

Drei schwere Entbindungen bei Becken-Enge

von

Dr. FRICKHOEFFER und Dr. GENTH

in Schwalbach.

1. Perforation, Kephalo-tripsie

von

Dr. Frickhoeffler.

Am Abend des 2. April 1861 wurde mir von *Joh. Petri III.* Frau in Obergladbach, einer 28jährigen Erstgebärenden, berichtet, sie liege seit der Nacht vorher in Wehen, das Fruchtwasser sei in geringer Quantität abgegangen, der Kopf stehe nahe am Ausgang des Beckens, die Wehen hätten aber aufgehört. Ich verordnete einige Dosen *secal. cornut.* und erbat mir während der Nacht Nachricht, sobald die Geburt hierauf nicht vorangehen wolle.

Um zwei Uhr Nachts wurde ich zu der Kreisenden bestellt und langte nach einem beschwerlichen Ritt auf theilweise bodenlosen Wegen gegen halb 5 Uhr dort an.

Die Gebärende war eine starke, breitschultrige Frau mit anscheinend gutem Beckenbau und wollte von Kindheit an gesund gewesen sein. Sie befand sich am normalen Ende der Schwangerschaft, die ohne besondere Beschwerden, ausser grosser Unbehülflichkeit beim Gehen, verlaufen war.

Die Wehen hatten in schwachem Grade schon am 1. April begonnen, waren in der Nacht auf den 2. stark geworden, den Tag über hatte sich der Muttermund erweitert, das Wasser war abgeflossen, der Kopf in die mittlere Apertur gerückt, aber hier unbeweglich stehen geblieben, trotzdem dass die nach der mehrstündigen Wehenpause gereichten Pulver wieder starke Contractionen des uterus bewirkt hatten.

Der Leib war sehr ausgedehnt, gleichmässig hart; bei der innern Untersuchung fand ich die Scheide ziemlich trocken, den Beckenausgang verengt, so dass der Winkel der beiden absteigenden Schambeinäste zu eng und der Abstand beider Sitzknorren zu gering war. Letzterer betrug nicht mehr als 3 Zoll. Der Muttermund war bis auf ein kleines Segment der vordern Lippe ganz verstrichen, der Kopf stand in der mittleren Apertur, die kleine Fontanelle nach rechts und vorn, die grosse nach links und hinten, die Kopfknochen fühlten sich derb, unnachgiebig an, der Kopf selbst sehr gross, so dass er den obern Theil des im Eingang nicht verengten Beckens ganz ausfüllte. Die Wehen waren gut, die Kräfte ebenso, Herztöne und Bewegung des Kindes nicht wahrzunehmen.

Nachdem ich die Erfolglosigkeit der Wehen noch eine Zeit lang beobachtet, brachte ich die Frau auf ein Querlager und legte bei dem tiefen Kopfstand zunächst eine kleine *Betschler'sche* Zange an. Dieselbe schloss sich sehr gut, der Abstand der Griffe war aber sehr bedeutend. Die Anfangs mit geringerer Kraft ausgeführten Tractionen hatten nicht die geringste Wirkung, stärkere, mit dem grössten Kraftaufwand ausgeführte ebenfalls nicht; auf einem höheren, bequemerem Querlager hatte ich keinen besseren Erfolg und die kleine Zange rutschte mir zuletzt ab.

Nachdem ich mir und der Kreisenden eine halbstündige Ruhe gegönnt, legte ich eine grössere Zange an, allein meine bis zur Erschöpfung versuchte Kraft brachte auch jetzt nicht im Geringsten den Kopf von der Stelle, so dass ich mich überzeugte, dass bei der unverhältnissmässigen Grösse des Kopfes und der Enge des Becken-Ausgangs keine Zangen-Operation mehr zum Ziele führen würde.

Die Kindesbewegungen hatten schon am Morgen vorher aufgehört, der Herzschlag war nirgends zu finden und so entschloss ich mich zur Perforation, liess aber zugleich Herrn Collegen *Genth* um seinen Beistand bitten für den Fall, dass auch diese nicht zum Ziele führen sollte.

