II. Schädellage geboren. Die Nachgeburt bestand aus 1 Placenta, 1 Chorion, 2 Amnion. Von den Kindern, welche ihrer Entwicklung nach dem 9. Monate entsprachen, starb das erste am 9. Tage an Trismus, das zweite wurde mit der Mutter der Findelanstalt übergeben.

Auch in diesem Falle hat sich die Katheterisation als ein gutes, kräftig und anhaltend anregendes, dabei schonendes Mittel erprobt, indem vom Weheneintritte $42^1/_2$ Stunden, vom Katheter-einlegen 20 Stunden verflossen.

XXXVII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Laut Prot.-Nr. 147 ist B. K., eine 25jährige Primipara, am 26. Februar 1866 mit $^3/_4$" weitem glattrandigem Orif. um 9 Uhr Abends in's Kreisszimmer getreten, nachdem selbe Morgens um 4 Uhr die ersten Wehen verspürt haben soll; das Kind hatte eine I. Schädellage inne, der Fornix vag. war gut entwickelt. — Obschon die Wehen ihr die ganze Nacht verdarben, war am 27. Februar bei der Frühvisite Alles in statu quo, und Nachmittags um 3 Uhr war das Orif. erst 1" weit, wesshalb bei dieser ausgesprochenen Wehenschwäche in der Rückenlage der Kreissenden ohne Mandrin, wie sonst nach links hinten die Katheterisation vorgenommen wurde. Alsbald besserten sich die Wehen derart, dass nach 29 Wehen um $4^3/_4$ Uhr Abends bei 2" weitem Orif. der Katheter entfernt werden konnte; nach weiteren 61 Wehen um $10^1/_2$ Uhr Abends war das Orif. 3" und von da bis zur Geburt, welche am 28. Februar um $5^1/_4$ Uhr Morgens erfolgte, traten weitere 108 Wehen ein. — Das Kind, ein Knabe, blieb sammt Mutter gesund. — Die Geburt hatte im Ganzen $49^1/_4$ Stunden, vom Kathetereinlegen 14 Stunden gedauert. — Der Verlauf spricht somit für die Katheterisation.

XXXVIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Am 8. Jänner 1866 Mittags zu einer 30jährigen Primipara wegen Wehenschwäche gerufen, musste ich, anderweitig beschäftiget, die Geburtsbehandlung meinem Assistenten Dr. Gregorić überlassen, welcher darüber Folgendes mittheilte:

Die Gebärende soll nach Aussage der Hebamme am 7. Jänner um 6 Uhr Früh die ersten Wehen bekommen haben und um 8 Uhr Abends soll der Muttermund $^3/_4$" offen gewesen sein und von da an nach einer schlaflosen Nacht bis zu seiner Ankunft (8. Jänner 1 Uhr Mittags) stets unverändert geblieben sein. Die Untersuchung ergab: Fornix vag. gut entwickelt, Orif. $^3/_4$", glattrandig, nach links hinten gegen das os sacrum gerichtet, das Kind hatte eine I. Schädellage inne. Nachdem bis $2^1/_2$ Uhr gewartet wurde, man sich von der absoluten Wehenschwäche hinlänglich überzeugt hatte, und die Gebärende fieberhaft aufgeregt wurde, schritt man zur Catheterisatio uteri; in der Rückenlage der Gebärenden wurde ohne Mandrin der englische Katheter nach links hinten in die Uterushöhle so weit eingeschoben, dass nur dessen Knopf aus der Schamspalte hervorragte. — Der Erfolg war eklatant, nach 48 Wehen war um $5^1/_2$ Uhr Abends das Orif. 2", wesshalb der Katheter entfernt wurde, wonach die Wehenthätigkeit so regelrecht blieb, dass nach weiteren 52 Wehen um $7^1/_2$ Uhr Abends sich bereits die Fruchtblase durch die Schamspalte verdrängte und schliesslich gesprengt werden musste. Eine Stunde später erfolgte die Geburt eines Knaben, welcher sammt Mutter gesund blieb. — Die Geburt hatte im Ganzen 38 Stunden, vom Katheterisiren nur 6 Stunden gedauert, somit ist der Erfolg unbestritten glänzend.

XXXIX. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche ob Hydramnios.

Am 11. Februar 1866 wurde ich um 5 Uhr Früh zu der 20jährigen Kaufmannsfrau S., einer Primipara, gerufen, indem selbe bereits seit Mitternacht vom 9. auf den 10. Februar derart leide, dass sie bereits ganz erschöpft sei. Ich fand die robuste Frau ungemein aufgeregt und kleinmüthig, man sah ihr völlig die Todesangst an, und in der That war sie von fortwährendem Mit-

pressen, das die Hebamme anbefohlen, gänzlich ermattet; der Uterus war durch einen mässigen Hydramnios rundlich ausgedehnt, das Kind hatte eine II. Schädellage, Fornix vag. ziemlich gut, das glattrandige nachgiebige Orif. über 1" weit, die Wehen in mehr als $^1/_4$stündigen Pausen eintretend. Ich erachtete die psychische Behandlung vor Allem angezeigt, und meinem energischen Auftreten gelang es, die Gebärende derart zu beruhigen, dass sie wieder guter Laune wurde und die Umgebung nicht genug über ihren frischen Muth erstaunte. — Da sich jedoch der Status quo bis 7 Uhr Früh nicht änderte, führte ich in der Rückenlage nach links hinten bis über den Orif.-Rand mit, dann ohne Mandrin, den Katheter ein, indem mir das Einführen ohne Mandrin erstlich nicht gelang. Um Luftzutritt zu verhüten, verstopfte ich den aus der Schamspalte herausragenden Katheter, was ich nebenbei bemerkt in letzterer Zeit stets thue. — Die Wehen besserten sich derart, dass um 9 Uhr bei über 2" weitem Orif. der Katheter entfernt werden konnte, und ich weiters in Berücksichtigung des Hydramnios die Blase sprengte. — Nachdem jedoch um 12 Uhr, wo das Orif. vollkommen verstrichen war, der Kopf eine bedeutende Geburtsgeschwulst darbot, und die Mutter durch das Mitpressen ob ihrer Ermattung nicht viel mithelfen konnte, liess ich in 10 Minuten langen Pausen 4 Dosen zu 10 Gr. Secal. corn. verabreichen, worauf um $1^1/_2$ Uhr die Geburt eines scheintodten Knaben, der die Nabelschnur halfterförmig 2 Mal um den Hals und die Achselhöhe geschlungen hatte, erfolgte, welcher bald belebt wurde, und mit der Mutter sich dermalen ganz wohl befindet.

Die Geburt hatte im Ganzen $37^1/_2$ Stunden, vom Katheter-einlegen $6^1/_2$ Stunden gedauert. — Die wehenverbessernde Eigenschaft der Katheterisation hat sich auch diesmal bewährt.

XL. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

R. T., eine 24jährige Primipara, trat am 6. Dezember 1865 um $6^1/_2$ Uhr Abends, laut Prot.-Nr. 50, mit 1" weitem Orif. in die Klinik ein, nachdem sie eine Stunde vorher die ersten Wehen verspürt haben will; das Kind hatte eine I. Schädellage inne. Da bis $11^1/_2$ Uhr Nachts des 7. Dezember der Status quo blieb, so wurde in der Rückenlage ohne Mandrin ein englischer elasti-

scher Katheter nach links hinten in die Uterushöhle so weit eingeschoben, dass dessen Knöpfchen in der Schamspalte sichtbar blieb, mit dem Erfolge, dass nach 34 Wehen, am 8. Dezember um $2^1/_2$ Uhr Früh das Orif. 2" weit war, und die Wehenthätigkeit derart geregelt erschien, dass man die Geburt weiters der Natur überlassen, somit den Katheter ganz entfernen konnte. Abends um 10 Uhr wurde nach 200 Wehen in der Schamspalte die Blase künstlich gesprengt und eine Viertelstunde später erfolgte die Geburt eines lebenden Knaben.

Die Mutter erkrankte an Peritonitis puerperalis und wurde auf die medizinische Abtheilung transferirt, woselbst sie am 30. Jänner 1866 entlassen wurde.

Die Geburt hatte im Ganzen 53 Stunden, vom Katheterisiren $22^3/_4$ Stunden gedauert.

XLI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Laut Prot.-Nr. 179 meldete sich am 25. März 1866, um $9^1/_2$ Uhr Abends, die 23jährige Primipara E. K. als Gebärende, nachdem sie um 2 Uhr Nachmittags die ersten Wehen verspürt hatte. Es war noch Vaginalportion vorhanden, das Kind präsentirte sich in I. Schädellage und muss ausdrücklich bemerkt werden, dass wenig Fruchtwasser vorhanden war. Bis $10^1/_2$ Uhr Abends des 26. März Status idem, daher in der gewöhnlichen Weise, wie im letzten Falle, die Katheterisation vorgenommen wurde. Nach 86 Wehen war am 27. März um 1 Uhr Früh das Orif. 1 Zoll und die Wehen so gut, dass der Katheter entfernt und erst wieder um $7^1/_4$ Uhr Früh eingelegt wurde, weil die bis dahin gezählten weitern 60 Wehen immer schwächer und unausgiebiger wurden, jedoch ohne Erfolg, indem bis Abends 5 Uhr nur 54 unzulängliche Wehen erfolgten und das Orif. stets 1 Zoll weit blieb, daher der Katheter herausgenommen wurde. Die Gebärende fieberte bereits den ganzen Tag, war sehr aufgeregt, der Durst vermehrt, die Gebärmutter auffällig empfindlich; nun besserten sich die Wehen derart, dass, als um $11^1/_2$ Uhr Abends bei $2^1/_2$ Zoll Orif. zufällig die Blase gesprengt wurde, $1^1/_4$ Stunde später bereits die Geburt eines Mädchens erfolgt war, welches zwei Tage nach der Geburt an Hyperaemia cerebri und Pneumonia starb, die Mutter erlag später am 13. April auf der medizinischen Abtheilung einer Peritonitis purulenta.

Die Geburt hatte im Ganzen 58¾ Stunden, vom ersten Kathetereinlegen 26¼ Stunden gedauert.

XLII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche ob Hydramnios mit Positionswechsel des Fötus.

Die 25jährige Primipara J. J., trat laut Prot.-Nr. 22, den 29. Oktober 1866 um 4 Uhr Abends, nachdem sich schon 7 Stunden früher die ersten Wehen eingestellt hatten, in's Kreisszimmer. Die Port. vag. war noch gegen ½ Zoll, das Kind hatte eine II. veränderliche Schädellage ob Hydramnios.

Am 30. Oktober, 8½ Uhr Früh: Port. vag. kaum ¼ Zoll, Halskanal gegen ½ Zoll, Orif. int. weiter als ext., eine I. Schädellage; es wurde ihr befohlen, hie und da im Zimmer herumzugehen. Nachmittags um 4 Uhr wieder eine II. Schädellage.

Am 31. Oktober um 8½ Uhr Früh: Orif. ½ Zoll, jedoch die Wehen so unausgiebig, dass man in der Rückenlage den mit einem Wachspfropfe verstopften Katheter wie gewöhnlich einlegte, worauf sich die Wehen alsbald verbesserten, so dass um 6½ Uhr Abends bei 1½ Zoll weitem Orif. nach 153 Wehen der Katheter entfernt werden konnte. Um 10½ Uhr Abends war das Orif. 3 Zoll, der Schädel jedoch immer noch beweglich, Puls 86, die Gebärende sehr unruhig, daher wurde das bei Hydramnios sicherste Hilfsmittel, der künstliche Blasensprung, vorgenommen, — nur mussten die Eihäute ob ihrer kolossalen Derbheit und Zähigkeit mit Scanzoni's Pressschwammträger durchstochen werden, — mit dem Erfolge, dass nach Mitternacht das Orif. verstrichen und am 1. November um 1½ Uhr Früh die Geburt eines lebenden Mädchens erfolgt war.

Ein geringes Fieber mit Empfindlichkeit der unteren Bauchgegend wurde mittelst Laxantia coupirt und die Mutter sammt dem Kinde gesund entlassen.

Die Geburt hatte im Ganzen 64½ Stunden, vom Katheter-einlegen 17 Stunden gedauert.

XLIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche ob Hydramnios.

P. U., eine 22jährige IIpara, kam laut Prot.-Nr. 180, am 8. April 1866, um 3 Uhr Abends auf's Kreissbett, sie gab seit

11 Uhr Kreuzschmerzen an; der durch sehr viel Wasser rundlich ausgedehnte Uterus war sehr reizbar, die Vaginalportion noch gegen $^1/_4$ Zoll, Orif. int. weiter wie ext., durch den Fornix der ballotirende Schädel fühlbar, er präsentirte sich in I. Position. Am 9. April um 8 Uhr Früh Orif. gegen 1 Zoll, die Wehen zwar deutlich unterscheidbar, aber äusserst schwach; so blieb es bis zum 10., daher um $8^3/_4$ Uhr Früh der Katheter ohne Mandrin wie gewöhnlich nach links hinten eingeführt wurde, mit dem Erfolge, dass Abends um 5 Uhr bei nach rückwärts verstrichenem Muttermunde der Katheter entfernt werden konnte; um 6 Uhr wurde die Blase in der Schamspalte künstlich gesprengt und $^1/_4$ Stunde darauf erfolgte die Geburt eines kräftigen Knaben, der sammt der Mutter der Findelanstalt übergeben wurde.

Die Geburt hat im Ganzen $55^1/_2$ Stunden, von der Katheterisation $9^1/_4$ Stunden gedauert.

XLIV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

M. P., eine 28jährige Ipara laut Prot.-Nr. 225, trat am 26. Mai 1867 um 11 Uhr Früh mit verstrichener Vag.-port. — Orif. 3‴ — in die Anstalt, nachdem sich die ersten Wehen 12 Uhr Nachts eingestellt haben sollen, Fornix vag. war gut ausgebildet, I. Schädellage. Um halb 6 Uhr Abends desselben Tages Orif. 1″; der Rand, obschon weich, mehr wulstig, die Wehen lang aussetzend. Des anderen Tages (27. Mai) um $9^3/_4$ Uhr Früh status idem, nur dass der Orifizialrand bereits dünner war, daher in der Rückenlage der mit Wachs verstopfte mandrinlose Katheter nach links hinten so weit wie gewöhnlich eingeschoben wurde. Um 7 Uhr Abends Orif. 2″, die Wehen gut, daher um 10 Uhr Abends nach vom Kathetereinlegen gezählten 140 Wehen bei $2^1/_2$″ Orif. der Katheter entfernt wurde. Merkwürdigerweise wurden die Wehen wieder schwächer und der Orifizialrand erschlaffte bis auf 1″; nichts destoweniger stellten sich alsbald wieder normale Wehen ein, so dass am 28. Mai um 2 Uhr Früh das Orif. vollkommen verstrichen war, und um $4^1/_4$ Uhr in der Schamspalte die Fruchtblase künstlich gesprengt werden musste; worauf ein äusserst missfärbiges Fruchtwasser abfloss und $^1/_4$ Stunde später die Geburt eines scheintodten Mädchens erfolgte, welches trotz aller Belebungsversuche, darunter insbesonders der Katheterisation der Luftröhre, nach 10 Minuten starb.

Die Geburt hatte im Ganzen $52^1/_2$, vom Katheterisiren $18^3/_4$ Stunden gedauert. Die Mutter blieb gesund; der Sektionsbefund des Kindes ergab vor Allem eine kapillare Gehirnapoplexie und bis in die feinsten Bronchien war das missfärbige Fruchtwasser eingedrungen, Leber auffällig blutreich; — somit hatte das Kind im Mutterleibe Athembewegungen vorgenommen.

XLV. Fall. Fehlgeburt im 7. Monate — Gemini — ursprüngliche Wehenschwäche — Katheterisation — Striktur — Hysterotomia.

Laut Prot.-Nr. 210 meldete sich die 22jährige Ipara St. J. am 20. Mai 1867 um $7^3/_4$ Uhr Früh als Gebärende, nachdem sie seit 9 Stunden die ersten Wehen verspürt haben will; die Vag. port. war verstrichen, Orif. 1″ — Uterus immens ausgedehnt, aber so gespannt, dass von einer bestimmten Zwillingsdiagnose keine Rede sein konnte, (selbe wurde erst nach der Geburt des ersten Kindes konstatirt). Um 11 Uhr Nachts Orif. 2″, die Wehen wurden immer schwächer und aussetzender, so dass das Orif. am 21. Mai um 7 Uhr Früh wieder auf nahezu $1^1/_2$″ zusammengefallen war, wesshalb ein mit einem Wachsstöpsel versehener Katheter nach links hinten eingeschoben wurde, und zwar mit sichtlichem Erfolge, denn nach 76 Wehen war das Orif. um halb 11 Uhr Früh schon 3″ weit und die Wehen so geregelt, dass der Katheter entfernt und bald darauf die Fruchtblase künstlich gesprengt wurde. — Der gehegte, geregelte Geburtsfortschritt stellte sich jedoch nicht ein, die Wehen wurden immer langpausiger und dabei schmerzhafter, und zwar gab die Kreissende während jeder Wehe ein unausstehliches, äusserst schmerzhaftes Heraufdrängen des Kindes an, welches sich von Wehe zu Wehe steigerte, und wodurch nach weitern 76 Wehen das Orif. immer enger und enger und dessen Rand stets gespannter wurde, so dass um halb 4 Uhr Nachmittags das Orif. wieder gegen 1″ weit geöffnet, dessen Rand scharf gespannt wie eine Darmsaite und gegen die leiseste Berührung empfindlich war, wobei das Gefühl des Heraufziehens sich derartig gesteigert hatte, dass die Kreissende während jeder Wehe den Bauch umfasste, und von der Schoossgegend in die Höhe zog, indem ihr diese Manipulation eine Erleichterung verschaffte, — mit einem Worte — es hatte

sich die schönste (sic!) Striktur des Orif. ext. herausgebildet, dabei Puls 96 und allgemeine, bedeutende fieberhafte Aufregung, vermehrter Durst u. s. f. Bei diesen Umständen erschien die blutige Erweiterung des Muttermundes angezeigt, und wurde daher zuerst mit einem Herniotom der Orif.-Rand nach links, dann mit grösserem Vortheile mittelst des Simpson'schen Hysterotoms noch nach rechts und hinten eingeschnitten, worauf allerdings eine ziemliche Blutung sich einstellte, welche jedoch bald stille stand, indem der in II. Stellung herabdrängende Schädel den gleich nach der Incision wieder auf 3" sich erweiternden Muttermund tamponirte, und die Wehen nun so regelmässig wurden, dass nach weiteren 44 Wehen das Orif. verstrichen war und um 6 Uhr 20 Minuten die Geburt des 1. Kindes (Knaben), und 15 Minuten später zugleich mit dem Blasensprunge in I. Schädellage die Geburt des 2. Kindes (Mädchen) erfolgte. Die Nachgeburt (2 Plac., 2 Chor., 2 Amn.) wurde $^1/_4$ Stunde später nach Credé entfernt.

