

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 9 (1911)

Heft: 11

Artikel: Ueber die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948788>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 28.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Schweizer Hebamme

Offizielles Organ des Schweiz. Hebammenvereins

Erscheint jeden Monat einmal.

Druck und Expedition:

Bühler & Werder, Buchdruckerei zum „Althof“
Waghauseg. 7, Bern,

wohin auch Abonnements- und Inserations-Aufträge zu richten sind.

Verantwortliche Redaktion für den wissenschaftlichen Teil:

Dr. med. v. Fellenberg-Lardy,

Frauenarzt,

Schwanengasse Nr. 14, Bern.

Für den allgemeinen Teil:

Frl. A. Baumgartner, Hebamme, Waghauseg. 3, Bern

Abonnements:

Jahres-Abonnements Fr. 2. 50 für die Schweiz,
Mk. 2. 50 für das Ausland.

Inserate:

Schweiz 20 Cts., Ausland 20 Pf. pro 1-sp. Petitzeile.
Größere Aufträge entsprechender Rabatt.

Ueber die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter.

Die Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter ist eine Regelwidrigkeit der Schwangerschaft, die früher als eine große Seltenheit angesehen wurde, bis es sich infolge der besseren Kenntnisse, die durch die häufiger ausgeführten Operationen gewonnen wurden, zeigte, daß das Vorkommen dieser Affektion ein geradezu häufiges ist. Die ersten Anzeichen zeigen sich meist einige (etwa 6) Wochen nach der letzten Periode zuerst und können verschiedener Art sein. Wir werden später darauf eingehen.

Es ist die Aufgabe des Eileiters, den Samen zum Eierstock hinzuleiten und das Ei nach der Schwängerung, die meist am Eierstock oder in dem Trichter des Eileiters stattfindet, in die Gebärmutter zu führen. Dazu hilft ein sogenanntes Flimmerepithel, d. h. eine Schleimhaut, deren Zellen auf ihrer, dem Lumen des Eileiters zugekehrten Oberfläche feine Proto-plasmahärchen haben, die „flimmern“, sich hin- und herbewegen in der Weise, daß ein darauf gelegtes Körnchen dadurch nach der Gebärmutter hingetrieben wird. Die Samenfäden, die sich selbständig bewegen können, überwinden diese Flimmerung leicht und das Ei, das keine Eigenbewegung hat, rutscht so in die Gebärmutter. Alle die Veränderungen nun des Eileiters, die den Samenfäden den Durchtritt durch den Eileiter verzerren, haben Unfruchtbarkeit zur Folge. Wenn aber die Samenfäden durchkönnen, und das Ei dann durch eine Veränderung der Tube festgehalten wird, so kommt es zu einer Eientwicklung, die nicht in der Gebärmutterhöhle, sondern im Eileiter vor sich geht, oder seltener schon im Eierstock.

Die Veränderungen des Eileiters, die diese Regelwidrigkeit zur Folge haben, sind nicht von einer bestimmten Art, sondern verschiedene Gründe können die Tube für das Ei unpassierbar machen. Entzündliche Vorgänge, wie sie im Gefolge der Tripperinfektion vorkommen, ferner Zurückbleiben des Eileiters auf einer frühen Entwicklungsstufe, ungenügende Ausbildung der Flimmerhaare, die das Ei nicht rasch genug vorwärts bringen, so daß es infolge seiner Entwicklung für die Passage zu groß wird; alle diese Gründe genügen in einzelnen Fällen. Es kann wohl auch vorkommen, daß das Ei eines Eierstockes seinen Weg durch den Eileiter der andern Seite sucht und durch die längere Zeit, die es dazu braucht, zu groß wird, um dann die engen Stellen der Tube zu passieren. Häufig tritt bei derselben Frau wiederholte Eileiterchwangerschaft auf und diese läßt darauf schließen, daß in diesen Fällen wohl eine ähnliche Veränderung in beiden Tuben bestanden hat. Leider erklären die Untersuchungen der herausgeschnittenen Eileiter nicht alle diese Verhältnisse, weil sie meist durch die in ihnen sich abspielende Schwangerschaft so verändert sind, daß man nichts mehr findet.

Die Eileiter Schleimhaut ist in ihrem Bau zwar von der der Gebärmutter verschieden, aber sie

stammt von denselben Anlagen her und ist deswegen geeignet, ein Ei sich einnistet zu lassen. Die Veränderungen der Schleimhaut unter dem Reiz des wachsenden Eies sind dieselben wie in der Gebärmutter, es bildet sich eine hinfallige Haut und eine Reflexa. Allerdings bleiben diese Häute dünner als in dem Uterus. Die Muskelschicht des Eileiters aber verhält sich verschieden: entweder und ausnahmsweise nimmt auch sie an Masse und Dicke zu, und dann kann die Eileiterchwangerschaft bis zur Reife des Eies dauern, oder, was das häufigere ist, die Größenzunahme der Tubenwand hört nach kurzem auf und die Wand verdünnt sich immer mehr bis zum Platzen. Mit den Veränderungen in dem Eileiter geht Hand in Hand eine Veränderung der Gebärmutter Schleimhaut und Zunahme ihrer Muskulatur wie bei einer Schwangerschaft in derselben. Diese nimmt zu bis im 4. Monat, von wo an sie, wenn nicht vorher die Schwangerschaft schon unterbrochen ist, wieder allmählich abnimmt.