Mit Hülfe des trepanförmigen Perforatoriums eröffnete ich den Schädel, entleerte eine Quantität Gehirn und versuchte nun mit meinen hackenförmig in die Oeffnung eingesetzten Fingern und mit Hülfe stumpfer Hacken den Kopf zu extrahiren. Ich war noch damit beschäftigt, als College *Genth* ankam, der seinen Kephälötrib mitbrachte und nach sorgfältiger Unter-

suchung als Geburtshinderniss ebenfalls den ungemein starken Kopf und die Enge des Beckenausgangs erkannte. Nachdem mit Hilfe des Catheters $\frac{1}{2}$ Schoppen Urin entleert worden, beschlossen wir sofort zur raschen Beendigung der Geburt die Anwendung des K phalotrib. Das Anlegen des Instruments gelang Herrn Dr. Genth ohne grosse Schwierigkeiten, die Schraub  wurde zuge dreht, wobei eine Masse Gehirn ausfloss, und nun die Extractions gemacht. Allein auch hierbei folgte der Kopf nicht sogleich, das Instrument glitt ab, und erst nachdem noch der Kopf in einem andern Durchmesser gefasst und zusammengedrückt worden, konnte er zu Tag gefördert werden. Auch die Schultern mussten durch Eingehen mit der ganzen Hand extrahirt werden. Das männliche Kind war ungemein stark, wog *enthirnt* $8\frac{1}{4}$ Pfd. und der Kopf hatte in allen seinen Durchmessern eine ungewöhnliche Grösse. Die Messung desselben konnte der Verunstaltung wegen nicht mehr genau vorgenommen werden. Nachdem die Nachgeburt weggenommen, befand sich die Wöchnerin, einen ziemlichen Grad von Erschöpfung ausgenommen, leidlich wohl.

Im Wochenbett erholte sie sich nur sehr langsam, eine schleimig-eitrige Sekretion der Gebärmutter schleimhaut in Verbindung mit andern Zeichen einer chronischen Metritis und Anaemie blieben lange Zeit zurück, so dass es wohl ein Jahr dauerte, bis die Frau als völlig genesen betrachtet werden konnte.

2. Perforation nach geborenem Rumpfe

Dr. G e n t h.

Die 29j hrige, gracil gebaute Frau des Hammerschmiedes Sch. dahier kommt zum 2. Male nieder. Das erste Mal förderte Dr. Frickhoeffler bei eingekeiltem Kopf und Vorfalle der Nabelschnur ein todtes Kind mit der Zange zu Tage. Letztere musste bei hohem Stande des Kopfs angelegt werden, weil das stark herabragende Promontorium das Durchtreten desselben ins kleine Becken sehr erschwerte. Das Einziehen in die Beckenhöhle geschah mit grosser Anstrengung. — Diessmal war schon in den letzten Tagen der Schwangerschaft die Vorlage eines kleinen Theils er-

kannt worden, der aber nicht näher bezeichnet werden konnte. Abgang des Wassers erfolgte zu rechter Zeit bei 2 Zoll grossem Muttermunde. Mit den sehr starken Wehen stellte sich eine *beinruhende Blutung ein*. Ich sah die Kreisende eine Stunde später, in Grosse Allgemainschwäche, schneller, dünner Puls, blasser Gesichtsfarbe. Die Blutung dauerte fort, die Wehen waren gut. Beim Einführen von zwei Fingern stiess man *sogleich auf das tief herabragende, spitzründe Promontorium*. Die Conjugata des Eingangs wurde zu 3 Zoll gross (axirt. 4). Ein vorliegender Kindstheil war durch den $2\frac{1}{2}$ Zoll weiten Muttermund nicht zu fühlen, letzteren füllten starke Blutklumpen aus.