Was die Mutter anbelangt, so trat am 10. Tage des Wochenbettes eine beträchtliche Blutung ein mit allen Zeichen einer Peritonitis puerper., wesshalb sie auf die medizinische Abtheilung transferirt wurde, um nach 33 Tagen gesund entlassen zu werden.

Die Kinder lebten a) (15" lang, 2 Pfd. 20 Loth schwer) 40 Stunden, b) (15" lang, 2 Pfd. 18 Loth schwer) $^1/_4$ Stunde.

Die Geburt hatte im Ganzen 43 Stunden 20 Minuten, vom Katheterisiren 11 Stunden 20 Minuten gedauert.

XLVI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Am 19. März 1868 wurde ich zu der 19jährigen Beamtensfrau W . . ., einer Ipara, um halb 8 Uhr Morgens gerufen, mit dem Bemerken, selbe habe schon seit der Nacht vom 17. auf den 18. Wehen und die Geburt gehe nicht vorwärts, trotzdem dass sie den ganzen Tag vorher herumgegangen sei. Das Fruchtwasser war mässig vermehrt, das Kind hatte eine I. Schädellage, die Vaginalportion war verstrichen, das Orif. glattrandig, 2" offen, die Wehen, obschon häufig aufeinander folgend, sichtlich unausgiebig.

In der gewöhnlichen Rückenlage wurde ohne Mandrin ein mit Wachs verstopfter englischer elastischer Katheter nach links

hinten in die Gebärmutter eingeschoben, so dass dessen Köpfchen aus der Schampalte herausragte.

Um halb 10 Uhr bei verstrichenem Orif. sprang die Fruchtblase und wurde der Katheter entfernt, und um 10 Uhr erfolgte die Geburt eines frischen Mädchens, somit kaum 2½ Stunden nach dem Katheterisiren. Mutter und Kind blieben gesund.

XLVII. Fall. Hochgradiger Hängebauch — Querlage — äussere Wendung auf den Kopf — Wehenschwäche — Catheterisatio uteri — künstlicher Blasensprung — habitueller Vorfall der Nabelschnur — Wendung auf den linken Fuss — manuelle Extraktion — Forceps — künstliche Lösung der Placenta.

Am 21. Juli 1862 wurde ich zu der 42jährigen Greislersfrau K . . . . um 10 Uhr Abends gerufen, nachdem sich bereits Mittags die ersten Wehen eingestellt hatten, und erfuhr alsbald, dass dieselbe bereits 4 ausgetragene Kinder wegen Vorfall der Nabelschnur todt geboren habe. Ich fand ob kolossaler Schlaffheit der Bauchdecken einen derartigen Hängebauch, dass der Uterusgrund in der hochliegenden Stellung der Gebärenden über die Schoossfuge bis auf die Oberschenkelflächen herabragte, das Kind hatte eine Querlage inne, Kopf rechts unten, Fornix. vag. leer, die nach hinten und oben beim Vorberg liegende Vaginalportion war noch über 3‴ lang und konnte nur mit grosser Mühe erreicht werden, das wulstige Orif. ext. gegen 1″ offen, der untersuchende Finger war nach jedesmaliger Untersuchung von einer glasartig zähen Masse bedeckt (Hydrorrhoe), die Wehen schwach, lang aussetzend, dass Becken normal. — Nachdem ich den Uterus mit beiden Händen (mit nach abwärts gerichteten Fingerspitzen) erfasst und dessen Grund in die Höhe gehoben, vollführte ich von aussen ob der Schlaffheit der sämmtlichen Wandungen mit Leichtigkeit auf die gewöhnliche Weise die Wendung auf den Kopf — in eine I. Schädellage — und liess die Gebärende eine horizontale Lage mit erhöhter Kreuzgegend einnehmen, um, da die Wehen eigentlich faktisch null waren, alsbald (10¼ Uhr Abends) den englischen elastischen Katheter ohne Mandrin nach links hinten so weit in die Uterushöhle einzuführen, dass von demselben ausser der Schamspalte nichts

sichtbar blieb; hiebei war der Schädel durch das Scheidengewölbe deutlich ballotirend fühlbar. — Das Katheterisiren hatte den Erfolg, dass um 12¼ Uhr Nachts das Orif. bereits 3″ offen war und ob geregelter Wehenthätigkeit der Katheter entfernt werden konnte; da jedoch der Kopf trotz nunmehriger rechtsseitiger Lagerung der Kreissenden immer eine Tendenz zum Abweichen nach rechts zeigte, schritt ich behufs Fixirung desselben und weiterer Geburtsbeschleunigung zum künstlichen Blasensprunge, welcher jedoch wegen der äusserst zähen Beschaffenheit der Eihäute und der massenhaft zwischen den Eihäuten und der Gebärmutter angesammelten hydrorrhoischen Sulze nur mit dem Meisselende einer gewöhnlichen Sonde gelang und wobei leider abermals, somit das 5. Mal, eine schwach pulsirende Nabelschnurschlinge vorfiel, deren manuelle Reposition misslang, so dass ich alsbald am gewöhnlichen Bette ohne Narkose mit der linken Hand auf den linken Fuss die Wendung vollführte.

Bei der unter besagten Umständen indicirten alsbaldigen Extraktion drehte sich der Rücken vollkommen nach hinten und schlugen sich beide Arme über den Nacken hinauf, so dass das Armlösen allein über eine Viertelstunde in Anspruch nahm und ich das Kind bereits für verloren ansah, daher musste, falls noch ein Funken Leben in ihm wäre, schnell geholfen werden.

Bei dem Umstande, als der Kopf mit dem Gesichte gegen die Schoossfuge gerichtet, im geraden Durchmesser der Beckenhöhle stand, hielt ich es nach meiner Erfahrung rathsamer, im Vorhinein von jedem manuellen Extraktionsversuche abzustehen, und legte alsbald die Simpson'sche Zange an, worauf die Entwicklung des Kopfes spielend leicht gelang, und siehe da, das reife kräftige Mädchen liess noch Herzbewegungen wahrnehmen. Entfernung des Schleimes aus der Mund-Rachenhöhle, Blutlassen, Bespritzen mit kaltem Wasser, Lufteinblasen und Baden reichte hin, dasselbe nach einer Viertelstunde vollkommen zu beleben und am Leben zu erhalten.

Gleich nach der Geburt stellten sich ob hochgradiger Atonie des Uterus und strangförmiger Verwachsung der Placenta in Folge innerer Blutung derartige Erscheinungen der Anämie ein, dass man zur künstlichen Lösung der Nachgeburt schreiten musste, wobei von der nach links aufsitzenden, in der Mitte strangförmig verwachsenen Placenta kleine Stücke zurückgelassen werden mussten. Trotzdem und dass weiters ihr Mann, ein noto-

rischer Säufer, einige Tage darauf einen Schlaganfall erlitten, verlief das Wochenbett ohne Störung.

Die Geburt hatte vom Kathetereinlegen $3^1/_4$ Stunden, im Ganzen $13^1/_4$ Stunden gedauert. Von Interesse sind besonders bei dieser Frau die häufigen Nabelschnurvorfälle, welche offenbar in dem Hängebauche ihre Erklärung finden lassen und fast mit Recht habituelle Vorfälle der Nabelschnur zu benennen wären.

XLVIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

P. Maria, eine 27jährige Ipara, trat laut Prot.-Nr. 332 am 15. Juli 1868 um $5^1/_2$ Uhr Abends mit 1" Orif. ins Kreisszimmer ein, nachdem sich Tags vorher um 4 Uhr Morgens die ersten Wehen eingestellt hatten. — Fornix vag. gut entwickelt, 1. Schädellage. — Am 16. Juli um $3^1/_2$ Uhr Früh status idem, die Wehen lang aussetzend, unausgiebig, daher in der Rückenlage wie gewöhnlich ein zugepfropfter englischer elast. Katheter nach links hinten in die Uterushöhle eingeschoben wurde, so dass dessen Knopfende gerade aus der Schamspalte hervorragte. — Um $11^1/_4$ Uhr Mittags nach 82 Wehen Orif. 2", und die Wehenthätigkeit derart geregelt, dass der Katheter entfernt wurde, — um $1^3/_4$ Uhr Orif. 3". Da die Gebärende, um die Blattern nicht weiter zu verbreiten, unfreiwillige Zeugin der im 19. Falle beschriebenen Drillingsgeburt wurde, erschrack sie darob derart, dass die Wehen immer schwächer wurden, wesshalb, nachdem um 5 Uhr das Orif. bereits verstrichen war, zur weiteren Geburtsbeschleunigung nach 48 Wehen um 6 Uhr Abends die Fruchtblase künstlich gesprengt wurde, worauf mit günstiger Zuhilfenahme der Episiotomie ob sackförmigen Mittelfleisches nach weiteren 58 Wehen um $8^1/_2$ Uhr Abends die Geburt eines reifen Mädchens erfolgte, das seinerzeit sammt der Mutter, ohne an Blattern zu erkranken, gesund entlassen wurde.

Die Geburt hatte im Ganzen $64^1/_2$ Stunden, vom Kathetereinlegen $17^1/_4$ Stunden gedauert.

XLIX. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Die 24jährige IIpara Agnes B. meldete sich laut Prot.-Nr. 73 am 11. Dezember 1867 um $6^1/_2$ Uhr Abends als Kreissende,

nachdem um 5 Uhr Abends die ersten Wehen sich kundgegeben haben sollen. Man fand das Orif. $1\frac{1}{2}$" offen, I. Schädellage, Fornix vag. gut ausgebildet, Wehen sehr schlecht. Trotz Herumgehens blieb bis 13. Dezember 8 Uhr 50 Min. Früh status idem, daher man bei dieser ausgesprochenen Wehenschwäche in der gewöhnlichen Rückenlage einen mit einem Wachspfropfe verstopften elastischen Katheter nach rechts hinten einschob, nachdem dessen Einführung nach links hinten, wahrscheinlich ob linksseitigen Placentarsitzes, nicht gelang. Der Frfolg war überraschend, nach 68 kräftigen Wehen erfolgte um 11 Uhr bei verstrichenem Orif. der Blasensprung, worauf der Katheter entfernt wurde und nach weitern 7 Wehen bereits um 12 Uhr Mittags die Geburt eines kräftigen Knaben statt hatte, somit $3\frac{1}{4}$ Stunden nach dem Katheterisiren und 43 Stunden seit dem Beginne der Wehen. Mutter und Kind blieben gesund.

L. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Maria P., eine 26jährige Ipara, trat laut Prot.-Nr. 17 am 6. November 1867 um $10\frac{3}{4}$ Uhr Früh ins Kreisszimmer, nachdem sich die ersten Wehen am 6. November um 3 Uhr Früh eingestellt hatten; sie war Ende der ersten Geburtsperiode, die Wehen sehr lang aussetzend, I. Schädellage. Am 7. November um 7 Uhr Früh Orif. 2", die Wehen so lange aussetzend, dass in einer halben Stunde kaum 3 Wehen beobachtet wurden, daher um $9\frac{1}{2}$ Uhr Früh der mit Wachs verstopfte englische Katheter ohne Mandrin in der Rückenlage der Kreissenden vom Assistenten nach links hinten eingeführt wurde. Um 11 Uhr ward der Katheter aus der Gebärmutterhöhle herausgeschlüpft gefunden, und wurde, da bis 12 Uhr die Wehen sich nicht gebessert hatten, um diese Stunde beim Statu quo abermals eingeführt, jedoch so tief, dass dessen Knopfende in die Scheide zu liegen kam, worauf sich jedoch die Wehen alsbald derart besserten, dass um 4 Uhr das Orif. verstrichen war und der Katheter wissentlich entfernt wurde. Um $4\frac{3}{4}$ Uhr erfolgte der Blasensprung und eine halbe Stunde später die Geburt eines frischen Mädchens, welches sammt der Mutter gesund entlassen wurde.

Die Geburt hatte im Ganzen $38\frac{1}{4}$ Stunden, seit dem 2. Kathetereinlegen $5\frac{1}{4}$ Stunden gedauert; vom ersten Einlegen $7\frac{3}{4}$ Stunden.

LI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche ob Hydramnios.

S. T., eine 22jährige Ipara, trat laut Prot.-Nr. 167 am 2. März 1869 um 11½ Uhr Mittags als Gebärende ein, nachdem selbe bereits seit 28. Februar 10 Uhr Früh Wehen verspürte. — Bei ihrem Eintritte war die Vag.-Port. noch nicht vollkommen verstrichen, das Orif. für die Fingerspitze offen, das Kind hatte eine I. Schädellage. — Am 3. März 9 Uhr Früh: Fornix sehr tief herabgedrückt, Orif. über ½", Wehenpausen sehr lange, die Wehen auffällig kurz; derselbe Status bezüglich der Wehen Abends ½5 Uhr, nur war das Orif. gegen 1½" offen. Es wurde daher in der Rückenlage ein mit Wachs verstopfter engl. elast. Katheter wie gewöhnlich nach links hinten ohne Mandrin in die Uterushöhle eingeschoben, so dass dessen Knopfende aus der Schamspalte hervorragte. Bis 9 Uhr Abends war kein bedeutender Erfolg sichtlich, Orif. war noch 1½"; nun aber besserte sich die Wehenthätigkeit derart, dass am 4. März um 2¾ Uhr Früh, wo der Katheter entfernt wurde, die durch die Schamspalte sich hervordrängende Fruchtblase künstlich gesprengt werden musste, und ¼ Stunde darauf, i. e. nach 123 vom Katheterein-legen gezählten Wehen, die Geburt eines reifen Knaben erfolgte, wobei sich unter einem eine kolossale Menge Fruchtwasser ergoss.

Mutter und Kind blieben gesund. Die Geburt hatte im Ganzen 3 Tage 17 Stunden, vom Katheterisiren 10½ Stunden gedauert.

LII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche bei einer ersten einfachen Steisslage.

B. M., eine 20jährige Ipara, trat laut Prot.-Nr. 134 am 9. Februar 1869 um 7 Uhr Abends als Kreissende ein, das Orif. war wulstig, ½" offen, über den ersten Beginn der Wehen gab selbe keine sichere, i. e. verwendbare Auskunft. Am 10. Februar 9 Uhr Früh Orif. 1" und Abends um 4 Uhr gegen 1½", daher schien bei diesen Umständen mit spezieller Rücksicht auf die fehlerhafte Kindeslage — I. einfache Steisslage — eine Anregung der Wehenthätigkeit angezeigt, und wurde deshalb um 5 Uhr ein engl. elastischer Katheter ohne Mandrin, wie im vorhergehenden Falle, eingeführt. Der Erfolg war überraschend, um 7½

Uhr Abends sprang bei verstrichenem Orif. die Fruchtblase, worauf der Katheter noch absichtlich $^1/_4$ Stunde liegen gelassen wurde; nach dessen Entfernung schnitt der Steiss bereits ein, und um 8 Uhr Abends erfolgte nach vom Kathetereinlegen gezählten 76 Wehen ohne irgend eine Nachhilfe die Geburt eines reifen Mädchens, welches sammt der Mutter gesund blieb.

Nehmen wir den Moment des Eintrittes in die Anstalt als Geburtsbeginn, so hätte die Geburt im Ganzen 25 Stunden, vom Kathetereinlegen jedoch nur 3 Stunden gedauert, und ist sicherlich meines Erachtens eben der durch die Katheterisation angeregten Verstärkung der Wehenthätigkeit die alleinige rasche Ausstossung des Kindes nicht minder zuzuschreiben.

LIII. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

Am 8. März 1869 wurde ich zur Privatensgattin G., einer 26jährigen Vpara, gerufen, indem sich dieselbe seit 2 Uhr Früh in der Geburtsarbeit befinde, und die Geburt nicht vorwärts gehe. Bei meiner Ankunft um $9^3/_4$ Uhr Abends fand ich das Orif. gegen $1^1/_2$", die Wehen schmerzhaft, aber unausgiebig, insbesondere beklagte sich die Gebärende über ein unausstehliches Herabziehen in der Unterbauchgegend, und nachdem mir die Hebamme mittheilte, dass sich das Orif. seit 3 Uhr kaum merklich erweitert habe, schritt ich zur Katheterisation, welche ich gleich den frühern Fällen nach links hinten vollführte. Der Erfolg war eklatant, gegen $11^3/_4$ Uhr war der Muttermund nahezu verstrichen und die Blase drängte sich gegen die Schamspalte, ich entfernte den Katheter, sprengte die Blase und $^1/_4$ Stunde später war in I. Schädellage die Geburt eines reifen Mädchens erfolgt. — Mutter und Kind blieben gesund, die Geburt hatte im Ganzen 22, vom Katheterisiren $2^1/_4$ Stunden gedauert.

LIV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche bei einer an Dysenterie leidenden VIIpara.

Am 24. April 1866 gegen 4 Uhr Früh wurde ich zu der 42jährigen Frau M., einer VIIpara, gerufen, da die Geburt nicht vorwärts gehe, trotzdem sie schon von 7 Uhr Abends an

Wehen habe. Die Gebärende war bedeutend aufgeregt. Puls 96, Bauch aufgetrieben, empfindlich, sie litt nämlich seit 19./4. an einer heftigen Ruhr; die Wehen, welche bis 1 Uhr Früh regelrecht waren, hatten ganz nachgelassen, Orif. $1^1/_2$", dessen Rand auffällig schlaff, ebenso die Fruchtblase sich kaum spannend. Ich katheterisirte nach rechts hinten, anfangs mit, dann ohne Mandrin, und fand, dass der Katheter sehr schwer eindrang; kaum war derselbe eingeführt, so erwachte die Wehenthätigkeit jedoch derartig, dass der Katheter nach 20 Minuten bei 2" Orif. herausgestossen wurde; gegen 5 Uhr wurde die Blase gesprengt, und einige Minuten darauf erfolgte in I. Schädellage die Geburt eines Mädchens. Beide gesund.

Die Geburt hatte im Ganzen $10^1/_4$, vom Katheterisiren $1^1/_4$ Stunden gedauert.

LV. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche — Catheterisatio — künstlicher Blasensprung — Drehung des Hinterhauptes nach rückwärts — Forceps.

Zur Frau N., einer 18jährigen zarten Dame, Ipara, am 26. Juni 1869 um 7 Uhr Abends gerufen, erfuhr ich, dass selbe bereits seit 2 Tagen Wehen verspüre, besonders ausgesprochen haben sich dieselben seit 2 Uhr Früh eingestellt, nach Aussage der Hebamme sei um 9 Uhr Früh die Blase gesprungen (?!) und der von der Hebamme beigezogene Kollege hatte um 4 Uhr Nachmittags bei $1^1/_2$" Orif. Secale verordnet; — und ebenderselbe liess mich, nachdem die Geburt nicht vorwärts ging, rufen. — Ich fand die Gebärende durch fortwährendes Verarbeiten der Wehen aufs äusserste abgemattet, eine II. Schädellage, Orif. gegen $2^1/_2$", die Fruchtblase stellte sich deutlich während der Wehe, der Vorberg leicht erreichbar, die Wehen nahezu Null — ich katheterisirte daher alsbald um $7^3/_4$ Uhr ohne Mandrin nach links hinten wie gewöhnlich. — Um $8^3/_4$ Uhr, somit nach einer Stunde Orif. bereits verstrichen, es wurde daher der Katheter entfernt, und da ob des Ergotismus eine weitere Beschleunigung nöthig war, sprengte ich die Blase. — Leider rechtfertigte sich die gehoffte Wirkung nicht; — da die Gebärende aus Schwäche die Wehen nicht verarbeiten konnte, dagegen die bis nahezu an die Schamspalte ragende Geburtsgeschwulst an dem mit dem

Hinterhaupte sich nach hinten gedrehten Schädel eine Vollendung der Geburt dringlichst indicirte, so wurde um 12¼ Uhr nochmals prophylaktisch Secale verabreicht und unter Einem die Zange angelegt. -- Die Extraktion war jedoch über alles Erwarten schwierig, erst um 1½ Uhr bei gleichzeitiger Episiotomia bilat. des sackförmig ausgedehnten Perinäums gelang die Entwicklung eines äusserst starken todten Knaben, wobei mir der Ordinarius redlich half, denn meine physische Kraft hätte nicht ausgereicht; — die Nachgeburt folgte alsbald. — Die Mutter blieb unter Anwendung erregender Umschläge gesund. Die Geburt hatte im Ganzen 54, vom Katheterisiren, welches sich abermals als solches in seiner Wirkung bewährt hatte, 5¾ Stunden gedauert.

LVI. Fall. Ursprüngliche Wehenschwäche.

B. B., eine 30jährige Ipara, war laut Prot.-Nr. 346 am 5./9. 1869 um 8½ Uhr Abends mit 2" Orif. eingetreten, nachdem sie bereits seit 24 Stunden Wehen verspürt hatte; die Wehen selbst waren kurz, dabei sehr langpausig, das Kind hatte eine II. Schädellage inne. Abends um 5½ Uhr des 6./9. Orif. kaum 3", Wehen gleich unausgiebig, daher wie in den früheren Fällen nach links hinten ohne Mandrin die Katheterisation vorgenommen wurde. Die Wehen wurden gleich darauf so kräftig, dass ½ Stunde später die Blase sprang, wobei wenig Fruchtwasser abfloss; um 10½ Uhr drückte der Kopf bereits auf, nun wurde der Katheter entfernt und ¾ Stunden später war die Geburt eines Knaben beendet, somit 5¾ Stunden nach dem Katheterisiren. Die Geburt hatte im Ganzen 51 Stunden gedauert, Mutter und Kind blieben gesund.

b) Nach dem Blasensprunge.

LVII. Fall. Sekundäre Wehenschwäche ob vorzeitigem Blasensprunge — Catheterisatio uteri — Forceps.

A. S., eine 42 Jahre alte IIIpara, kam laut Prot. Nr. 245 am 16. August 1862 um 7¾ Uhr Abends in der ersten Geburtsperiode aufs Kreissbett, nachdem bereits 5 Stunden vorher die ersten Wehen sich eingestellt haben sollen. — Das Kind hatte

eine I. Schädellage inne, und der vorliegende Schädel stand, trotzdem dass die Fruchtblase bereits gesprungen war, noch immer hoch oben am Beckeneingange. — Da sich jedoch die Wehen immer schwächer und schwächer gestalteten, dabei sich eine ziemlich starke Blutung in der 2. Geburtsperiode, durch theilweise Lostrennung des Mutterkuchens bewirkt, einstellte, und sich endlich an dem noch immer hochstehenden Schädel eine bedeutende Geburtsgeschwulst gebildet hatte, so wurde am 17. August um $4^1/_2$ Uhr Nachmittags bei $1^1/_2$" weitem Orificium versuchsweise in der Rückenlage der Kreissenden ein englischer elastischer Katheter ohne Mandrin als wehenverbesserndes Mittel an der hintern Gebärmutterwand wie gewöhnlich eingelegt; worauf sich in der That die Wehen derart besserten, das bereits um $6^1/_2$ Uhr der Muttermund nahezu vollkommen verstrichen war. — Da jedoch trotzdem die Wehen nicht ausgiebig genug waren, um den Kopf zum raschern Herabrücken zu bringen, so wurden jetzt überdiess nebstbei in 5 Minuten langen Zwischenräumen 6 Dosen Secale cornut. zu 5 Gr. verabreicht, und eine Stunde später nach Entfernung des Katheters zur Zangenanlegung geschritten, indem einerseits eine sich kundgebende Unregelmässigkeit der Fötalherztöne auf eine Lebensgefahr für das Kind schliessen liess, andererseits aber auch die Aufregung der Mutter sich bereits aufs Höchste gesteigert hatte, dessenungeachtet kam das mit der Simpson'schen Zange rasch entwickelte Kind — ein Knabe — scheintodt zur Welt und konnte nur durch einen ausgiebigen Aderlass und Lufteinblasen zum Athmen gebracht werden. — Während des Scheintodes, so wie während des 22 Stunden dauernden Lebens brachte die leiseste Berührung des Kindes lebhafte Zuckungen in den Extremitäten hervor, übrigens blieb auch das Athmen fortwährend unregelmässig und das Kind gab nur knurrende Laute von sich. Als Todesursache ward eine hochgradige Hyperämie des Gehirns und der Meningen aufgefunden.

Interessant war ferner bei dieser Geburt die übermässige Menge von Vernix caseosa, es ging selbe schon während der Geburt im wahren Sinne des Wortes stückweise ab, mit dem Nachwasser kamen jedoch nussgrosse Stücke zum Vorscheine, das grösste Stück Vernix caseosa war über $1^1/_2$" lang, $^1/_2$" dick und wog über ein Loth, überdiess war das Kind an einzelnen Partien des Körpers 3—4‴ dick mit käsiger Schmiere bedeckt.

Die Nachgeburt wurde in diesem Falle nach der Crede'schen Methode jedoch unter Unwillen der Mutter entfernt, mit derselben ging zugleich sehr viel gestocktes Blut ab. — Die Mutter blieb gesund.

Die Geburt hatte somit im Ganzen $28^3/_4$ Stunden, vom Katheterisiren gerechnet $3^1/_4$ Stunden gedauert; unläugbar hat auch diessmal der Katheter, obschon nach dem Blasensprunge eingelegt, zweifelsohne gut und schonend gewirkt.

LVIII. Fall. Beckenenge — vorzeitiger Blasenprung — nachfolgende Wehenschwäche.

Die 22jährige Primipara J. A. wurde laut Prot.-Nr. 168 am 2. März 1867 das erste Mal untersucht, wobei eine Diagonal-Conjugata von 4" 2"' und eine I., äusserst veränderliche Querlage (Kopf links) festgestellt wurde; eine zweite am 26. März vorgenommene Untersuchung ergab eine II. Schädellage und bei der Geburt hatte das Kind eine I. Schädellage inne. Den 16. April um 11 Uhr Abends trat selbe, nachdem sich schon um 8 Uhr Früh die ersten Wehen eingestellt hatten, mit $^1/_2$" Orif.-Weite und entsprechender Wehenthätigkeit in das Kreisszimmer ein. Am 17. April um $8^1/_2$ Uhr Morgens bei kaum 2" weitem Orif. erfolgte ein seitlicher Blasensprung, worauf der Muttermundsrand schlaff herabragte. Die Wehen nahmen nun sichtlich an Stärke ab, so dass um halb 8 Uhr Abends Alles im Statu quo war, nur dass das absickernde Fruchtwasser bereits eine missfärbige Beschaffenheit zeigte; es wurde daher ein mit einem Wachspfropfe verstopfter englischer Katheter wie gewöhnlich in der Rückenlage nach rechts hinten so weit in die Uterushöhle eingeschoben, dass dessen Köpfchen bei der Schamspalte hervorragte. Um halb 1 Uhr Nachts (18. April) nach 90 Wehen war der Muttermund verstrichen, nach weiteren 24 kräftigen Wehen drückte der Kopf bereits auf, worauf der Katheter entfernt wurde und nach weiteren 13 Wehen erfolgte um $1^3/_4$ Uhr Nachts die Geburt eines lebenden Knaben von 6 Pfund 11 Loth Gewicht, $19^3/_4$" Länge bei einer Kopfperipherie von $13^3/_4$". Trotzdem dass die Mutter schon am 17. April um $10^3/_4$ Uhr Früh fieberte (Puls 102, Scheidentemperatur 39,4° C.), verlief das Wochenbett für Mutter und Kind regelrecht.

Die Geburt hat im Ganzen 41¾, vom Katheterisiren 6¼ Stunden gedauert; die Katheterisation hat sich somit hier zweifellos bewährt. Der Positionswechsel während der Schwangerschaft verdient auch hervorgehoben zu werden.

LIX. Fall. Vorzeitiger Blasensprung. — Wehenschwäche.

Am 10. August 1867 um 3½ Uhr Früh wurde ich zu der Bürgersfrau P...., einer 21jährigen, 163 Wiener Pfund schweren Ipara gerufen, nachdem Tags vorher um 3 Uhr Nachmittags das Fruchtwasser abgeflossen war. — Das Kind hatte eine 1. Schädellage, die Vaginalportion war verstrichen, das wulstige Orif. ½" offen, die Wehen sehr kurz, jedoch äusserst schmerzhaft. Ich verordnete Sitzbäder und Ipecacuanha in refracta dosi mit dem Erfolge, dass nach einigemaligem Erbrechen galliger Flüssigkeit, der schmerzhafte Charakter der Wehen sich milderte und um halb 5 Uhr Abends der Rand des 1½" weiten Orif. dünner und nachgiebiger geworden war. — Da jedoch die Wehen sehr lange aussetzten, sich am Kopfe eine Geburtsgeschwulst bildete, so erschien die Katheterisation um so mehr angezeigt, als die äusserst korpulente, dabei sehr sensible Frau ungemein aufgeregt war; es wurde daher der verstopfte Katheter ohne Mandrin nach links hinten alsbald wie gewöhnlich eingeführt. Um 10 Uhr Abends Wehen sehr regelrecht, kräftig, Orif. verstrichen, daher der Katheter entfernt wurde, worauf um halb 12 Uhr bereits die Geburt eines frischen Knaben, der sammt der Mutter gesund blieb, erfolgte.

Die Geburt hatte im Ganzen 32½ Stunden, vom Katheterisiren 7 Stunden gedauert.

LX. Fall. Zwillingsgeburt im 8. Monate — ursprüngliche Wehenschwäche — vorzeitiger Blasensprung.

Die 38jährige Kaufmannsgattin B., eine IIIpara, war während der Schwangerschaft an einer Perimetritis erkrankt, nach deren Heilung jedoch der Uterus stets sehr reizbar und so empfindlich blieb, dass eine genaue äussere Untersuchung niemals möglich war. Am 21. Dezember 1865 traten um 6 Uhr Abends

die ersten Wehen ein, nachdem um 4½ Uhr die Blase gesprungen war; um 8 Uhr ward ich hingerufen, wo ich bei einem sehr guten Fornix vag. das Orif. 1" offen und glattrandig vorfand, beim Touchiren knisterten die Schädelwandungen pergamentartig; die Wehen waren deutlich erkennbar, jedoch lange aussetzend. Dieser Status quo blieb, trotzdem dass in der Nacht noch sehr viel Wasser abgeflossen war, den ganzen 22. und 23. Dezember bis zum Morgen des 24. Dezember, wobei jedoch die Wehen nie vollkommen durch längere Zeit aufhörten. Da die Gebärende bereits sehr ängstlich wurde, und eine Erlösung ihres qualvollen Zustandes wünschte, so wurde um 8½ Uhr Früh bei sehr tiefem Fornix, 1½" weitem Orif. mit, dann ohne Mandrin der Katheter nach rechts hinten, so weit eingeschoben, dass dessen Ende kaum aus der Schamspalte hervorragte.

Der Erfolg war eclatant, als ich um 12 Uhr wieder hinkam, ward ich mit der Nachricht überrascht, dass soeben in 1. Schädellage die Geburt eines lebenden Knaben erfolgt sei und als ich zum Bette hintrat, sprang die Blase des 2. Kindes; die alsbaldige Untersuchung liess eine 2. einfache Steisslage erkennen, und 5 Minuten später war ohne alle Nachhilfe die Geburt eines scheintodten Kindes (Knaben) beendet, welches alsbald belebt wurde und 3 Stunden lebte. Beide Kinder entsprachen ihrer Entwicklung nach dem 8. Schwangerschaftsmonate, das erstgeborene starb 4 Tage nach der Geburt. Die Nachgeburt wurde auf die gewöhnliche Weise entfernt und bestand aus 1 Plazenta, 2 Chorion, 2 Amnion. Die Mutter erholte sich trotz ihrer Schwächlichkeit entsprechend rasch.

Die Geburt hatte im Ganzen 66 Stunden, vom Katheretereinlegen 3½ Stunden gedauert, der Katheter wurde von der Hebamme knapp vor der Geburt des 1. Kindes entfernt.

LXI. Fall. Vorzeitiger Blasensprung, — Wehenschwäche — Catheterisatio — Secale cornutum.

Am 23. April 1867, Abends um 7¾ Uhr, wurde ich zur 35jährigen Amtsdienersgattin M. T., einer Ipara, gerufen, da sie bereits seit 10 Uhr Abends des 21. April in Geburtsschmerzen liege. Die Hebamme rapportirte mir, dass am 22. April um 10 Uhr Früh die Vaginalport. noch vorhanden war und um 3½ Uhr

Nachmittags sei erst die Vaginalport. verstrichen und das glattrandige Orif. gegen ½" offen gewesen; am 23. April um 8 Uhr Früh sei die Fruchtblase gesprungen und sehr viel Wasser abgeflossen und um 12 Uhr Mittags war das Orif. erst 1" offen. Ich fand eine II. Schädellage, Fornix gut entwickelt, Orif. gegen 1½" und die Wehen im höchsten Grade unausgiebig, daher ich es bei so bewandten Umständen für angezeigt hielt, die Katheterisation einzuleiten. Ich schob den Katheter ohne Mandrin nach links hinten wie gewöhnlich in die Uterushöhle ein — jedoch ohne besonderen Erfolg. — Um Mitternacht war das Orif. 2", die Wehen so schwach und so wenig schmerzhaft, dass die Gebärende zeitweilig schlafen konnte, daher ich um 5 Uhr Früh des 24. April den Katheter entfernte. Da jedoch um 10½ Uhr die Wehen gleich schwach blieben, das Orif. gegen 2½" offen war, wurden in 5 Minuten langen Pausen acht 5granige Secalepulver verabreicht, worauf sich endlich die Wehen derart besserten, dass um 12 Uhr Mittags das Orif. vollkommen verstrichen war und um halb 1 Uhr die Geburt eines nicht ganz reifen, dem neunten Monate entsprechenden Mädchens erfolgte, welches sammt der Mutter gesund blieb.

Die Geburt hat im Ganzen 63½ Stunden und nach der Katheterisation 17½ Stunden gedauert.

LXII. Fall. Gemini; — a) vorzeitiger Blasensprung bei II. einfacher Fusslage mit Vorfall der Nabelschnur, Catheterisatio ob Wehenschwäche; — b) II. einfache Fusslage, Catheterisatio als prophylaktisches Mittel — Thrombus vulvae et vaginae.

J. M., eine 28jährige Ipara, bei welcher einen Monat vor der Geburt Zwillinge diagnostizirt worden waren, meldete sich laut Prot.-Nr. 159 am 7./3. 1869 um 3 Uhr Nachmittag als Gebärende, nachdem ihr bereits um 10 Uhr Vormittags die Fruchtwässer abgeflossen waren.

Der Grund der immerhin noch bedeutend ausgedehnten Gebärmutter reichte 2 Finger unter dem Schwertknorpel, sowohl links unten, als in der Mitte am Grunde des Uterus waren durch Reperkussion deutlich je ein Kopf erkennbar, dagegen nur rechts oben Herztöne wahrnehmbar; durch den 1½" weiten Mutter-

mund hoch oben ein Fuss (rechter) vorliegend, das absickernde Fruchtwasser bräunlich, die Wehen lange aussetzend, an und für sich unausgiebig. Da sich der Status quo bis $4^3/_4$ Uhr nicht änderte, wurde wie in den vorhergehenden Fällen nach links hinten ohne Mandrin katheterisirt, worauf sich alsbald ein Blutträufeln einstellte, jedoch auch die Wehen sichtlich sich besserten. — Um 6 Uhr war der Fuss bereits bis zum Scheideneingange herabgerückt, Orificium 3″, und es schien die Entfernung des Katheters um so mehr angezeigt, als sich die Wehenthätigkeit geregelt, jedoch der Blutgang gesteigert hatte, indem höchst wahrscheinlich der Katheter die Planzentarstelle getroffen und eine Lostrennung der Plazenta, resp. hiedurch die Blutung bewirkte.