Die Kreisende wurde auf ein Querbett gelegt und zunächst zum Behufe einer genaueren Untersuchung die ganze Hand eingeführt. Die Durchführung meiner schmalen Hand durch die Beckenhöhle aufwärts geschah mit einiger Mühe, weil das Promontorium sehr genirte. Noch ganz im grossen Becken fühlte man über dem nachgiebigen Orificium uteri einen Fuss, neben diesem höher und mehr nach der Mutter linker Seite zu den Kopf; die Gebärmutter fest contrahirt um die Frucht. *Bei der stets fort-dauernden starken Blutung musste die Entbindung sogleich geschehen*. Da ein Versuch, den Kopf herabzuleiten, misslang, so fasste ich den Fuss und führte ihn herab. Das Ergreifen des 2. Fusses war nicht möglich, weil der uterus zu fest contrahirt sich zeigte. Ich machte daher die Extraktion an einem Fusse. Die Herabführung des Kinds bis zur Unterbauchgegend war rasch geschehen, die Lösung der Arme bot aber *die grössten Schwierigkeiten*, da die Gebärmutter fortwährend fest contrahirt war, und das hervorragende Promontorium der operirenden Hand sehr in den Weg trat. Nach *langem Abmühen* hatte ich den linken Arm heruntergeleitet, musste aber nun von der weiteren Entwicklung der Frucht abstehen, *weil meine Kräfte gänzlich erschöpft waren*. Ich erbat mir die Beihülfe des Herrn Collegen *Frickhoeffer*. Ihm gelang die Lösung des zweiten Armes nach vielen Bemühungen. Der Kopf stand nun mit seiner Diagonalconjugata im Querdurchmesser des Beckens noch über dem Promontorium, das Kinn in der Mutter linker Seite. Alle Versuche, denselben durch Einsetzen zweier Finger in den Mund und Zug an den Schultern herabzuführen, scheiterten gänzlich: *er wich keine Linie breit*, und konnte des hervorragenden Promontorius wegen auch nicht gedreht werden. Die Blutung stand,

Um der sehr erschöpften Kreisenden und uns selbst einige Ruhe zu gönnen und die Wehen allein wirken zu lassen, standen wir zunächst von

1) Die später vorgenommene äussere Beckenmessung ergab keine Abnormität.

weiteren Operationsversuchen ab und gaben einige kleine Dosen *Secale cornutum*. Die Wehen wurden vorzüglich. Nach $1\frac{1}{2}$ Stunden trat plötzlich ein grosser Schwächezustand ein, der eine neue innerliche Blutung vermuthen liess und die schleunige Entleerung des uterus verlangte. Der Kopf stand noch unverändert über dem Promontorium. Ich legte die Zange unterhalb der Frucht an, was bei dem hohen Stande des Kopfs und dem engen Becken gerade nicht leicht war. Da mehrere kräftige Traktionen mit derselben nichts fruchteten, so stiess ich hinter dem Ohre des Kindes, der einzig erreichbaren Stelle, ein scheerenförmiges Perforatorium in's Gehirn. Letzteres lief bei dem Drucke der Zange theilweis aus, und nun folgte der Kopf dem Zuge des Forceps bald. Die Messung des Schädels ergab, nachdem die verschiedenen Knochen in ihre normale Lage gebracht worden waren: *diameter recta* = $4''\ 3'''$, *diameter transversa* = $3''\ 8'''$, *diameter obliqua* = $5''\ 8'''$. — Das Wochenbett verlief ohne Störungen, und die Genesung war in einigen Wochen vollständig. In der nächsten Schwangerschaft soll die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden.

3. Kaiserschnitt

mit glücklichem Erfolg für Mutter und Kind

von

Dr. Frickhoeffler.

Am 9. Januar d. J. Abends 8 Uhr wurde ich nach Schlangenbad zu Frau Bäcker *Kaiser* gerufen und fand bei meiner Ankunft daselbst Folgendes: Die Gebärende, eine kleine blühend ansehende, gut genährte Frau von 31 Jahren, hat in ihrer 6jährigen Ehe dreimal geboren, jedesmal ohne Kunsthilfe bei vorliegendem Kopf, aber doch so schwierig und langsam, dass der behandelnde Arzt sich immer erstaunt habe, wie bei der damals schon in gewissem Grade vorhandenen Beckenenge doch die Natur allein die Geburt beendet habe; dass jedesmal die Kinder bedeutende Schädeleindrücke gehabt und einmal das Kind fast eine Stunde scheinotdt gewesen sei. Die letzte Geburt hatte stattgefunden vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, zwischen dieser und der jetzigen ein Abortus im zweiten Monat.