Nicht wenig überraschte bei der Entfernung des Katheters das Vorgefallensein einer bedeutend langen, vollkommen pulslosen, welken Nabelschnur neben dem Fusse zu entdecken; unter diesen Umständen erschien es am angezeigtesten, die Geburt der Natur ruhig zu überlassen, um so mehr, als man es ja mit Zwillingen zu thun hatte, wo ja der Blutungen halber erfahrungsgemäss jedwede allzurasche Entleerung des Fruchthälters zu vermeiden ist. Unter fortwährendem tüchtigen Reiben des Uterusgrundes wurde nach 64 Wehen der Rumpf bis zu den Schultern geboren und erst nun, als derselbe trotz des kräftigsten Mitpressens nicht vorrückte, wurde mittelst des Huetter'schen und modificirt Smellie'schen Handgriffes um $7^3/_4$ Uhr ein todter Knabe entwickelt, dessen Thorax vollkommen konkav war, offenbar durch einen von Seite des Vorberges auf ihn ausgeübten Druck.

Das Fühlen eines Fusses (rechter) durch die gespannte Fruchtblase liess das Vorhandensein eines zweiten Kindes ausser allem Zweifel. Dasselbe hatte abermals eine II. einfache Fusslage inne. Obschon die Wehen zwar besser, d. h. ausgiebiger waren, als bei der ersten Geburt, so schien dennoch eine möglichst kräftige Zusammenziehung aus prophylaktischen Gründen um so mehr angezeigt, als der Blutgang, obschon mässig, dennoch immerfort anhielt; es wurde daher nach links hinten, wie früher, der Katheter eingeführt und unter Einem wurden binnen 30 Minuten 18 Gran Ergotin verabreicht. Um $9^1/_2$ Uhr wurde die Blase, welche trotz der guten Wehen nicht von selbst bersten wollte, künstlich gesprengt und der Katheter weiters liegen gelassen, um die Geburt möglichst zu beschleunigen, auf dass das Kind

dem Ergotismus nicht erliege. Eine $^1/_4$ Stunde später schnitt der Steiss bereits ein, man entfernte den Katheter und 5 Minuten darauf war bereits ganz von selbst die Geburt des zweiten Kindes (Knaben) erfolgt, welches zwar wachsgelb war, aber alsbald zu athmen begann und demgemäss rosaroth wurde; es starb am 13./4. an Atrophie.

Die Nachgeburt (1 Plac., 2 Chor., 2 Amnion) wurde nach Credé entfernt.

Die Kinder ergaben folgende Maasse:

a) Körperlänge $18^1/_2$". Kopfperipherie $11^3/_4$", Gewicht 4 Pf. 21 Lth.
b) „ $17^1/_2$", „ $12^1/_2$", „ 4 „ 13 „

Die Sektion des todtgebornen Kindes ergab Meningeal-Apoplexie als Todesursache.

Die Geburt hatte somit im Ganzen 12 (?), vom Katheterisiren 5 Stunden gedauert.

Des andern Tages meldete bei der Frühvisite die Hebamme, dass die rechte grosse Schamlippe bedeutend angeschwollen sei; — die alsbald vorgenommene Untersuchung liess dieselbe als eine über ganseigrosse, blaurothe, deutlich fluktuirende Geschwulst erkennen, welche sich, allerdings allmälig verlierend, an der rechten Scheidenwand bis nahezu gegen den Fornix vag. hin verfolgen liess, wobei die Wöchnerin keinen besonderen Schmerz äusserte. Wir hatten es somit mit den Folgen eines Blutergusses aus einer im Innern der Schamlippe geborstenen Vene in das zwischen ihren beiden Hauptblättern liegende Zellengewebe zu thun, es hatte sich nämlich ein Thrombus vulvae et vaginae gebildet.

Es wurden alsbald kalte Ueberschläge verordnet, und so war das weitere Wachsthum des andern Tages sistirt; die prall gespannte Geschwulst liess das Blut deutlich durchschimmern. Da die Wöchnerin durchaus nicht fieberte, so entschied ich mich für eine exspektative Behandlung, und wurden vor Allem bis zum 12./3. die kalten Umschläge fleissig angewendet. An diesem Tage wurde die Geschwulst aussen an der tiefsten Stelle gangränös, und stiess sich in der Nacht zum 13./3. eine 6 bis 15 Linien im Durchmesser habende Partie los. Durch diese Oeffnung ragte ein schmutzig brauner Blutpfropf hervor, dessen weitere Abstossung man auch — den Pfropf als ein noli me tangere betrachtend — der Natur überliess, nichts Weiteres dazuthuend, als fleissig mit lauem Wasser reinigen und eine in schwacher

Lösung von Kali hypermanganicum getränkte Charpie darauf legen. Die Ausstossung, respektive Auseiterung ging nun schön und rasch vorwärts, am 18./3. war bereits die grosse Höhle derart verkleinert, dass man mit dem Finger kaum auf 1" einzudringen vermochte und am 13/4. die Pat. gesund entlassen werden konnte.

LXIII. Fall. Vorzeitiger Blasensprung — Wehenschwäche — Catheterisatio — Forceps.

Laut Pr.-Nr. 169 trat die 39jährige Ipara R. M. am 23. März 1869 um 7¼ Uhr Früh, nachdem ihr eine halbe Stunde vorher die Wässer abgeflossen, als Gebärende ein.

Vag.-port. war verstrichen, Orif. ½", Wehen sehr schwach, II. Schädellage; die ersten Wehen habe sie um 3 Uhr Früh verspürt. Nachmittag 4 Uhr Orif. kaum ¾", Fornix gut entwickelt, Wehen fast gar keine; um 6 Uhr Abends Orif. etwas über 1", Wehen noch immer nahezu null, daher wie gewöhnlich nach links hinten ohne Mandrin katheterisirt. Um 7¾ Uhr Orif. 1½", um 9¼ Uhr Orif. über 2", um 1¼ Uhr nach Mitternacht nach 125 Wehen Orif. verstrichen, und wurde der Katheter entfernt. Da jedoch die Wehen wieder nachliessen, die Herztöne undeutlich hörbar wurden, sich eine bedeutende Kopfgeschwulst bereits gebildet hatte, wurde um 2¾ Uhr am zangenrechten Schädel die Zange angelegt, und nach 9 Tractionen 10 Minuten später ein scheintodter Knabe entwickelt, welcher die Nabelschnur fest um den Hals gewickelt hatte. Bespritzen, Katheterisiren der Luftröhre, Reiben u. s. f. belebten das Kind, welches jedoch am 30. März plötzlich starb, die Section ergab Apoplexia cerebri serosa; die syphilitische Mutter blieb als Wöchnerin gesund.

Die Plazenta wurde nach Credé entfernt, und wegen einer geringen Nachgeburtsblutung wurden prophylaktisch 18 Gran Ergotin sec. Bonj. verabreicht.

Die Geburt hatte im Ganzen 24, vom Katheterisiren 9 Stunden gedauert und scheint die Katheterisation die Wehen anfänglich thatsächlich verbessert zu haben.

LXIV. Fall. Catheterisatio ob Wehenschwäche nach dem Blasensprunge — Drehung des Hinterhauptes nach rückwärts — Forceps.

C. H., eine 30jährige Primipara, trat am 15. Mai 1869 um $12^1/_4$ Uhr Nachts laut Prot.-Nr. 256 mit 1" weitem Orif. ein, nachdem ihr Tags vorher um 10 Uhr Abends mit Beginne der Wehen das Fruchtwasser abgeflossen war; Fornix Vag. war gut entwickelt, das Kind hatte eine I. Schädellage inne. Um 9 Uhr Vormittags war der Muttermund bereits nach hinten verstrichen, der Schädel drehte sich in den linken schrägen Durchmesser, die Kopfgeschwulst bedeutend. Um $11^1/_2$ Uhr wurden die Wehen sichtlich schwächer, da jedoch die bereits vollführte abnorme Drehung des Schädels eine tüchtige Wehenthätigkeit erforderte, so wurde ohne Mandrin nach links hinten wie gewöhnlich katheterisirt.

Um 4 Uhr 37 Minuten war nach 60 Wehen der Status quo, es wurde daher, da die Geburtsgeschwulst bereits eine kolossale geworden und die Herztöne schwächer zu hören waren, der mit Wachs verstopfte Katheter entfernt und die Zange angelegt, deren Anlegung wegen der pergamentartigen Beschaffenheit der Schädelknochen einige Schwierigkeit darbot; — 5 Minuten später nach 8 Traktionen war ein scheintodter, cyanotischer Knabe geboren, welcher alsbald belebt und seinerzeit sammt der Mutter gesund entlassen wurde.

Die Geburt hatte im Ganzen $18^3/_4$ Stunden, vom Katheterisiren $5^1/_1$ Stunden gedauert. Die Katheterisation war von keinem besonderen Erfolge.

LXV. Fall. Sekundäre Wehenschwäche ob Beckenenge — vorzeitiger Blasensprung — Catheterisatio — Secale cornutum — Forceps.

R. U., eine 28jährige Ipara, verspürte um 9 Uhr Abends des 1./6. 1869 die ersten Wehen und trat laut Prot.-Nr. 286 am 2./6. um $7^1/_2$ Uhr Früh mit $2^1/_2$" weitem Orif. ein. Fornix schlecht, I. Schädellage. Um $8^3/_4$ Uhr Früh bei der Morgenvisite wurde beim Messen des geraden Durchmessers, resp. beim Versuche das Promontorium zu erreichen, unwillkürlich die Fruchtblase gesprengt, worauf der Orificialrand auf $1^1/_2$" zusammenfiel

und schlaff vor dem hochstehenden Schädel herabhängte. Der Vorberg war leicht erreichbar, die Diagonalkonjugata ergab 4″.

Um 4¼ Uhr Abends Status idem, Orif. 1½″, Wehen sehr langpausig, dagegen die Kopfgeschwulst schon gross, daher wie sonstens ohne Mandrin nach links hinten katheterisirt wurde bis 10½ Uhr Abends, wo man den mit Wachs verstopften Katheter entfernte, um dessen Nachwirkung weiters zu beobachten; um 12¼ Uhr des 3./6. war der Status quo, Orif. kaum 2″, da der hochstehende Kopf noch immer nicht andrängte.

Da man nach dem ersten Versuche keinen bessern Erfolg vom nochmaligen Katheterisiren erwarten konnte, wurden 4 Dosen Secale cornutum, à 10 Gran verabfolgt; um 2¾ Uhr Früh war das Orif. durch die andrückende Kopfgeschwulst endlich auf 3″ erweitert. Da jedoch die Kopfgeschwulst schon sehr bedeutend und das absickernde Fruchtwasser äusserst missfärbig geworden war, wurde unter Chloroformnarkose alsbald die Zange angelegt und um 3 Uhr ein scheintodter, blasser, starker Knabe entwickelt, der trotz aller Belebungsversuche nicht belebt werden konnte. Die Mutter blieb gesund.

Die Geburt hatte im Ganzen 30 Stunden, vom Katheterein-legen 11 Stunden gedauert; das Katheterisiren war ohne Erfolg.

LXVI. Fall. Vorzeitiger Blasensprung — Wehenschwäche — Catheterisatio — Forceps — Episiotomia bilateralis.

Laut Prot.-Nr. 250 trat am 27./5. 1869 um 8½ Uhr Früh die 30jährige Ipara K. M., nachdem sie schon um 9 Uhr Abends Tags vorher die ersten Wehen verspürt hatte, als Kreissende mit dem Bemerken ein, es sei ihr eben die Blase gesprungen. Fornix vag. sehr gut entwickelt, Orif. ½″ glattrandig, Perinäum breit und derb, I. Schädellage. Abends 8½ Uhr Orif. 1½″, Kopf querstehend, Wehen äusserst unausgiebig, daher wie gewöhnlich nach links hinten ohne Mandrin katheterisirt, wobei der Katheter gegen 3″ aus der Schamspalte hervorragte, da es nicht gelang, denselben weiter einzuschieben. Um 12 Uhr Nachts Orif. verstrichen, und schlüpfte der Katheter von selbst ganz in die Scheide. Um 2, 5 und 6¼ Uhr Früh des 28./5. Status idem, nur hatte sich schon eine bedeutende Kopfgeschwulst gebildet; es

wurde nun der Katheter entfernt, und noch bis 8½ Uhr zugewartet, um welche Stunde zur Lebensrettung des Kindes die Zange angelegt und unter gleichzeitiger erfolgreicher Episiotomia bilateralis ein Knabe entwickelt wurde, der sammt Mutter gesund blieb.

Die Geburt hatte im Ganzen 35½, vom Katheterisiren 12 Stunden gedauert.

LXVII. Fall. Wehenschwäche in der Austrittsperiode — Catheterisatio — Forceps.

Am 25. September 1869 um 6 Uhr Abends meldete sich laut Prot.-Nr. 339 die 26jährige Ipara S. M. als Gebärende, nachdem sie um 2 Uhr Nachmittags die ersten Wehen verspürt hatte; I. Schädellage, Vag.-port. verstrichen, Orif. ½", Fornix sehr tief. Am 26./9. um 5 Uhr Früh Orif. 2", um 3¾ Uhr Früh bei verstrichenem Orif. der Blasensprung. Um 11¾ Uhr Mittags Kopf noch querstehend, die Wehen sehr kurz, lang aussetzend, daher wie gewöhnlich nach links hinten katheterisirt. Um 2¾ Uhr Nachmittags nach 43 Wehen der Kopf im Einschneiden, da jedoch die Wehen bei diesem breiten Perinäum sichtlich unausgiebig waren, wurde der Katheter entfernt, und da überdiess eine sehr grosse Kopfgeschwulst sich bereits gebildet hatte und die Fötalherztöne aussetzend wurden, alsbald ¼ Stunde später mit der Zange bei gleichzeitiger Episiotomia bilat. ein Knabe entwickelt, welcher sammt der Mutter gesund der Findelanstalt übergeben wurde; die Nachgeburt wurde nach Credé entfernt.

Die Geburt hatte im Ganzen 25, vom Katheterisiren 3 Stunden gedauert.

LXVIII. Fall. Beckenenge — vorzeitiger Blasensprung — Steisslage — Catheterisatio ob Wehenschwäche — Secale cornutum — Extraktion.

Am 11. April 1869 wurde ich zur Frau N. N., einer 28jährigen Ipara um 12¾ Uhr Nachts gerufen, da die Geburt, trotzdem dass das Fruchtwasser bereits am 9./4. um 5 Uhr Früh abgeflossen, nicht nur nicht vorwärts gehe, sondern seit 2 Stun-

den thatsächlich die Wehen aufgehört haben. Ich fand eine zweite einfache Steisslage, Orificium kaum 1", Diag. Conjug. 4", Wehen factisch keine, obschon die Gebärende auf Anrathen der Hebamme herumging; die Frau war voll Angst und durch das stete Mitpressen auf das Aeusserste erschöpft. — Ich katheterisirte nach links hinten auf die gewöhnliche Weise, worauf sich die Wehen wirklich besserten, so dass um $4^1/_2$ Uhr Früh das Orif. 2" weit war und ich den Katheter entfernte. Siehe da, alsbald wurden die Wehen wieder schwächer, und um 6 Uhr Früh war das Orif. wieder auf 1" zusammengefallen, wesshalb um $8^1/_2$ Uhr beim Status quo abermals katheterisirt wurde, worauf sich die Wehen wieder besserten, so dass auf Wunsch der Gebärenden, welche dem Katheter die starken Schmerzen zuschrieb, um $9^1/_2$ Uhr der Katheter entfernt wurde. Die Wehen hielten nun bis 12 Uhr (Orif. 2") ziemlich regelrecht an, wo sie wieder derart nachliessen, dass ich nun Secale cornutum verabreichte, worauf sich die Wehen sichtlich steigerten, so dass um $12^3/_4$ Uhr Orif. 3" offen war; der Steiss war jedoch noch immer hoch oben am Beckeneingange. Leider konnte die Gebärende, durch die lange Geburtsdauer auf das Aeusserste abgeschwächt, nicht mehr mitpressen, was sie bis 3 Uhr nach Kräften redlich that; daher als Kindspech mit Blut abging und die Herztöne schwach wurden, um 5 Uhr in der Chloroformnarkose zur Extraktion geschritten werden musste, nachdem man sich mühsam den linken Fuss herabgeholt; trotz schleuniger Operation kam das Kind — Knabe — todt zur Welt. Zum grössten Ueberflusse musste ob heftiger innerer Metrorrhagie noch die Nachgeburt, welche am Grunde inhärirte, nach vergeblich angewendetem Credé'schen Handgriffe um $6^1/_2$ Uhr künstlich entfernt werden; trotz alledem machte die Mutter das Wochenbett glücklich durch, und zwar unter steter Verabfolgung von erregenden Umschlägen.

Die Geburt hatte im Ganzen 60, vom Katheterisiren $16^1/_4$ Stunden gedauert.

B. Tabellarische Uebersicht.

Tabelle I.

Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel.

(Sogenannte künstliche Fehl- und Frühgeburten).