Als Kind und erwachsenes Mädchen soll die Wöchnerin stets gesund gewesen sein, in und zwischen den Schwangerschaften aber war der Gang wackelnd und sehr beschwerlich, seit der zweitletzten und mehr noch in der letzten mit Schmerzen im Rücken und den Beckenknochen verbunden, wesshalb sie im letzten Jahre den ihr verordneten Leberthran reichlich genommen.

Die Dauer der jetzigen Schwangerschaft berechnete sie von Mitte Mai 1862 an, so dass sie erst gegen Ende Februar hätte niederkommen sollen, womit aber der spätere Befund nicht übereinstimmte. Am 8. Januar Morgens 10 Uhr war plötzlich bei einer körperlichen Anstrengung circa $1\frac{1}{2}$ Mass Wasser fortgegangen, in der Nacht vom 8. auf den 9. traten leichte Wehen ebenfalls mit Wasserabgang ein, die aber gegen Morgen wieder aufhörten. Nachmittags erschienen sie wieder, fortwährend unter Wasserabfluss, sie waren jedoch mässig und die Amme konnte weder den Muttermund noch einen Kindestheil erreichen.

Die Frau war bei guten Kräften, das Gesicht erhitzt, der Puls ruhig, die Wehen schwach, häufiges Erbrechen und Klage über einen brennenden Schmerz in der Gegend der ossa pub. vorhanden, der Leib schmerzlos, so ausgedehnt, wie er gegen Ende der Schwangerschaft zu sein pflegt, aber stark nach vorn und der rechten Seite überhängend, der Steiss des Kindes in der Gegend des Nabels zu fühlen und der Herzschlag links vom Nabel deutlich hörbar.

Bei der Untersuchung per vaginam fiel sofort die ausserordentliche Enge und Spitze des Schambogens und die grosse Annäherung beider tubera oss. isch. auf; zwischen dieselben konnten in der Quere nicht 3 Finger neben einander gelegt werden, so dass der Abstand der tubera auf nicht mehr als $1-1\frac{1}{2}$ Zoll zu schätzen war. Ging man weiter ein, so konnte man mit einem und mit zwei Fingern weder Muttermund noch einen Kindestheil erreichen, mit drei Fingern, längs der Richtung der Schamspalte eingebracht, gelangte man ans Promontorium und ganz hoch oben an den in der Grösse eines Kronthalers geöffneten Muttermund, der keine Blase umschloss, und in welchem man mit vieler Mühe ein kleines Segment des noch ganz beweglichen Kopfes fühlen konnte. Die Untersuchung war der Gebärenden sehr schmerzhaft, die Scheide weich, feucht, die vordere Wand etwas prolabirt.

Bei der äussern Untersuchung des Beckens ohne Instrumentalhülfe konnte ich finden, dass die letzten Lendenwirbel stark eingebogen und die Schambeinverbindung spitz nach vorn hervorragte, während die horizontalen Aeste nach innen eingedrückt erschienen.

Nach dem Resultat dieser Untersuchung unterlag es keinem Zweifel, dass ich es mit einem osteomalacischen Becken zu thun hatte, dessen Eingang wie Ausgang, besonders aber letzterer, so beträchtlich verengt waren, dass die Frage entstand, ob es möglich sei, das Kind durch die natürlichen Wege der Geburt zu entwickeln. Das ist im vorliegenden Falle nicht möglich.