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
1	II.	8	31	II. Schädellg.	M.	Indicatio vitalis ob Cyanose.	Vag. port.	1″ aus der Schamspalte	hinten	mit	Knie-Ellbogen	$12^{1}/_{2}$	orif. verstrich	$12^{3}/_{4}$		ges.	todt geboren	2 Venaesectionen — künstlicher Blasensprung in der Schamspalte.
2	I.	10	19	I. Schädellg.	K.	ob Eclampsie.	dto.	dto.	dto.	ohne	Rückenlage	$8^{1}/_{2}$	dto.	9		ges.	scheintodt gestorben	Eisumschläge — Venaesection — Hirud. — Narcose — subcut. Injection.
3	II.	9	27	I. Schädellg.	K.	ob Zwergwuchs — Conjug. 3″ 4‴	dto.	dto.	rechts hinten	mit	dto.	$24^{1}/_{2}$	dto.	26		ges.	ges.	Hydramnios — künstlicher Blasensprung zur Fixirung — Blutsturz ob Paralyse der Placentarstelle.
4	II.	10	28	I. Schädellg.	M.	hochgradig verengtes rhachitisches Becken.	dto.	dto.	links hinten	mit	dto.	$9._{20}$	2″ orif.	$16^{1}/_{2}$		† Peritonitis	todt geb.	Forceps ob Missverhältniss.

Fortsetzung von Tabelle I.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden seit der Catheterisatio	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Anmerkung
5	I.	8	20	l. Schädellg.	M.	wegen rhachitischen Zwergbecken.	Vag. port.	ganz in die Scheide	links hinten	ohne	Rückenlage	1. Mal $3^1/_2$ 2. Mal $9^1/_4$	1. Mal Vag. port. verstr. 2. Mal 1″ orif.	30		ges.	† 2. Tag Atelectasia	Zuerst Pressschwamm ohne Erfolg — zur Fixirung ob Hydramnios künstlicher Blasensprung.
6	I.	9	21	l. Schädellg.	M.	ob Eclampsie.	dto.	dto.	hinten	ohne	dto.	$5^1/_4$	1″ orif.	$15^1/_4$		ges.	todtgeb. macerirt	Injection nach Cohen — künstlicher Blasensprung — secale cornutum, (8 Unzen Chloroform) — Forceps.
7	IV.	9	—	l. Schädellg.	M.	ob Beckenenge.	dto.	1″ aus Schamspalte	?	mit	dto.	—	—	37		ges.	ges.	Unfreiwilliger Eihautstich beim Katheterisiren — herumgehen — lauwarme Einspritzungen.
8	IV.	5	28	a Schädellg. b Schädellg.	K. K.	ob hochgradiger Dispnoe bei Gemini mit Hydramnios maximi gradus.	dto.	dto.	links hinten	mit	dto.	$3^1/_4$	1″ orif.	$7^1/_2$		ges.	ges.	a. hoher Blasenstich zur langsamen Entleerung. — secale cornut.
9	V.	8	35	Schiefl. II. Schädellg.	K.	ob Beckenenge ex osteomalacia zur Vermeidung des Kaiserschnittes.	dto.	dto.	dto.	mit	dto.	$28^1/_4$	3″ orif.	$30^1/_2$		ges. Phlegmasia alba dol.	scheintodt 24 St. n. d. G. † Apoplex. cerebri	Vorfall der Nabelschnur — Wendung in Chloroformnarcose — Extraction.

Tabelle II.

Die Catheterisatio uteri als wehenverbesserndes Mittel.

1. Als geburtsbeschleunigendes Mittel, um an und für sich regelrechte Wehen zu verstärken.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Kindes-Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
10	II.	6	—	I. Schädellg.	M.	Indicatio vitalis ob Emphysema pulm.	Vag. port.	bis zur Schamspalte	hinten	ohne	1/2 sitzend 1/2 liegend	3	1/2" orif.	—	—	unentbunden gestorben		Wurde sterbend hereingebracht.
11	VII.	9	40	I. Schädellg.	K.	Zur Vermeidung des Kaiserschnittes nach dem Tode	3/4" orif.	dto.	dto.	dto.	Rückenlage	3/4	verstrich. orif.	?	1	† Tub. pulm.	scheintodt belebt	Künstlicher Blasensprung.
12	II.	7	33	I. Schädellg.	M.	Zur Lebensrettung bei typhoidem Icterus	Vag. port.	dto.	dto.	dto.	dto.	4	dto.	?	4 1/4	genesen	nicht lebensfähig 33 St. gelebt	Künstlicher Blasensprung.
13	I.	8	28	II. Schädellg.	K.	Zur Vermeidung des Kaiserschnittes nach dem Tode	Vag. port. verstrichen	dto.	links hinten dann rechts hinten	dto.	1/2 sitzend 1/2 liegend	13 1/4	dto.	?	14 1/4	† Pneumonia bilat.	scheintodt †	Künstlicher Blasensprung und Forceps — 4malige Nabelschnurumschlingung.

Fortsetzung von Tabelle II.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
14	I.	7	28	Steisl. b. I. Sch. a. l. einf.	M. K.	Wegen Placenta praevia und Febris puerperalis	2″ orif.	ganz in die Scheide	links hinten	mit	Rückenlage	$3^1/_2$	2″ orif.	$45^1/_4$	$4^3/_4$	Peritonitis genesen	a. † Sclerema b. todtgeboren	Zuerst Tamponade — nach dem Catheterisiren hoher Blasenstich.
15	II.	10	25	I. Schädellg.	M.	Zur Vermeidung des Kaischnittes post mortem	$^1/_2$″ orif.	1″ aus der Schamspalte	dto.	ohne	dto.	$3^1/_2$	3″ orif.	?	$4^1/_4$	† akute Leberatrofie	todtgeboren	Künstlicher Blasensprung.
16	I.	10	20	I. Schädellg.	K.	Wegen Rheumatismus articulorum acutus	$^1/_2$″ orif.	3″ aus der Schamspalte	rechts hinten	ohne	dto.	7	verstrich. orif.	$93^1/_4$	$7^1/_4$	genesen	gesund	Künstlicher Blasensprung.
17		10	25	I. Schädellg.	K.	Wegen heftiger Dyspnoë in Folge Angina tonsillaris	nach hinten verstrich. orif.	ganz in die Scheide	links hinten	ohne	dto.	$^3/_4$	nach Blasensprung	8	1	Peritonitis genesen	gesund	— — —
18	V.	10	28	I. Schädellg.	M.	Zur Vermeidung eines Blutsturzes in der Nachgeburtsperiode bei heftiger entzündlicher Lumbago	$^1/_2$″ orif.	bis zur Schamspalte	dto.	ohne	dto.	$2^1/_2$	$1^1/_2$″ orif.	$57^1/_4$	$4^1/_4$	genesen	gesund	Blutsturz nach der Geburt.

Fortsetzung von Tabelle II.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
19	II.	9	24	a. I. Sch. Steiss. b. I. c. I. Sch.	K. K. K.	Ob Blattern bei Drillingen	Vag. port.	ganz in die Scheide	links hinten	mit	dto.	$7^3/_4$	$^1/_2$" orif.	41	$13^1/_2$	genesen	a. am 4. Tag † b. (todt- c. (geb.	a. Hoher Blasenstich — b. Wendung — künstlicher Blasensprung — c. secale und künstlicher Blasensprung.
20	I.	10	23	II. Schädellg.	K.	Ob Blutung durch vorzeitige Lösung des Mutterkuchens	$1^1/_2$" orif.	1" aus der Schamspalte	dto.	ohne	dto.	2	verstrich. orif.	$9^1/_2$	3	Peritonitis genesen	am 14. Tag †	Frühzeitiger Blasensprung — Vorfall einer Hand — Forceps.
21	I.	6	29	I. Schädellg.	M.	Wegen Eclampsie	$^3/_4$" orif.	dto.	dto.	mit	dto.	3	verstrich. orif.	12	3	†	todtgeboren	— — —
22	VI.	10	35	II. Steiss.	M.	Ob Dispnoë bei Lungentuberkulose	Vag. port.	ganz in die Scheide	dto.	mit	$^1/_2$ sitzend $^1/_2$ liegend	$5^1/_4$	verstrich. orif.	$10^1/_2$	$6^1/_2$	† Tub. pulm.	todtgeboren	Extraction.

Tabelle III. a.

2. Als wehentreibendes Mittel, um regelwidrig schwache Wehen zu bessern.

a) Vor dem Blasensprunge.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Kindes-Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
23	I.	10	30	I. Schädellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1″ orif.	1″ aus der Schamspalte	hinten	ohne	Rückenlage	6 1/2	2 1/2″ orif.	35 3/4	9 1/4	gesund	gesund	Vorher ob Derbheit des orif. Sitzbäder mit Badespiegel.
24	I.	10	33	I. Schädellg.	M.	detto	1 1/2″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	7 1/4	2″ orif.	72 1/2	8 1/4	Perit. †	dto.	Sitzbad, — strictura orif. — blutige Erweiterung. Als Reconvalescentin verkühlt und auf der medicinischen Abtheilung gestorben.
25	I.	10	23	II. Schädellg.	K.	detto	1 3/4″ orif.	1 1/2″ aus d. Schamspalte	links hinten	dto.	dto.	2	verstrich. orif.	25	2 3/4	Febricula gesund	dto.	Fluor albus — vorher 2 Sitzbäder. — künstlicher Blasensprung.
26	I.	9	21	I. Schädellg.	K.	detto	1 3/4″ orif.	1″ aus der Schamspalte	dto.	dto.	dto.	5 3/4	Fruchtblase in Schamspalte	46	6	gesund	dto.	Künstlicher Blasensprung.
27	IV.	10	23	II. Schädellg.	M.	detto	1″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto	2 1/2	3″ orif.	66	5 1/2	dto.	dto.	Künstlicher Blasensprung ob zäher Eihäute.
28	I.	10	26	I. Schädellg.	M.	detto	1″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	2 1/4	dto.	37 3/4	3	dto.	dto.	— — —

Fortsetzung der Tabelle III. a.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
		A.																
29	I.	10	26	I. Fusslage	K.	Ob Hydramnios bei Beckenendlage	1″ orif.	1″ aus der Schamspalte	links hinten	ohne	Rückenlage	9	verstrich. orif.	33 1/4	9 3/4	gesund	scheintodt belebt	Mutter syfilitisch. Künstlicher Blasensprung.
30	I.	10	21	I. Schädellg.	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche bei auffallend wenig Fruchtwasser	1/2″ orif.	1″ aus Schamspalte dann 1″ aus orif.	rechts hinten	dto.	dto.	7 3/4	2 1/4″ orif.	69 3/4	13 1/4	dto.	gesund	Künstlicher Blasensprung
31	I.	10	18	I. Schädellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche — tiefer Sitz der Placenta	2″ orif.	1″ aus der Schamspalte	hinten links	mit	dto.	17 1/4	verstrich. orif.	47 3/4	19 1/4	dto.	dto.	— — —
32	I.	10	38	I. Schädellg.	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1/2″ u. 1 1/4″ orif.	1″ aus Schamspalte dann bis orif.	dto.	dto.	dto.	14	dto.	51	15 1/2	dto.	dto.	In der Schwangerschaft und bei Beginn der Geburt Sitzbäder — künstlicher Blasensprung.
33	II.	9	25	II. Schädellg.	M.	Hydramnios	1″ orif.	1″ aus der Schamspalte	dto.	ohne	dto.	12	3″ orif.	51 1/4	14 1/4	dto.	9. Tag † Pneumonie	Künstlicher Blasensprung.
34	I.	9	27	I. Schädellg,	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche	2 1/2″ orif.	ganz in die Scheide	dto.	dto.	dto.	7	3 1/2″ orif.	84	7 1/2	dto.	13. Tag † Meningitis	Uterus herzförmig.
35	I.	10	21	I. Schädellg.	K.	detto	1/2″ u. 3/4″ orif.	dto.	dto.	mit	dto.	2 1/2	verstrich. orif.	35	8 1/4	dto.	gesund	Mutter syfilitisch. — Das erste Mal rutschte der Katheter heraus.

Fortsetzung von Tabelle III. a.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Kindes-Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	Catheterisatio: bei	Catheterisatio: wie tief?	Catheterisatio: wohin?	Catheterisatio: Mandrin?	Catheterisatio: in welcher Lage	Catheterisatio: wie viel Stunden?	Catheterisatio: beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
36	I.	9	20	I. Schlg. II. Schlg.	M. M.	Wehenschwäche ob Zwillinge	$^3/_4$" orif.	1" aus der Schamspalte	links vorne	ohne	Rückenlage	$4^3/_4$	$1^1/_2$" orif.	$42^1/_2$	a) 20	gesund	a. am 9. Tag † Trism. b) ges.	a) künstlicher Blasensprung bei 2" orif.
37	I.	10	25	I. Schädellg.	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1" orif.	dto.	links hinten	dto.	dto.	$1^1/_4$	2" orif.	$49^1/_2$	14	dto.	gesund	— — —
38	I.	10	30	I. Schädellg.	K.	detto	$^3/_4$" orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	3	dto.	38	6	dto.	dto.	Während der Geburt gefiebert. — Künstlicher Blasensprung in der Schamspalte.
39	I.	10	20	II. Schädellg.	K.	Hydramnios	1" orif.	dto.	dto.	mit	dto.	2	dto.	$37^1/_2$	$6^1/_2$	dto.	scheintodt belebt	Künstlicher Blasensprung — Secale cornut. in III. Geburtsperiode.
40	I.	10	24	I. Schädellg.	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1" orif.	dto.	dto.	ohne	dto.	3	dto.	53	$22^3/_4$	Peritonitis genesen	gesund	— — —
41	I.	10	23	I. Schädellg.	M.	detto	Vag. port. u. 1" orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	$2^1/_2$ 10	1" 1" orif.	$58^3/_4$	$26^1/_4$	Peritonitis †	2. Tag † Pneumonia	Wenig Fruchtwasser — während der Geburt gefiebert — künstlicher Blasensprung zufällig bei $2^1/_2$" orif.
42	I.	10	25	I. Schädellg.	M.	Hydramnios	$^1/_2$" orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	10	$1^1/_2$" orif.	$64^1/_2$	17	Febricula genesen	gesund	Künstlicher Blasensprung bei 3" orif.

Fortsetzung der Tabelle III. a.

N.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes-Lage	Kindes-Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
43	II.	10	22	I. Schädellg.	K.	Hydramnios	1″ orif.	1″ aus Schamspalte	links hinten	ohne	Rückenlage	8¼	verstrich. orif.	55½	9¼	gesund	gesund	Künstlicher Blasensprung in der Schamspalte
44	I.	10	28	I. Schädellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	12	2½″ orif.	52½	18¾	dto.	scheintodt †	Künstlicher Blasensprung in der Schamspalte — missfärbiges Fruchtwasser.
45	I.	7	22	II. Sch. Sch.	K. M.	Gemini — ursprüngliche Wehenschwäche	1½″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	3½	3″ orif.	43½	11½	Peritonitis genesen	a. 24 Stunden b. ¼ St. †	a. Künstlicher Blasensprung — Strictur — Hysterotomia — während der Geburt Fieber.
46	I.	10	19	II. Schä- I. dellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche	2″ orif.	dto	dto.	dto.	dto.	2	verstrich. orif.	34	2½	gesund	gesund	— — —
47	V.	10	42	Querlage	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche — Hängebauch	1″ orif.	ganz in die Scheide	dto.	dto.	dto.	2	3″ orif.	13¼	3¼	dto.	scheintodt belebt	Aeussere Wendung in I. Sch. — künstlicher Blasensprung zur Fixirung — Nabelschnurvorfall — Wenduag — Forceps — Placentalösung.
48	I.	10	27	I. Schädellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1″ orif.	1″ aus Schamspalte	dto.	dto.	dto.	8	2″ orif.	64½	17¼	dto.	gesund	Künstlicher Blasensprung — Episiotomia — unfreiwillige Zeugin der Drillingsgeburt.
49	II.	10	24	I. Schädellg.	K.	dətto	1½″ orif.	dto.	rechts hinten	dto.	dto.	3	verstrich. orif.	43	3¼	dto.	dto.	— — —

Fortsetzung der Tabelle III. a.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisation	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
50	I.	10	26	I. Schädellg.	M.	Ursprüngliche Wehenschwäche	2" 2" orif.	1" aus dann ganz in Scheide	links hinten	ohne	Rückenlage	4	verstrich. orif.	38¼	7¾	gesund	gesund	Das 1. Mal herausgeschlüpft.
51	I.	10	22	I, Schädellg.	K.	Hydramnios	1½" orif.	1" aus der Schamspalte	dto.	dto.	dto.	10¼	Blase in Schamspalte	89	10½	dto.	dto.	Künstlicher Blasensprung in der Schamspalte.
52	I.	10	20	I. einf. Steissl.	K.	Ursprüngliche Wehenschwäche	1½" orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	2¾	verstrichenes orif.	25	3	dto.	dto.	— — —
53	V.	10	26	I. Schädellg.	M.	detto	1½" orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	2	Blase in Schamspalte	22	2¼	dto.	dto.	Künstlicher Blasensprung
54	VII.	10	42	I. Schädellg.	K.	detto	1½" orif.	dto.	dto.	mit	dto.	1	verstrich. orif.	10¼	1¼	dto.	dto.	Dysenteria.
55	I.	10	18	II. Schädellg.	K.	detto	2½" orif.	dto.	rechts hinten	ohne	dto.	1	verstrich. orif.	54	5¾	dto.	todt geboren	Vorzeitig Secale — künstlicher Blasensprung — Drehung des Hinterhauptes nach hinten — Forceps.
56	I.	10	30	II. Schädellg.	K.	detto	3" orif.	dto.	links hinten	dto.	dto.	5	beim Aufdrücken	51	5¾	dto.	dto.	— — —

2. Als wehentreibendes Mittel, um regelwidrig schwache Wehen zu bessern.

b) Nach dem Blasensprunge.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio: wesshalb?	bei	wie tief?	wohin?	Mandrin?	in welcher Lage	wie viel Stunden?	beendet bei	Geburtsdauer in Stunden: im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden: seit der Catheterisatio	Ausgang für: Mutter	Ausgang für: Kind	Anmerkung
57	III.	10	42	I. Schädellg.	K.	Vorzeitiger Blasensprung bei Vag. port. — Wehenschwäche	$1^1/_2$'' orif.	1'' aus der Schamspalte	links hinten	ohne	Rückenlage	3	orif. verstrich.	$28^3/_4$	$3^1/_4$	gesund	scheintodt belebt 22 St. † Hyperaemia cerebri	Secale — Forceps.
58	I.	10	22	I. Schädellg.	K.	Beckenenge — vorzeitiger Blasensprung bei 2'' orif.	2'' orif.	dto.	rechts hinten	dto.	dto.	$5^3/_4$	beim Einschneiden	$41^3/_4$	$6^1/_4$	dto.	gesund	Missfärbiges Fruchtwasser — Gebärende gefiebert.
59	I.	10	21	I. Schädellg.	K.	Vorzeitiger Blasensprung bei Vag. port.	$1^1/_2$'' orif.	dto.	links hinten	dto.	dto.	$5^1/_2$	verstrich. orif.	$32^1/_2$	7	dto.	dto.	Rheumatismus uteri bei einer 163 Pfd. schweren Frau — Ipecacuanha — Sitzbäder.
60	III.	8	38	I. Schädellg. II. Steissl.	K. K.	a. Vorzeitiger Blasensprung bei 1'' orif.	$1^1/_2$'' orif.	dto.	rechts hinten	mit	dto.	$3^1/_2$	a. im Einschneiden	66	$3^1/_2$	dto.	a. nach 4 St. † b. scheintodt nach 3 St. †	— — —
61	I.	9	35	II. Schädellg.	M.	Hydramnios — vorzeitiger Blasensprung bei $^1/_2$'' orif.	$1^1/_4$'' orif.	dto.	links hinten	ohne	dto.	9	2'' orif.	$63^1/_2$	$17^1/_2$	dto.	gesund	Secale cornutum.