Offenbar war dies nur möglich, wenn das Kind die normale Reife noch nicht erlangt hatte, wie die Mutter glaubte, und wenn auf eine grosse Nachgiebigkeit, auf ein Auseinanderweichen der vielleicht biegsamen Beckenknochen zu rechnen war, wie der Art mehrere Fälle in der Literatur verzeichnet sind. War das Kind ausgetragen, waren die Knochen unnachgiebig, so konnte nur der Kaiserschnitt das einzige Entbindungsmittel sein, weil in diesem Falle auch nicht einmal ein todes und verkleinertes Kind die Geburtswege passieren konnte. Die Möglichkeit des Nachgebens der Beckenknochen war aber nicht ganz von der Hand zu weisen, weil die früheren Geburten, wenn auch schwer, doch durch die Natur allein beendet worden waren.

Ich entschloss mich daher einstweilen zum Abwarten, da von Seiten der Mutter und des Kindes keine Indikation zur schleunigen Entbindung vorlag, und gab, nachdem ich mich von der Schwäche der Wehen überzeugt hatte, versuchsweise einige Dosen *secal. cornut.*

Bis 2 Uhr Nachts war aber die Situation ganz dieselbe geblieben, die Wehen besserten sich nicht, das orif. uteri wurde nicht weiter, obgleich ich öfter Douchen von warmem Oel an dasselbe appliciren liess. Die Gebärende klagte fortwährend sehr über Schmerz in der Schambeingegend, über Urindrang, wechselte häufig die Lage, ohne Linderung zu finden und erbrach sich öfter.

Ich setzte nun das Mutterkorn aus und gab eine Dosis Opium, worauf der Muttermund gegen 5 Uhr etwas weicher wurde und bis zur Grösse von zwei Zoll im Durchmesser sich ausdehnte, der Kopf blieb aber so hoch wie er war und stellte sich nicht fest.

Durch wiederholte Untersuchung während dieser Zeit überzeugte ich mich immermehr, dass die Geburt unter allen Umständen eine äusserst schwierige und gefährliche werden würde und liess deshalb Herrn Dr. Genth und Obermed. Rath Müller von hier zu einer Berathung und eventuellen Mithilfe bitten, mit dem Bedenken, alles zum Kaiserschnitt Nöthige mitzubringen.

Um 9 Uhr kamen die Collegen an, während welcher Zeit die Wehen sich etwas verstärkt hatten und das kleine fühlbare Kopfsegment eine Geschwulst bekam. Der Herzschlag war fortwährend deutlich zu vernehmen.

Nachdem sich nun die beiden Herren ebenfalls von den Dimensionen des Beckens unterrichtet und meine Ansicht in jeder Beziehung adoptirt hatten, beschlossen wir, aus den oben angegebenen Gründen nochmals abzuwarten, einige Dosen tinct. theb. mit tinct. valer. aeth. zu reichen, wenn aber dann der Kopf ins kleine Becken wenigstens theilweise in einigen Stunden nicht eingetreten sei, den Kaiserschnitt vorzunehmen. Die Wehen wurden nun wirklich stark und regelmässig, der Kopf stellte sich auch etwas fester, beharrte aber hartnäckig auf seiner Stelle über dem Becken-Eingang, der Zustand der Wöchnerin blieb dabei immer befriedigend.

Um 1 Uhr wurden die fötalen Herztöne schwächer und wir schritten deshalb, nachdem die nöthigen Vorbereitungen getroffen, die Gebärende auf einen mit Kissen bedeckten Tisch gelagert und die Chloroform Narcose eingeleitet war, zur Operation, *52 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers.*

Während Herr Obermed.-Rath Müller die Narcose überwachte, Herr Dr. Genth und ein Chirurg die seitliche Assistenz übernahmen, machte ich in der Richtung der linea alba den Schnitt durch die Haut, Muskeln und Uterus nach den bei dieser Operation vorgeschriebenen Regeln, wobei einige Arterien der Gebärmutterwunde heftig spritzten, eröffnete die Eihäute, die nur wenig Fruchtwasser mehr enthielten und beförderte das Kind, ein Mädchen, an den Füßen heraus. Obgleich etwas asphyctisch, fing dasselbe doch nach Bespritzen der Brust mit kaltem Wasser sofort an zu athmen, und nachdem Herr College Genth schnell die Nachgeburt gelöst, wurde es der Amme nach Unterbindung der Nabelschnur zur weiteren Behandlung übergeben.

In diesem Moment ereignete sich ein fataler Umstand; die Operirte nämlich fing mehrmals heftig zu erbrechen an und die vier Hände der Assistenten konnten, während ich mit Anlegung der Suturen von unten an beschäftigt war, nur mit der grössten Mühe die allerwärts hervordringenden Gedärme zurückhalten. Verhältnissmässig schnell kam jedoch das Anlegen der Nähte, bei denen nur in dem obern Wundwinkel die dort dünneren Bauchdecken mit dem Peritoneum durchstochen wurden, und die Reposition der Darmschlingen zu Stande, die Wunde wurde mit laugen Heftpflasterstreifen bedeckt, in den untern frei gelassenen Wundwinkel eine Charpie-Wicke eingebracht, der Leib mit einer Compresse und breiten Cirkelbinde umgeben und die Operirte in ihr frisch zubereitetes Bett gebracht, ohne dass sie aus der Narcose erwacht war.

Erst $\frac{1}{4}$ Stunde später verlor sich die Betäubung, die Wöchnerin wusste nicht, was mit ihr geschehen und ihr Zustand war für den Augenblick den Umständen angemessen, der Puls klein und schnell in Folge

des starken Blutverlustes und der Narcose, das Gesicht sehr bleich, die Extremitäten kühl, öfteres Würgen vorhanden. Nachdem sich die Wöchnerin etwas erholt, erhielt sie eine Dosis von 12 Tr. tinct. theb. und Eis-Umschläge auf den Unterleib.

Das nun näher in Augenschein genommene Kind war gut genährt und hatte alle Zeichen der Reife; der Kopf zeigte am linken Scheitelbein, soweit er ins Becken eingetreten war, eine kreisrunde, mit einer Furche umgebene Geschwulst, die einen treuen Abdruck des Becken-Eingangs lieferte und nicht mehr als 2 Zoll Durchmesser hatte. Der Querdurchmesser des Kopfes betrug $3\frac{1}{2}$, die recta $4\frac{1}{2}$, die Diagonale $4\frac{3}{4}$ Zoll, die Breite der Schultern $4\frac{1}{2}$ Zoll.

Einige Stunden später fanden wir die Operirte auffallend schwächer, sie lag in einem todtähnlichen Collapsus, bleich, mit einem kaum zählbaren kleinen Pulse, so dass wir die schlechteste Prognose stellen konnten.

Sofort wurden die kalten Umschläge entfernt, ein Glas Wein und während der Nacht tinct. castor. mit moschus zweistündlich gegeben.

Am 11. Jan. Morgens fanden wir den Zustand bedeutend besser, in der Nacht war stundenweise Schlaf eingetreten, kein Würgen und Erbrechen, nur öfteres Aufstossen erfolgt, die Gesichtsfarbe frisch, die Lippen roth, der Durst mässig, Leib weich, nicht empfindlich, die Zunge rein und feucht, der Ausfluss aus dem untern Wundwinkel und der Vagina blutig, kein Urin und Stuhl. Die Binde wurde durch eine neue ersetzt, die kalten Umschläge blieben weg, für den Fall der Schmerzhaftigkeit des Unterleibs und jedenfalls für den Abend wurde $\frac{1}{2}$ gr. op. verordnet, Puls 140, aber bedeutend gehobener, als Abends zuvor.

Abends: mehr Aufstossen, Würgen, 1mal starkes massenhaftes Erbrechen, Gefühl von Spannung im Leib, Herzgrube aufgetrieben, aber, wie der ganze Unterleib, weich und unschmerzhaft, Durst nicht vermehrt, Puls 140, Haut warm und feucht, Abgang blutig, 1mal Urin. Lockerung der Binde durch Einschnitte, Opium-Pulver.