Fortsetzung der Tabelle III. b.

Nr.	Wie vielt Gebärende	Schwangerschafts-Monat	Alter	Kindes- Lage	Kindes- Geschlecht	Catheterisatio wesshalb?	Catheterisatio bei	Catheterisatio wie tief?	Catheterisatio wohin?	Catheterisatio Mandrin?	Catheterisatio in welcher Lage	Catheterisatio wie viel Stunden?	Catheterisatio beendet bei	Geburtsdauer in Stunden im Ganzen	Geburtsdauer in Stunden seit der Catheterisatio	Ausgang für Mutter	Ausgang für Kind	Anmerkung
62	I.	10	28	a. I. b. II. einf. Fuss.	K. K.	a. Vorzeitiger Blasensprung — Wehenschw. b. prophylaktisch	1½″ orif.	1″ aus der Schamspalte	links hinten	ohne	Rückenlage	a. 1¼ b. 2	a. 3″ orif. b. im Einschneiden	? 12	5	Thrombus vaginae	a. todtgeboren b. gesund	a. missfärbiges Wasser. b. zugleich Ergotin.
63	I.	10	39	II. Schädellg.	K.	Vorzeitiger Blasensprung bei ½″ orif.	1″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	7¼	verstrich. orif.	24	9	gesund	scheintodt 7. Tage † an Apoplexie	Forceps — Blutung nach der Geburt — Mutter syphilitisch.
64	I.	10	30	I. Schädellg.	K.	Vorzeitiger Blasensprung mit Beginn der Wehen	verstrich. orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	5	Kopf im geraden Durchmesser	18¾	5¼	dto.	gesund	Drehung des Hinterhauptes nach rückwärts — Forceps.
65	I.	10	28	I. Schädellg.	K.	Beckenenge — vorzeitiger Blasensprung bei 2½″ orif.	1½″ orif. zusam. gefallen	dto.	dto.	dto.	dto.	6¼	orif. 2″	30	11	dto.	scheintodt †	Secale — Forceps.
66	I.	10	30	I. Schädellg.	K.	Vorzeitiger Blasensprung bei ½″ orif.	1½″ orif.	3″ aus der Sshamspalte dann ganz	dto.	dto.	dto.	9¾	verstrich. orif.	35½	12	dto.	gesund	Forceps cum episiotomia.
67	I.	10	26	I. Schlg.	K.	Nach rechtzeitigem Blasensprunge.	verstrich. orif.	1″ aus der Schamspalte	dto.	dto.	dto.	2¾	beim Einschneiden	25	3	dto.	dto.	Forceps cum episiotomia.
68	I.	10	28	II. einf. Steissl.	K.	Beckenenge — vorzeitiger Blasensprung mit Beginn der Wehen	1″ 1″ orif.	dto.	dto.	dto.	dto.	3¾ 1	2″ 1½″ orif.	60	16¼ 8¾	dto.	todt geb.	Secale — Extraction.

C. Erläuterungen.

Nachdem ich die Kasuistik und die systematisch geordnete tabellarische Uebersicht vorausgeschickt habe, erlaube ich mir nun die Catheterisatio uteri, einerseits bezüglich ihrer technischen Ausführung, andererseits bezüglich ihres Erfolges, einer detaillirteren Erläuterung zu unterziehen.

1. Die technische Ausführung der Katheterisation.

Was die technische Ausführung, d. h. die Art und Weise der Durchführung dieser Operation anbelangt, so geschieht dieselbe gewöhnlich folgendermassen: Nachdem die zu Operirende eine Rückenlage mit erhöhter Kreuzbeingegend eingenommen hat und die Harnblase entleert wurde, fixirt man sich, an der linken Seite der Gebärenden stehend, mit dem Zeigefinger der linken Hand den Muttermundsrand links hinten und schiebt nun den mit der rechten Hand beiläufig in seiner Mitte wie eine Schreibfeder erfassten elastischen Katheter Nr. 11, nachdem man denselben vorher in warmes Wasser getaucht, wachsweich gemacht und wohl beölt hat, auf dem eingeführten Finger vorsichtig zwischen Orificialrand und Fruchtblase während einer Wehenpause in die Gebärmutterhöhle ein, um selben auch dann alsogleich langsam in der Richtung nach hinten und links so weit vorzuschieben, dass dessen Knopfende kaum einen Zoll aus der Schamspalte herausragt, worauf man den Katheter alsbald mit einem Wachspfropfe verstopft.

Stösst der glatte Katheter auf kein Hinderniss, so ist diese für die Gebärende meist ganz schmerzlose Operation in einigen Minuten vollendet, im entgegengesetzten Falle, wenn der Katheter nämlich auf ein Hinderniss stösst oder auch irrthümlich gar nicht durch den Muttermund eingeschoben worden ist, biegt er sich zickzackförmig zusammen oder legt sich bogenförmig in den hintern fornix vaginae, wesshalb man sich, um keiner Täuschung ob des richtig eingeführten Katheters zu unterliegen, stets genau davon überzeugen soll, ob das aus dem Uterus herausstehende Katheterstück gerade gestreckt sei.

Ich nehme zu dieser Operation stets einen elastischen englischen Katheter (Nr. 11) — protestire jedoch im Prinzipe nicht gegen das Einlegen eines Bougie; die

Wirkung wird sicherlich bei beiden die gleiche sein, aber Eines sehe ich ebenso wenig ein, warum man gerade einzig und allein hiezu nur ein Bougie verwenden sollte, ja wesshalb dasselbe dem Katheter vorzuziehen wäre? — denn nach meiner Ansicht sprechen triftige Gründe sogar überwiegend für die Anwendung des Katheters. — Einen Katheter führt jeder Geburtsarzt stets mit sich, während er sein ohnehin schon hinlänglich oneröses Armamentarium noch auf diese Weise durch Bougies unnöthigerweise vermehren müsste, sicherlich ein nicht wegzuläugnender Opportunitätsgrund.

Glätte, dem Momente sich anpassende, ich möchte sagen gleichzeitig inwohnende Steifheit und Weichheit sind die zum Gelingen dieser Operation erforderlichen Eigenschaften des in Anwendung kommenden Instrumentes und in dieser Beziehung hält wohl das Darmbougie gegenüber dem englischen elastischen Katheter den Vergleich nicht aus.

Abgesehen von der vortrefflichen Glätte des Katheters, welche dem Darmbougie abgeht, ist letzteres unaufgeweicht so hart i. e. steif, dass durch dasselbe die Fruchtblase sehr leicht verletzt werden kann; wird es dagegen aufgeweicht, so wird es wieder derart weich, i. e. biegsam, dass wohl in vielen Fällen dessen Einschiebung hoch in die Gebärmutterhöhle nicht gelingen dürfte, sondern dass sich das Bougie wahrscheinlich im untern Gebärmuttersegmente in sich zickzackförmig zusammenschieben und so ein richtiges Eingeführtsein vortäuschen dürfte. Endlich gelingt auch das Einführen des nach C. Braun's Angabe an seiner Spitze vollkommen erweichten Bougies, so wird dasselbe in der Uterushöhle in kurzer Zeit so weich, dass es wohl keinen ausgiebigen Reiz auszuüben im Stande sein wird, eine Ansicht, die auch Lange ausspricht, welcher desshalb ein Guttaperchabougie anwendet; — welches auch ich, falls überhaupt ein Bougie nothwendig wäre, dem Darmbougie vorziehen würde.

Betrachten wir dagegen den mittelst des sogenannten Mandrins armirten englischen elastischen Katheter — so vereinigt derselbe alle oben geforderten Eigenschaften im vollsten Masse. In heisses Wasser getaucht, wird derselbe derart weich, dass das Einführen des mandrinlosen Katheters bezüglich der Fruchtblase gefahrlos zu nennen ist, mir ereignete sich beim Katheterisiren noch nie ein unfreiwilliger Blasensprung; — dabei behält der Katheter jedoch noch immer einen solchen Grad von Elasti-

cität, dass sich sein Lumen nicht ändert, daher er auch eben desshalb, einmal in die Gebärmutterhöhle eingeschoben, einen ununterbrochenen Reiz auszuüben vermag. — Thatsache ist es ferner, dass in einzelnen Fällen, auf welche ich noch zurückkommen werde, das Katheterisiren ohne Mandrin nicht gelingt, — in solchen Fällen wird sicherlich auch das Einlegen eines erweichten Darmbougie nicht gelingen, — nun da bietet eben wieder der Mandrin einen unleugbaren Vortheil gegenüber dem so gestalteten Bougie, man versieht den wachsweichgemachten Katheter damit, kann dann dem Katheter jedwede bestimmte, dem speziellen Falle anpassende Form, i. e. Krümmung, geben und besitzt dann zugleich ein sehr leicht einführbares unschädliches Instrument, indem man beim Ein- und Vorschieben nur darauf zu achten hat, dass in dem Masse, als der Katheter durch den innern Muttermund vorgeschoben wird, der Mandrin durch einen Gehilfen entgegen herausgezogen werde — auch mit dem armirten Katheter sprengte ich nie unfreiwillig die Fruchtblase *).

Der Einwurf, dass das Bougie den direkten Lufteintritt nicht zulasse, daher dem Katheter vorzuziehen wäre, halte ich nicht für besonders wichtig, indem es, um der Möglichkeit (?) des Luftzutrittes vorzubeugen, einfach genügt, den Katheter mit einem Wachspfropfe zu verstopfen, eine kleine Mühe, welche diesem Einwurfe am einfachsten begegnet; abgesehen davon ist die Furcht des Luftzutrittes an und für sich übertrieben, weil der Katheter, wie man sich nach jeder Katheterisirung überzeugen kann, durch seine breiten Oeffnungen stets derart mit Uterinalschleim ausgefüllt wird, dass sich hiedurch ein natürlicher Stöpsel bildet, welcher den Luftzutritt vollständig verhütet, so dass also meiner unmassgeblichen Meinung das Verstopfen des Katheters eigentlich strenge genommen sogar überflüssig erscheint, Beweis hiefür meine ersten 28 Fälle, wo der Katheter ohne Nachtheil offen blieb; jedoch wie gesagt die kleine Mühe schadet nichts und begegnet am besten dem gerügten Vorwurfe.

Was die Lagerung der Gebärenden bei der

*) Im Falle 7 ereignete sich der unliebsame Zufall des unfreiwilligen vorzeitigen Blasensprungs, weil der Operateur den mit dem Mandrine versehenen Katheter in die Uterushöhle einzuschieben versuchte, daher auch dieser Fall für die Catheterisatio uteri als solcher ohne Werth ist und nur des unliebsamen Zufalles wegen in die Kasuistik aufgenommen worden war, und wird dieser Fall auch bei den Erläuterungen nicht weiter berücksichtigt.

Katheterisation anbelangt, so ist meines Erachtens als Regel die Rückenlage mit erhöhter Kreuzbeingegend zu wählen — unter den 67 Fällen 63mal. — In dieser Lage der Kreissenden ist es nämlich am leichtesten möglich, den Katheter nach links und hinten in die Gebärmutterhöhle einzuschieben und diese Richtung halte ich für die zweckmässigste aus folgenden Gründen:

1. Hat die Plazenta in dieser Gegend äusserst selten ihren Sitz, somit wird hierdurch ein Lostrennen derselben, resp. eine Blutung, am ehesten vermieden, wie sich dieses auch thatsächlich aus der Kasuistik herausstellt, denn nur vier Mal (1, 8, 35, 62) zeigten sich nach dem Katheterisiren Blutspuren.

2. Ist die Position bei den Kindeslagen ein Umstand, der für das leichte, anstandslose Gelingen der Operation nicht ohne allen Einfluss zu sein scheint.

Aufrichtig gesagt, ich habe die Katheterisation ohne Rücksicht auf die Position nach links hinten ausgeführt, glaube jedoch nun den Ausspruch bestimmt thun zu können, dass die glatte Hinterhauptsfläche den Katheter jedenfalls leichter vordringen lässt, als die Gesichtsfläche und dass der platte und breite Rücken ebenso nicht nur das Einschieben erleichtert, sondern auch, der Blasenwand als Stützpunkt dienend, das Zerreissen der Fruchtblase hauptsächlich verhütet; — falls daher nicht das Verletzen der Plazenta vor Allem zu meiden wäre, sollte als Richtschnur hingestellt werden, dass man den Katheter in jener Seite einschiebe, wohin der Rücken des Kindes sieht; — da jedoch die Plazenta in der Regel rechts sitzt, dafür aber die ersten Positionen bei sämmtlichen Kindeslagen überwiegend häufiger vorkommen — unter meinen Fällen 51mal — so erscheint der Rath für gewöhnlich nach links hinten zu katheterisiren, sicherlich gerechtfertigt.

3. Erleichtert das linksseitige Katheterisiren die Lagerung des Uterus nach rechts, welche nahezu als Regel angetroffen wird, weil hiedurch die linke Gebärmutterwand weniger gegen eine feste Umgebung gedrängt, selbst nachgiebiger und dem Eindringen des Katheters günstiger ist.

Die linksseitige Katheterisation, in unsern Fällen 51mal ausgeführt, wird wesentlich durch die Stellung des Operateurs erleichtert, und ich halte daher den Umstand, dass der-

selbe an der linken Seite der Kreissenden stehe, nicht für gleichgültig, — endlich, obschon selbstverständlich, ist die Operation stets in einer Wehenpause vorzunehmen.

Die halbsitzende, halbliegende Lagerung der Gebärenden — 3mal — und die Knieellbogenlage — 1mal — waren einfach durch die eiserne Nothwendigkeit diktirt, indem die betreffenden Kreissenden ob Athemnoth keine andere Lage einzunehmen im Stande waren.

Unter den 67 Fällen wurde die Operation 52mal ohne und 15mal (22.4%) mit dem Mandrine vollführt. — Betrachtet man diese 15 Fälle näher, so geschah die Catheterisation mit dem Mandrine vor dem Blasensprunge

8mal bei vorhandener Vag. port.
4 „ „ Orif.-Weite unter 1"
3 „ „ „ „ über 1"

somit in der Hälfte der Fälle bei vorhandener Vaginalportion. — Nun ist es eine bekannte Thatsache, dass die Vaginalportion, resp. der Halskanal der Gebärmutter nicht selten nach vorne oder hinten geknickt ist, und eben dieser Knickungswinkel ist dann die Ursache, dass die Einführung des mandrinlosen wachsweichgemachten Katheters entweder nur sehr schwierig oder gar nicht gelingt. — Ferner bedarf man manchmal meiner Erfahrung nach des Mandrins, wenn der Fornix vag. ant. sehr tief herabgedrückt ist, und hiedurch die Vaginalportion oder der Muttermund ganz nach oben und hinten bis zum Promontorium verdrängt werden, — was übrigens auch bei schlecht entwickeltem Fornix vag. der Fall sein kann z. B. ob Beckenenge, Hängebauch u. s. f.

Mein Rath geht dahin bei stehender Fruchtblase unter allen Umständen, somit auch unter den eben angedeuteten Verhältnissen, stets in erster Linie das Einführen des mandrinlosen Katheters zu versuchen, und erst nach misslungenem Versuche die Operation mit dem Mandrine vorzunehmen; hält man sich hiebei strenge an den Eingangs beschriebenen Modus, so wird einem, wie gesagt, auch dann nicht leicht das Malheur eines unfreiwilligen Eihautstiches passiren.

Nach dem — vor- oder rechtzeitigen — Blasensprunge wird man wohl fast niemals des Mandrins bedürfen, eine solche Ausnahme war auch unser einziger Fall (Nr. 60) — es war dieses eine Zwillingsgeburt im 8. Monate, wo nach einem vor

zeitigen Blasensprunge ob eines auffällig tiefen Fornix. vag. ant. das Einführen des Katheters ohne Mandrin durch den 1½" weiten Muttermundrand nicht gelang.

Wie tief soll der Katheter eingeschoben werden? — Da das untere Segment des Körpers und die Portio supravaginalis des Halses die nervenreichsten Theile der ganzen Gebärmutter darstellen, so müssen, um Wirkung zu erzielen, diese Partien vor Allem durch den Katheter berührt, i. e. gereizt werden, und dieses wird sicher dadurch bewirkt, dass man den zirka 13 Zoll langen Katheter mindestens so tief einführt, dass er gegen 1" aus der Vulva hervorragt, indem auf diese Art die Mitte des am normalen Schwangerschaftsende in der Regel im Längendurchmesser 12 Zoll messenden Uterus erreicht wird.

Werden im Verlaufe der Katheterisation die Wehen abermals schwächer, so ist es von zweifellosem Vortheile den Katheter gradatim noch tiefer in die Gebärmutterhöhle einzuschieben, so dass er schliesslich vollkommen in die Scheide zu liegen kommt.