12. Jan. Bis 3 Uhr Nachts ruhiger Schlaf; Leib weich, schmerzlos, nicht sehr aufgetrieben, Durst mässig, Zunge feucht, leicht belegt, Aufstossen gering, ruhiger Athem, gutes frisches Aussehen, Abgang durch die Vagina blutig, reichlich, durch die Wunde wenig, Urin 1mal, Stuhl nicht, Puls 116, Wunde von gutem Aussehen.

Erneuerung des ganzen Verbandes, Ueberbringen in ein anderes Bett, für den Abend $\frac{1}{2}$ gr. op., Mandelmilch zum Getränke.

13. Jan. Nachts mehrstündiger ruhiger Schlaf, wenig Aufstossen, Zunge feucht, unbedeutend belegt, Leib weich, in der Herzgrube etwas mehr aufgetrieben, trotz 3 Klystieren noch kein Stuhlgang, Urin 3mal,

Scheide feucht, nicht heiss, Muttermund hoch, wenig geöffnet, Lochien sparsam, bräunlich, Absonderung aus dem untern Wundwinkel sehr gering, die Sonde stösst in demselben unmittelbar auf den Uterus, Durst gering, Puls 112, Gesichtsfarbe und Allgemeinbefinden gut. Calomel. gr. ij, Op. gr. β. Abnahme einzelner Heftpflaster und Erneuerung derselben.

14. Jan. In der Nacht bis 12 Uhr viel Unruhe und Aufstossen, nach einem Klystier Abgang vieler Blähungen mit grosser Erleichterung und Zusammensinken des Leibes, nach Mitternacht ruhiger Schlaf bis zum Morgen. Leib weich, nicht schmerzhaft, Lochien normal, Urin öfter, Stuhl noch nicht trotz 2 obiger Pulver und 2 Lavements, Zunge rein und feucht, Puls 120. Erneuerung des Verbandes. Ol. Ricini 2 Essl.

15. Jan. Von gestern auf heute 6 dünne Stuhlgänge, Schlaf nach Mitternacht sehr gut, Brüste etwas geschwellt und schmerzhaft, das übrige Befinden wie gestern, Puls 112. Für den Abend 1 Opium-Pulver, zum Getränke Mandelmilch, Hühnerbrühe, Erneuerung des Verbandes.

16. Jan. Im Allgemeinen ebenso, nur klagt Pat. über ein unbestimmt unbehagliches Gefühl im Unterleib; Stuhlgang 1mal, Appetit vermehrt, Puls 120, hie und da oberflächliche Eiterung in der Wunde. Diät und Verordnung dieselbe; 2 Hefte werden entfernt, die Heftpflaster erneuert.

Das Kind, welches gestern viel schrie, sieht heute etwas collabirt aus und trinkt nicht recht an der Amme.

17. Jan. In der Nacht sehr guter Schlaf, Allgemeinbefinden, Gesichtsausdruck gut, Leib wird immer dünner und weicher, Stuhl zweimal auf 1 Löffel Ricinusöl, etwas Schmerz beim Urinlassen, Quantität desselben normal, Farbe dunkel, Lochien sehr gering, dagegen starker stinkender Ausfluss einer chocoladefarbigen Flüssigkeit aus den Stichöffnungen der untersten Ligatur, daher Entfernung derselben mit noch 4 andern. Die Wunde selbst eitert unbedeutend an einzelnen Stellen, klebt im Uebrigen sehr gut, Zunge rein, Appetit gut, Durst gering, Puls 120. Diät sofort, etwas Geflügel.

18. Jan. Der Grund der Wunde grösstentheils per primam intent, geheilt, hie und da etwas weiteres Auseinanderstehen der Cutis-Ränder mit geringer Eiterung dazwischen; dagegen ergiesst sich aus den Stichöffnungen von zwei gegen den untern Wundwinkel liegenden Nähten dieselbe stinkende bräunliche Flüssigkeit wie gestern, deren Ausfluss durch Drücken von den Seiten her befördert werden kann; Schmerz beim Uriniren geringer, Lochien fliessen gar nicht mehr, Milchturgescenz lässt nach. Puls 120, Stuhlgang dreimal. Beim Verband werden die Stellen, aus welchen

der Ausfluss erfolgt, frei gelassen, drei weitere Nähte weggenommen. Diät dieselbe, etwas Wein.