Während der Katheterisation überwache man strenge den Katheter, um denselben, falls er hervorrutschen oder gar herausfallen sollte, alsbald wieder nachzuschieben oder frisch einzulegen; — fällt der Katheter heraus, so kann man übrigens sicherlich annehmen, dass er nicht gehörig eingeführt worden war.

Unter unsern Fällen war der Katheter 51mal bis 1" aus der Schamspalte, 9mal ganz in die Scheide und nur 1mal bis 1½" und 3" aus der Schamspalte eingeführt worden; in 4 Fällen wurde der zuerst aus der Schamspalte hervorragende Katheter später ganz in die Scheide hineingeschoben — oder in Prozenten ausgedrückt, genügte in 77.4% das Einlegen des Katheters in die Gebärmutterhöhle derart, dass er noch gegen 1" aus der Vulva hervorragte.

Was die Dauer der einzelnen intrauterinen Katheterisation anbelangt, so glaubte ich anfänglich den Katheter stets bis zum Verstrichensein des Muttermundes liegen lassen zu müssen, bis ich mir die Ueberzeugung verschafft hatte, dass dieses nicht nur überflüssig sei, sondern möglicherweise unter gewissen Verhältnissen sogar schädlich sein könnte, indem durch das allzulange Liegenlassen des Katheters die Gebärmutter mehr als nöthig gereizt werde, und hiedurch sogar Strikturen,

entzündliche Affektionen u. s. f. bewirkt werden könnten, wesshalb ich den Rath ertheile, den Katheter stets so lange liegen zu lassen, bis sich die Wehenthätigkeit vollkommen geregelt hat, d. h. die Wehen den dem jeweiligen Geburtsstande entsprechenden Normalcharakter bezüglich ihrer Qualität als Quantität wieder erlangt haben; — laut meinen Erfahrungen genügt im Allgemeinen im Mittel das Katheterisiren durch 6¼ Stunden.

2. Ueber den Erfolg der intrauterinen Katheterisation.

a) Im Allgemeinen.

Die Wirksamkeit der Katheterisation wird natürlich bedeutend verschieden sein, je nachdem sie bei noch gänzlich ruhender oder bei schon begonnener Thätigkeit der Gebärmutter vorgenommen wird, und dürfte in dieser Beziehung nachstehende Zusammenstellung von Interesse sein.

Tabelle IV.

Laut Tabelle	Anzahl der Fälle	Dauer in Stunden			
		der Katheterisation		der Geburt seit der Katheterisation	
		im Ganzen	im Durchschnitte	im Ganzen	im Durchschnitte
I.	8	104¼	13	147½	18
II.	12	53¼	4½	67	5½
III. a.	34	197½	6	337	10
III. b.	12	63¾	5½	107¾	9
Summa	66	418¾	6¼	659	10

Aus dieser tabellarischen Uebersicht ist vor Allem klar und deutlich die Wirkung der intrauterinen Katheterisation nach begonnener Wehenthätigkeit überhaupt und ganz besonders bei ohnehin geregelter Wehenbeschaffenheit (Tab. II.) zu ersehen, wo eine durchschnittliche Dauer der Katheterisation von 4½ Stunden zur Erreichung des beabsichtigten Endresultates genügte.

Mit der Dauer der Katheterisation steht in einem natür-

lichen Connexus die Frage: in welchem Zeitpunkte wirkt die intrauterine Katheterisation am besten? — den jeweiligen Stand des Gebärmutterhalskanals, resp. orificium, beim Beginne und am Ende der Operation in Betracht ziehend, gibt die nachfolgende tabellarische Uebersicht die bündigste Antwort.

Tabelle V.

Laut Tabelle	Beginn der Katheterisation bei	Anzahl der Fälle	Katheterisation beendet bei orificium				Dauer in Stunden			
							der Katheterisation		der Geburt seit der Katheterisation	
			1″	2″	3″	verstrichen	im Ganzen	im Durchschnitte	im Ganzen	im Durchschnitte
I.	Vag. port.	8	3	1	1	3	104¼	13	147½	18
II.	Vag. port.	4	1	.	.	3	30¼	7½	38½	9½
	orif. 1″	5	.	1	1	3	16¾	3¼	19¾	4
	orif. 2—3″	2	.	1	.	1	5½	2¾	7¾	3¾
	orif. verstr.	1	.	.	.	1	¾	¾	1	1
III. a.	orif. 1″	19	1	7	7	4	123¾	6½	239½	12½
	orif. 2—3″	15	.	1	2	12	73¾	4¾	97½	6½
III. b.	orif. 1″	2	.	1	.	1	12	6	34	17
	orif. 2—3″	8	.	2	1	5	44	5½	65½	8
	orif. verstr.	2	.	.	.	2	7¾	3¾	8¼	4
Summa		66	5	14	12	35	418¾	6¼	659	10

Man ersieht daraus zweierlei, erstens, dass die Wirkung der Katheterisation bei regelrechter Wehenthätigkeit (Tab. II.) stets entschieden rascher und ausgiebiger ist, als bei Wehenschwäche

und zweitens, dass je weiter die Vorbereitung zur Geburt — der jeweilige Geburtsstand — vorgeschritten, desto kräftiger deren Wirksamkeit sich entfaltet, so zwar dass letztere in ihrer Entfaltung gleichsam entsprechend Schritt hält mit der beim Beginne der Operation vorfindlichen Orificialerweiterung, d. h. mit einem Worte: je weiter der Muttermund bei stehender Blase desto wirksamer die Katheterisation; — und ganz logisch bedarf es daher demgemäss bei noch völlig ruhender Gebärmutterthätigkeit (Tab. I.) der längsten Katheterisationsdauer.

Was den Geburtsstand bei der Beendigung der Katheterisation anbelangt, so wurde (Tab. V.) nach Abrechnung der 3 Fälle, wo beim Beginne der Operation das Orif. ohnehin verstrichen war, der Katheter

5 mal bei 1″ Orif.-Weite
14 mal bei 2″ Orif.-Weite
12 mal bei 3″ Orif.-Weite
32 mal bei verstr. Orif. entfernt.

Nachdem ich jedoch, wie gesagt, anfänglich die Katheterisation prinzipiell bis zum vollständigen Verstrichensein des Muttermundes anwendete, so müssten, resp. sollten mehrere Fälle hievon wegfallen, und erachte ich daher immerhin den Ausspruch für berechtigt, dass ob Wehenschwäche angewendet die Katheterisation in der Regel bei 2—3″ Orif.-Weite beendet werden kann, da erfahrungsgemäss bis dahin die Wehenthätigkeit sich meistens regelt; anders ist es bei der Katheterisation ob Geburtsbeschleunigung bei regelrechter Wehenthätigkeit, wo es sich stets um rascheste Beendigung der Geburt um jeden Preis handelt, hier würde ich das Liegenlassen des Katheters bis zum Verstrichensein des Orif., ja bis zum Einschneiden des vorliegenden Kindestheils für zweckmässig halten.

Wie ist die Wirkung der intrauterinen Katheterisation bei Primi- oder Multiparis? — Unter den 66 Fällen waren 45 Primi- und 21 Multiparae, und hier stellte sich folgender merkwürdige Umstand heraus, dass, während bei Primiparis zur Einleitung der künstlichen Fehl- und Frühgeburt eine mittlere Katheterisationsdauer von $8^1/_4$ Stunden genügte, bei Multiparis hiezu $15^1/_2$ Stunden erforderlich waren, dagegen war die Wirkung der Operation nach begonnener

Wehenthätigkeit bei den Multiparis entschieden günstiger als bei den Primiparis, nämlich $3^3/_4$: 6 Stunden im Mittel.

Obwohl praktisch nicht verwendbar, ist von theoretischer Seite nicht ohne Interesse der Umstand, dass bei noch ruhender Thätigkeit der Gebärmutter beim männlichen Eie 16, beim weiblichen Eie 10 Stunden und bei schon begonnener Wehenthätigkeit beim männlichen Eie 6 und beim weiblichen Eie 5 Stunden zur regelrechten Anregung der Wehenthätigkeit als mittlere Katheterisationsdauer erforderlich waren, somit die Reizbarkeit des Uterus beim weiblichen Eie eine grössere zu sein scheint; unter unsern Fällen waren 40 Knaben und 26 Mädchen.

Mit Rücksicht auf den Umstand, dass auch in unsern Fällen wiederholt nebst der intrauterinen Katheterisation andere wehentreibende oder wehenersetzende Mittel in Anwendung gezogen werden mussten, wie künstlicher Blasensprung, Secale cornutum, Forceps u. s. f., wird man uns den Einwurf machen, die Katheterisation sei somit doch kein untrüglich sicher wirkendes, stets ausreichendes Mittel; — allerdings — nur mit dem Unterschiede, dass dies ja nicht behauptet wurde und auch nicht behauptet werden kann; da es in der Therapie überhaupt in keiner Richtung souveraine Mittel gibt, so wird man wohl auch die intrauterine Katheterisation nicht als einziges souveraines wehentreibendes Mittel ansehen wollen? — somit begreiflich, dass in einzelnen Fällen nebst der Katheterisation auch noch andere Mittel zur Vollendung der Geburt beigezogen werden müssen.

Scanzoni, der einige Jahre nach mir die intrauterine Katheterisation als wehentreibendes Mittel bei Wehenschwäche ausübte, und welcher auch dieser Methode in seinem geburtshilflichen Lehrbuche in der bezüglichen Therapie der Wehenschwäche den ihr gebührenden Platz einräumte, sagt: „so weit unsere Erfahrungen reichen, möchten wir den Rath geben, bei der Behandlung eines Falles von Wehenschwäche immer mit der Einführung eines Katheters in die Uterushöhle zu beginnen, und erst dann zur Anwendung des Secale cornutum und anderer Mittel zu schreiten, wenn, was aber gewiss nur selten der Fall sein dürfte, der Katheter seine Wirkung versagt oder zur natür-

lichen Beendung des Geburtsaktes nicht ausreicht*)" — ein dem unsrigen vollkommen analoger Ausspruch. — Die Katheterisation der Gebärmutter übt zweifellos einen sowohl wehenerregenden, als wehenverstärkenden Einfluss aus — dieser Satz steht erwiesen fest, nachdem jedoch diese Methode noch vor allen andern den Vorzug besitzt, überdiess eine äusserst schonende, so zu sagen unschädliche Wirkung zu entfalten, so halte ich es für nahezu ungerechtfertigt in sich ergebenden Fällen von Wehenschwäche die intrauterine Katheterisation nicht zuerst zu versuchen, umsomehr, als selbe noch den weitern Vortheil darbietet, dass durch sie in den seltenen Fällen, wo sie nicht ausreicht, die Anwendung anderer wehentreibender Mittel nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern sogar deren Wirksamkeit bedeutsam gefördert wird z. B. bei Hydramnios der künstliche Blasensprung u. s. f.; ja man kann die Catheterisatio uteri vortheilhaft **gleichzeitig** mit andern Methoden in Anwendung bringen, wie ich mich in neuester Zeit bei einem Falle von Placenta praevia überzeugte, wo ich nebst der Tamponade zugleich katheterisirte, welchen Fall ich mir in Kürze mitzutheilen erlaube:

Placenta praevia centralis — I. Querlage (Kopf rechts) — Tamponade zuerst allein, später mit gleichzeitiger Catheterisatio intrauterina — Wendung.

Laut Prot.-Nr. 232 wurde am 8. Mai 1870 um 9 Uhr Früh die verheirathete 37jährige Vpara Ursula P. wegen heftigem Blutgange, der sich plötzlich in der vergangenen Nacht während des Schlafes eingestellt hatte, auf die Klinik gebracht. Die alsbaldige Untersuchung liess den Grund der quer ausgedehnten, reizbaren Gebärmutter 3 Finger breit unterhalb des processus xyphoid. erkennen, I. Querlage (Kopf rechts,) Herztöne deutlich vernehmbar, Scheidengewölbe leer, Vag. port ½", Halskanal noch gegen 1", durch das offene orif. int. ein eigenthümliches unebenes Gewebe — Placenta? — fühlbar, Blutgang keiner. — Bei diesen Umständen erschien die passive Behandlung am Platze, und in der That blieb bis zum 9. Mai 10½ Uhr

*) Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshilfe 1867. 4. Auflage. II. Band pag. 255.

Morgens Alles im statu quo; — hie und da hatte sich eine Uteruskontraktion manifestirt, als um letztere Stunde während einer Wehe abermals ein starker Blutgang eintrat; es war damals die Vag. port. vollkommen verstrichen und der vorliegende Mutterkuchen unverkennbar.

Um $11\frac{1}{2}$ Uhr abermals ein momentaner starker Blutgang, der mittelst kalter Injektion coupirt wurde, — als sich plötzlich um $12\frac{1}{2}$ Uhr ein derartiger Blutsturz einstellte, dass ich hinzugerufen die Gebärende nahezu pulslos, die Symptome der höchsten Blutleere darbietend vorfand. — Tamponade bei $\frac{3}{4}$" orif. mit gleichzeitiger rascher Anwendung von Analepticis, hierauf 4 dos. Secale cornut. à 10 gr. — Um 3 Uhr und $5\frac{3}{4}$ Uhr so ziemlich derselbe Stand, nur hatte sich der Allgemeinzustand der Gebärenden sichtlich gehoben (Puls 80), da seit der Tamponade der Blutgang stillestand. Die Wehen waren und blieben stets sehr unausgiebig, so dass der Muttermund gegen $10\frac{1}{2}$ Uhr Abends erst etwas über $1\frac{1}{2}$" offen war, wesshalb ich um diese Stunde den Katheter wie gewöhnlich nach links hinten einlegte und gleich darauf tamponirte, und habe hier nur zu erwähnen, dass sich der Katheter sowohl ohne als mit Mandrin in diesem Falle nicht mehr als auf 4" in die Uterushöhle einschieben liess. — Die Wirkung dieses kombinirten Verfahrens war eklatant, um $1\frac{1}{4}$ Uhr Früh des 10. Mai war Orif. über 3", jedoch noch ringsum von der Placenta bedeckt.

Da sich wiederum ein stärkerer Blutgang einstellte, so schien es angezeigt, den sehr zufriedenstellenden allgemeinen Kräftezustand zu benützen, und die Geburt weiters zu beschleunigen, umsomehr als die Wehenthätigkeit eine geregelte geworden war, — daher ich nach Entfernung des Katheters alsbald am Querbette ohne Narkose die Wendung auf den linken Fuss vollführte, wobei sich eine reichliche Menge bedeutend missfärbigen Fruchtwassers ergoss und herausstellte, dass der Placentarand links eben knapp bis zum Orif.-Rande reichte. — Da nach vollbrachtem Herableiten des linken Fusses sich die Blutung als mässig ergab, wurde die Geburt des Kindes bis zu den Schultern umsomehr der Natur allein überlassen, indem dasselbe bereits unverkennbare Macerationsspuren darbot; — erst als die Ausstossung des Kopfes ob hinaufgeschlagener Arme trotz der guten Wehen, Reiben u. s. f. nicht erfolgen wollte, wurde um 2 Uhr die Extraktion mittelst des Hütter'schen und modificirt Smellie'schen

Handgriffes vorgenommen, gleich darauf nach Credé die Nachgeburt entfernt, und alsbald prophylaktisch ein Secale-Klystier verabreicht.

Das Wochenbett verlief bis auf eine mässige Peritonitis, welche mit Laxantia, Blutegel und erregenden Umschlägen bekämpft wurde, derart glücklich, dass die Frau bereits am 28. Mai die Anstalt gesund verlassen könnte. — Interessant ist noch der Umstand, dass die Frau nur das erste Mal regelrecht geboren hatte, die übrigen 3 Geburten waren Abortus zwischen der 12. und 16. Woche. — Hervorzuheben wäre endlich noch die rasche Maceration des reifen Kindes — eines Mädchens.

Zieht man die Wirkung der Katheterisation im obigen Falle in Betracht, so muss man gestehen, dass selbe vortrefflich gewirkt hat; nachdem nämlich eine alleinige 10stündige Tamponade nicht zum Ziele geführt hatte, genügte alsdann eine kaum 3stündliche gleichzeitige Katheterisation und Tamponade, den Muttermund von $1^1/_2$" über 3" zu erweitern und die Wehenthätigkeit vollkommen zu regeln: — auf diesen — freilich einzigen — Fall mich stützend, würde ich in Hinkunft bei sich ergebender Placenta praevia diese kombinirte Behandlung wieder in Anwendung ziehen und erachte selbe der Nachahmung, resp. Prüfung, auf das wärmste anempfehlen zu müssen.

Endlich kann der eingeführte Katheter, falls derselbe zufällig in einem sich ergebenden Falle nicht genügend ausgiebig die Gebärmutter zu Zusammenziehungen reizen sollte, ohne Verzug ganz bequem für die sogenannte Cohen'sche Methode benützt werden, sicherlich abermals ein nicht abzustreitender Vorzug vor dem Bougie. (Fall 6.)

b) Die Catheterisatio uteri als ursprünglich wehenerzeugendes Mittel.

Die intrauterine Katheterisation zu einer Zeit angewendet, wo noch die Wehenthätigkeit nicht erwacht ist, hat die Feuerprobe ihrer Bewährtheit schon derart überstanden, dass ich darüber wohl nichts weiteres oder gar neues zu bemerken habe; — auch in meinen 8 Fällen, wo die Einleitung der künstlichen Fehl- oder Frühgeburt indicirt war, hat sich selbe als eine sicher wirkende, dabei äusserst schonende Methode erwiesen,

indem einmal hiedurch die Geburt stets gehörig in Gang gebracht worden war und zwar sogar dann, nachdem andere Mittel uns im Stiche gelassen hatten und weil ferner von den Müttern nur eine erkrankte und starb (Fall 4); welcher Todesfall übrigens wohl auch nicht der Katheterisation, sondern dem bereits in zu hohem Grade sich kundgebenden Missverhältnisse zwischen Mutter und Kind und der hiedurch nothwendig gewordenen sehr schweren Zangengeburt zugeschrieben werden muss.

Die Paralyse der Placentarstelle (Fall 3) kann wohl Folge der Frühgeburt, jedoch nicht Folge der durch die Katheterisation bewirkten künstlichen Frühgeburt sein, ebenso kann die im Falle 9 eingetretene Phlegmasia alba nicht der intrauterinen Katheterisation zugeschrieben werden.

Unsere künstlichen Fehl- und Frühgeburten waren im Mittel sowohl bei Primi- als Multiparis in 18 Stunden vollendet.

Von den frühgebornen Kindern waren 3 todtgeboren, 2 scheintodtgeboren und starben bald, und nur 3 waren lebend geboren, hievon blieben 2 sage zwei! am Leben — für diesen allerdings ungünstigen Erfolg kann jedoch nicht die intrauterine Katheterisation als Methode verantwortlich gemacht werden, sondern man muss eben Spiegelberg beipflichten, dass der Erfolg bezüglich des kindlichen Lebens überhaupt bei allen künstlichen Frühgeburten ein sehr prekärer und in dieser Richtung die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bezüglich ihrer Berechtigung sehr fraglich sei.

c) Die Catheterisatio uteri als geburtsbeschleunigendes Mittel, um sonst entsprechende, regelrechte Wehen zu verstärken.

Wenn man die betreffenden 13 Fälle (Tabelle II.) näher betrachtet, so muss man unparteiisch zugeben, dass sich die Methode in dieser Richtung bezüglich der an sie gestellten Anforderungen glänzend bewährt habe, denn es handelte sich hiebei durch schleunige Beendigung der Geburt entweder die Mutter oder das Kind, oder beide zugleich zu retten, und in der That wurden, bis auf den Fall 10, wo die in Agonie an die Anstalt gebrachte, im 6. Schwangerschaftsmonate befindliche Gebärende unentbunden starb, die übrigen Geburten entweder durch die intrauterine Katheterisation allein zu Ende geführt oder wurde

hiedurch ermöglicht, mit Zuhilfenahme anderer Mittel dieselben auf natürlichem Wege zu beendigen. — Es erkrankten nur 3 an einem Puerperalprozesse — Peritonis (Fälle 14, 17 und 20) und genasen, wobei zu bemerken kommt, dass überdies eine hievon (Fall 14) bereits während der Geburt fieberte — keine einzige ist einem Puerperalprozesse sensu strictissimo erlegen; da die an Eklampsie Leidende (Fall 21), trotzdem, dass schon nach 3 Stunden von der bei 1" Orif. begonnenen Katheterisation die Fehlgeburt vollendet war, dennoch gestorben ist, so wäre wohl ohne dieser Operation sicherlich das lethale Ende um so mehr beschleunigt worden.

Im Falle 18 wurde allerdings trotz der intrauterinen Katheterisation der Blutsturz nach der Geburt nicht vermieden, ich bin jedoch der Ansicht, falls eben die Gebärmutter nicht durch die Katheterisation zu tüchtigen Kontraktionen angeregt worden wäre, hätte in diesem Falle wahrscheinlich eine Paralyse des Uterus einen lethalen Ausgang herbeigeführt.

In Krankheitsfällen Gebärender, wo der tödtliche Ausgang nicht nur zweifellos, sondern so nahe bevorstehend ist, dass man sich darauf gefasst machen muss, die Gebärende werde, falls nicht rasche Hilfe Platz greift, unentbunden sterben und dann der missliebige, in der Regel überdiess zu keinem Ziele führende Kaiserschnitt post mortem an die Reihe kommen, ist die intrauterine Katheterisation stets zu versuchen, da den Kranken ihr unleidlicher Zustand durch den rascheren Geburtsverlauf mindestens gemildert wird, während die Kranken, wenn nichts geschieht, möglicherweise nach demselben oder sogar nach einem bedeutend längeren Zeitraume entweder schliesslich unentbunden sterben, oder wenigstens unnöthigerweise durch eine viel längere Zeit bis zu der ohne dieser Nachhilfe beendeten Geburt leiden werden, abgesehen davon, dass die Kinder sowohl im letzteren Falle, als bei dem dann nothwendig werdenden Kaiserschnitte post mortem nahezu als Regel todtgeboren werden, während in unseren 3 Fällen (11, 13 und 15), wo die Katheterisation zur Vermeidung des Kaiserschnittes vorgenommen worden war, 2 lebend- und 1 todtgeboren wurden (letzteres bei der akuten Leberatrophie).

Die Anwendung der Catheterisatio uteri als geburtsbeschleunigendes Mittel ist somit, nach all' dem Gesagten, bei gefahrdrohender Erkrankung

einer Gebärenden, während der sonst im **regelrechten** Gange befindlichen Geburt, behufs möglicher Lebensrettung der Mutter oder des Kindes und zur Vermeidung des Kaiserschnittes stets angezeigt.

Bei unseren 12 Geburten, mit sonst regelrechter Wehenbeschaffenheit, wurde im Mittel durch 4½ Stunden katheterisirt, und war die Geburt im Mittel 5½ Stunden nach der Katheterisation vollendet, gewiss ein weiterer, zu dieser Operation sehr aufmunternder Umstand, umsomehr als im Beginne der Operation bei diesen Fällen 4mal noch die Vaginalportion vorhanden war, 5mal das Orif. unter 1", 2mal gegen 2" und nur 1mal verstrichen war.

Nicht ohne Gewicht für diese Operation ist endlich die Thatsache, dass unter diesen, einer raschen Beendigung dringlichst bedürftigen Geburtsfällen nur 2mal (Fälle 13 und 20) die Zangenanlegung erforderlich war; — wobei noch zu bemerken, dass im Falle 20 die Katheterisation nach dem Blasensprunge in Anwendung kam.

d) Die Catheterisatio uteri als wehentreibendes Mittel.

I. Vor dem Blasensprunge.

Die intrauterine Katheterisation ist das schonendste Wehen erregende Mittel bei Wehenschwäche vor dem Blasensprunge; — dieses Faktum wird, abgesehen von dem Verlaufe der Geburten als solcher, hauptsächlich und am evidentesten durch die Resultate des Wochenbettes (Tabelle III. a.) erhärtet. Die Thatsache nämlich, dass in Folge von Wehenschwäche die häufigsten und gefährlichsten Wochenbetterkrankungen sich einzustellen pflegen, steht fest, weil dann das geringere Kontraktionsvermögen, über die eigentliche Geburt sich hinauserstreckend, meist auch den Rückbildungsprozess im Wochenbette beeinträchtigt, zu langsame und unvollständige Entleerung des Gebärmutterinhaltes einerseits, unzureichende Verengerung der Wandgefässe andrerseits veranlassend, demgemäss Blutungen und die verschiedenen Erkrankungen im Wochenbette, wie Endometritis, Phlebitis u. s. f. verursacht.

Ein Hauptübelstand fast aller wehentreibender Mittel, abgesehen von ihrem üblen Einflusse auf das kindliche Leben, z. B. beim Secale cornutum, besteht darin, dass dieselben, wenn sie eben nicht gleich Anfangs gänzlich versagen, alsdann gemeinig-

lich entweder zu rasch oder zu reizend wirken, auf diese Weise die angeregten üblen Folgezustände oft nicht nur nicht verhüten, sondern sogar unbedingt steigern, z. B. wird durch eine zu rasche Entleerung der Gebärmutter eine Blutung befördert, oder wird ein zu heftiger Reiz gar leicht eine Entzündung des Organs, Strikturen u. s. f. herbeiführen; — unter den wehentreibenden Mitteln muss daher jenes Mittel, welches all' diesen üblen Folgen thunlichst vorbeugt, entschieden den übrigen vorgezogen werden, d. h. in sich ergebenden Fällen in erster Linie in Anwendung kommen, und dieses wehentreibende Mittel ist die Catheterisatio uteri, denn nach meinen Erfahrungen erfolgte hierauf nie eine Blutung, und verliefen die bezüglichen Puerperia äusserst günstig, trotz herrschender Epidemie (Fall 33).

Unter den 34 Gebärenden erkrankten nur 4, i. e. 11.7% an echten Puerperalprozessen — Peritonitiden — und starben hievon 2, i. e. 5.8%, darunter eine, welche schon während der Geburt fieberte (Fall 41), und wo auch nach dem Katheterisiren die Geburt noch 26½ Stunden dauerte; und die zweite als Rekonvaleszentin in Folge erwiesener Erkältung (Fall 24); — die beiden Febriculae (Fälle 25 und 42) sind wohl kaum nennenswerth, obschon im Falle 42 die Katheterisation 17 Stunden dauerte.

In zwei Fällen (24 und 45) bildeten sich Strikturen heraus, welche jedoch meiner Ansicht der Katheterisation als solcher nicht zugeschrieben werden können, denn im Falle 45, einer Zwillings-Fehlgeburt, war nach Entfernung des Katheters das Orif. 3" offen und dessen Rand so vollständig weich und nachgiebig, dass ob der bedeutenden Ausdehnung des Uterus, gleich nach der Katheterisation die Fruchtblase künstlich gesprengt wurde, und erst hierauf bildete sich die Striktur heraus; — endlich der Fall 24 betraf eine 33jährige Erstgebärende mit auffällig wulstigem, derben Muttermunde, wo bis zur Katheterisation bereits über 64 Stunden verlaufen waren, und wo die Gebärmutter, resp. der Mutterhals, schon damals entzündlich gereizt gewesen zu sein scheint.

Für die ausgiebige Wirkung der Katheterisation bei stehender Blase, welche im Mittel 6 Stunden in Anspruch nahm, spricht aber vor Allem der Umstand, dass, abgesehen vom künstlichen Blasensprunge, welcher meist nach verstrichenem Muttermunde in der Schamspalte ob zu zäher Beschaffenheit der Eihäute vor-

genommen werden musste, nur zweimal unter 34 Fällen von ausgesprochener Wehenschwäche die Geburt mittelst der Geburtszange zu Ende gebracht werden musste, wohl das beste Zeugniss für die Trefflichkeit dieser Methode; — wenn man hiebei noch weiters bedenkt, dass in diesen zwei Fällen, und zwar, im Falle 47 ein Nabelschnurvorfall und im Falle 56 eine Drehung des Hinterhauptes nach hinten bei gleichzeitiger Beckenenge strenge genommen die Indikation zum Forceps abgaben.

2. Nach dem Blasensprunge.

Die Catheterisatio uteri bei Wehenschwäche nach dem Blasensprunge (Tabelle III. b.) glaube ich umsomehr einer besonderen Betrachtung unterziehen zu müssen, weil ich, offen eingestanden, die intrauterine Katheterisation faktisch anfänglich nur vor dem Blasensprunge in Anwendung zog, indem es mir wirklich nicht klar war, wie das biegsame, elastische, weiche, dünne Röhrchen die Wehen thatsächlich, i. e. ausgiebig, dann noch anfachen sollte, wenn dieses die verschiedentlichen eckigen und spitzigen Kindestheile, um und an welche sich ja die Gebärmutter nach dem Blasensprunge anlegt, und welche somit jedenfalls an und für sich einen mächtigeren Reiz ausüben, nicht im Stande waren; — trotzdem habe ich die Katheterisation nach dem Blasensprunge bereits im Jahre 1862 (Fall 57) aus eigenem Antriebe versuchsweise ausgeführt, dem Sprüchworte „nützt es nichts, so schadet es auch nichts“ folgend; durch Scanzoni's*) spätere Anführungen wurde ich darin bestärkt, die intrauterine Katheterisation noch weiters ernstlich bezüglich ihrer Wirksamkeit nach dem Blasensprunge — vor- oder rechtzeitigem — zu erproben, und es geschah dieses in 13 Fällen**).

Der Verlauf dieser Geburtsfälle, sine ira et studio unparteiisch betrachtet, ergibt, dass meine obige a priori ausgesprochene Ansicht so ziemlich die richtige war, denn man ersieht, dass mit Ausnahme von zwei Fällen, wo die intrauterine Katheterisation allein ausreichte, in allen übrigen, i. e. in 84.6% noch eine andere Nachhilfe, wie Secale, Forceps, manuelle Extraktion

*) Scanzoni: l. c. pag. 255.

**) Fall 20, Tab. II. hinzugerechnet.

u. s. f. trotz alledem nöthig wurden, was gewiss kein Zufall war; umgekehrt kann es jedoch gar wohl zufällig sein, wenn sich nach dem Einlegen des Katheters nach dem Blasensprunge in einzelnen Fällen hie und da die Wehen besserten. — Den Beweis, dass die intrauterine Katheterisation nach dem Blasensprunge keine so nachhaltige Wirkung äussere, als vor dem Blasensprunge, erachte ich für hergestellt, gebe jedoch im Uebrigen immerhin zu, dass man auch nach dem Blasensprunge die Katheterisation versuchen kann, ja soll, bevor man zu anderen wehentreibenden oder wehenersetzenden Mitteln schreitet, weil das Kathetereinlegen eben eine an und für sich leicht ausführbare, dabei unschädliche Operation ist, welche denn doch hie und da reizend, somit Wehen erregend wirken dürfte und dabei im grossen Ganzen jedenfalls keinen Schaden weder der Mutter, noch dem Kinde verursacht; — erkrankte ja in unsern Fällen keine einzige Wöchnerin, der Thrombus vaginae (Fall 62) kann wohl von Niemanden der Katheterisation zugeschrieben werden.

D. Schlussfolgerungen.

1. Die Catheterisatio uteri ist an und für sich eine sehr leicht ausführbare Operation.
2. Sie wird am besten und sichersten in der Rückenlage der Gebärenden und zwar in der Richtung nach links hinten ausgeführt.
3. Zu ihrer Ausführung genügt in der Regel ein mandrinloser, mit Wachs verstopfter, englischer, elastischer Katheter.
4. Beim regelrechten Kathetereinlegen ist der unfreiwillige Blasensprung so zu sagen ausgeschlossen.
5. Der Katheter soll mindestens so weit eingeschoben werden, dass er kaum einen Zoll aus der Schamspalte hervorragt.
6. Die Katheterisation soll bis zur Regelung der Wehenthätigkeit dauern, hiezu genügen im Mittel $6\frac{1}{4}$ Stunden.
7. In der Regel soll der Katheter, wegen Wehenschwäche angewendet, bei 2″ bis 3″ Orificialweite, ob Geburtsbeschleunigung angewendet, erst bei verstrichenem Muttermunde entfernt werden.
8. Je weiter der Muttermund bei stehender Fruchtblase, desto wirksamer ist die intrauterine Katheterisation.

9. Unter den Methoden zur Einleitung der künstlichen Fehl- oder Frühgeburt steht bisher die Catheterisatio uteri unübertroffen da.
10. Behufs Geburtsbeschleunigung bei regelrechter Wehenthätigkeit wirkt die Catheterisatio uteri vortrefflich.
11. Zur möglichen Vermeidung des Kaiserschnittes post mortem wäre in sich ergebenden Fällen diese Operation stets zu versuchen.
12. Die Catheterisatio uteri ist ein äusserst wirksames, dabei sehr schonendes, wehenverbesserndes Mittel.
13. Die Wirksamkeit der intrauterinen Katheterisation bei Wehenschwäche vor dem Blasensprunge steht ausser allem Zweifel.
14. Deren Wirkung bei Wehenschwäche nach dem Blasensprunge ist zwar nicht so nachhaltig, aber immerhin in einzelnen Fällen nicht zu läugnen.
15. Die Catheterisatio uteri soll bei jedweder Wehenschwäche stets in erster Linie vor allen andern wehentreibenden Mitteln in Anwendung gezogen werden.
16. Der Katheterismus hindert die Anwendung anderer wehentreibender oder wehenersetzender Mlttel durchaus nicht.
17. Die intrauterine Katheterisation wirkt mindestens in allen Fällen von Wehenschwäche als sogenanntes vorbereitendes, erregendes Mittel, d. h. unterstützt die Wirkung anderer, nachfolgender Mittel.
18. Die Katheterisation kann vortheilhaft mit anderen Mitteln gleichzeitig angewendet werden.
19. Die Catheterisatio uteri wirkt entschieden günstiger bei Primiparis bei ruhender, bei Multiparis nach begonnener Uterusthätigkeit.

Nach all' dem Gesagten erachte ich somit den in der Einleitung angeführten, im Jahre 1860 gethanenen Ausspruch: „In der Catheterisatio uteri besitzen wir in der Geburtshilfe ein sehr sicher wirkendes und dabei schonendes wehentreibendes Mittel“, richtig bewiesen zu haben, und glaube diese meine Abhandlung demgemäss auch nicht besser abschliessen zu können, als mit dem damals schon ausgesprochenem Schlusssatze, welcher wortgetreu lautet: „Ich glaube daher schliesslich durch diese wahrheitsgetreue Anführung der von mir und zwar zumeist klinisch beobachteten Geburtsfälle hinlänglich den Beweis geführt zu haben, dass wir in der Catheterisatio

uteri ein Verfahren kennen gelernt haben, wodurch nicht nur zu jeder Zeit im Nothfalle die Schwangerschaft durch Anregung der Wehenthätigkeit am schnellsten, sichersten und schonendsten unterbrochen, d. h. eine Fehl- oder Frühgeburt künstlich eingeleitet, sondern wodurch auch bei bereits begonnener Geburt, wenn Gefahr im Verzuge ist, selbe am besten weiters beschleunigt werden kann; und wodurch endlich bei eingetretenem Nachlasse der Wehen — ursprünglicher Wehenschwäche — die Wehenthätigkeit auf das Zuverlässigste und Nachhaltigste angefacht wird. Es ist hiemit durch die Catheterisatio uteri ein wehenerregendes Mittel geboten, welches jedem praktischen Geburtsarzte (insbesondere am Lande) ob seiner leichten Anwendungsweise und sicheren, dabei schnellen Wirkung jedes andere wehentreibende Mittel bei noch stehender Fruchtblase ersetzen kann und wird;“ — und habe nur noch beizufügen, dass ich nunmehr die Anwendung der intrauterinen Katheterisation jedenfalls auch bei Wehenschwäche nach dem — vor- oder rechtzeitigen — Blasensprunge immerhin begründet erachte.

Druck von Josef Stöckholzer v. Hirschfeld in Wien.

DRŽ. BIBLIOTEKA V LJUBLJANI