19. Jan. Im Allgemeinen ganz dasselbe Befinden; nur an der Wunde ist insoferne eine Veränderung eingetreten, dass aus den Stichöffnungen gar nichts mehr ausfliesst, dagegen in der Wunde selbst ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse sich eine linsengrosse Oeffnung gebildet hat, aus der jedoch beim Drücken nur wenig Flüssigkeit kommt.

20. Jan. Alles gut, nur war keine Stuhl- und Urinentleerung erfolgt, ohne dass dadurch besondere Beschwerden entstanden. Die Wunde hat ein sehr schönes Aussehen und schliesst sich überall, immer kürzer werdend, durch eine frische, rothe Granulationsfläche mit Ausnahme der gestern erwähnten Oeffnung, die sich etwas vergrössert hat und einen guten, gelben, nicht übel riechenden Eiter ergiesst, Puls 116.

Lavement, Entleerung des Urins mittelst des Catheters, Wegnahme der letzten zwei Hefte, Verband mit Charpie und Heftpflaster, Diät dieselbe.

21. Jan. Stuhlgang und Urin sind in der Nacht auf 1 Essl. Oel erfolgt, Schlaf, Appetit vortrefflich, Puls 100, Eiter entleert sich aus der früheren und einer neu entstandenen kleineren Oeffnung. Das Kind ge-
deiht jetzt bei seiner Amme ganz gut.

22. Jan. Allgemeinbefinden gut, Puls 96, die Wunde im obern und untern Drittel fast ganz geschlossen, das mittlere entleert noch an zwei kleinen Oeffnungen etwas Eiter.

Ausgenommen, dass der Urin noch mehrmals mit dem Catheter entleert werden musste, ging die Besserung und Heilung von nun an rasch voran, der Puls sank allmählig auf 80, Kräfte und gutes Aussehen nahmen bei sich fortwährend steigendem Appetit immer mehr zu, die Wunde vernarbte bis auf zwei Stellen, die mit caro luxur. bedeckt waren und geätzt werden mussten, und am 5. Febr., den 24. Tag nach der Operation verliess die Wöchnerin zum ersten Mal das Bett. Anfang März war sie als vollkommen genesen zu betrachten.

Eine um diese Zeit nochmals vorgenommene genaue Untersuchung, theils mit der Hand theils mit dem *Beaudelocque'schen* Beckenmesser und Massstab ergab:

- Grösse der Frau 4' 3''.
- Entfernung beider spin. oss. il. 10''.
- „ „ Trochanteren 9 $\frac{1}{4}$ ''.
- Conjug. externa 6 $\frac{3}{4}$ ''.
- Entfernung der tub. isch. 1''.
- „ „ os coccyg. u. d. symph. 2'' 8'''.
- Narbe der Bauchwunde 4'' 5'''.

Der Muttermund stand sehr hoch, geschlossen und nach hinten gerichtet. Das Kind, obwohl nicht sonderlich stark, befindet sich heute noch munter und wohl.

Von besonderem Interesse bei diesem Fall ist 1) der gänzliche Mangel aller entzündlichen Erscheinungen im Wochenbett trotz der sehr eingreifenden Operation und des Vorfalles der Gedärme, wobei es allerdings eine günstige Vorbedingung war, dass vor der Operation kein anderes verletzendes Entbindungsverfahren versucht wurde und nicht versucht werden konnte; 2) dass das Kind noch 52 Stunden nach dem Wasserabfluss lebend zur Welt befördert wurde.

Es war diess bereits der 4. Kaiserschnitt, der im med. Bezirk Langenschwalbach bei einer Bevölkerung von 11,333 Seelen im Laufe der letzten 20 Jahre verrichtet wurde.

BERNHARD & SCHULTZ