Das Ei siedelt sich am häufigsten an in dem Eileitertrichter, nahe am Eierstock, ferner fast gleich oft in der Mitte und am seltensten in dem Teil des Eileiters, der die Gebärmutterwand durchbohrt. Bei den Fällen der ersten Art können die Eileiterfransen verwachsen und so einen Abschluß nach der Bauchhöhle zu herstellen, oder sie legen sich nur um die Öffnung herum. Dann kann es vorkommen, daß das Ei bei seiner Vergrößerung zum Teil aus dem Trichter herausragt und der Abschluß durch Verklebung der umgebenden Gebilde der Bauchhöhle zustande kommt. Dies ist dann eine Eileiter-Bauchhöhlenchwangerschaft. Wenn der Sitz des Eies im mittleren Teile der Tube ist, so entsteht eine spindeförmige, leicht bewegliche Geschwulst, oder aber die Entwicklung geht zwischen die Blätter des breiten Mutterbandes hinein und entlastet diese. Bei der Schwangerschaft im Gebärmutterteil des Eileiters entsteht eine Art Geschwulst an der Seite der Gebärmutter, die eine Gebärmuttergeschwulst vortäuschen kann. In den beiden letzten Fällen kommt es leicht durch Verdünnung der Wandung zu einer Zerreißung des Eibehälters. Es kann aber auch im letzten Falle das Ei sich gegen die Gebärmutterhöhle zu entwickeln und dann etwa auf dem natürlichen Wege das Ei ausgestoßen werden.

Was nun die frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft betrifft, die bei Eileiterchwangerschaft das Gewöhnliche ist, so können dabei verschiedene Arten unterschieden werden. Die wohl häufigste ist der Eileiterabort. Das Ei wird hierbei aus der Tube in die Bauchhöhle ausgestoßen, wobei es nicht ohne Blutung abgeht. Die Blutung spielt dabei sogar eine Hauptrolle. Durch die mehrentartigen Zusammenziehungen des Eileiters oder auch durch äußere Momente wie Fall, Stoß, Schlag auf den Bauch, kommt es zu einer Ablösung des Eies von der Wand erst an einer kleineren Stelle und das ergoffene Blut wischt nun das Ei ganz heraus, wie es bei einem Abort in der Gebärmutter

auch zu geschehen pflegt. Oft wird die Tube nur stark durch das Blut aufgetrieben und das losgelöste Ei liegt in dem Blutklumpen, des sie ausfüllt, drin; oder das Ei wird wirklich bis in die Bauchhöhle getrieben, besonders wenn es weit außen eingebettet war. Wenn das Ei nicht ausgetrieben wird, so dauern die fruchtlosen Zusammenziehungen noch eine Zeit fort und es bildet sich eine sog. Tubenmole, oder die Tube kann an einer Stelle platzen. Das bei dem Tubenaborte in die Bauchhöhle ergoffene Blut bildet entweder um die Tube herum eine Art Geschwulst, deren Zentrum aus der Tubenmole und deren Peripherie aus teerigem altem Blute besteht, oder die Blutung ist stärker und das Blut füllt den Douglas'schen Raum aus und wird nach oben gegen die Bauchhöhle zu durch Fibringerinnung abgeschlossen. Durch diese Blutgeschwulst wird die Gebärmutter nach vorne und oben verdrängt und es kann sich der Blutsack bis weit hinauf in die Bauchhöhle erstrecken. Immerhin ist bei dieser Form der akute Blutverlust nicht ein so großer; die Blutung tritt unter verschiedenen Malen allmählich ein und selten kommt es zu einer Ohnmacht.

Anderes verhält es sich, wenn die schwangere Tube platzt. Dies ist der häufigste Ausgang der Eileiterchwangerschaft. Das Ei entwickelt sich in dem Eileiter in diesen Fällen nicht in der Mitte, sondern mehr nach einer Wand zu und diese Stelle wird immer mehr verdünnt, weil dort die Zotten des beginnenden Fruchtkegels oft bis in die Muskelschicht hineindringen. Meist infolge irgend einer Einwirkung, z. B. beim Pressen beim Stuhlgang, tritt die Zerreißung dann ein, oft auch infolge eines plötzlichen Blutergusses in das Ei, wie wir es oben gesehen haben. Die Zerreißung tritt meist im Laufe des 2. oder 3. Schwangerschaftsmonates ein; sehr oft in der 6. Woche. Gewöhnlich blutet es nun sehr stark in die Bauchhöhle, da der Riß an der Stelle, wo sich der Fruchtkuchen bildet und die Blutgefäße so schon sehr stark ausgebildet sind, auftritt. Unter Umständen kann sich eine Frau innerhalb weniger Minuten in ihre Bauchhöhle hinein verbluten. Oder in anderen Fällen wiederholt sich die Blutung, die das erstemal zum stehen kam, mehrmals, und so kann eine hochgradige Blutarmut bei der Frau die Folge sein. Seltener kommt es auch hier, wenn die Blutung nur langsam und allmählich auftritt, zu einer Geschwulstbildung im Douglas'schen Raume, wie wir es oben bei dem Tubenaborte gesehen haben.

In ganz seltenen Fällen kann die Zerreißung so allmählich auftreten und der Riß sich so langsam erweitern, daß keine Blutung die Folge ist und die Frucht in die Bauchhöhle schlüpft und dort weiter lebt, statt wie bei den anderen Fällen zugrunde zu gehen. Dann entsteht eine sog. sekundäre Bauchhöhlenchwangerschaft. So kann eine Frucht bis zur Reife ausgetragen werden. Der Tod erfolgt dann erst nach erlangter Reife und eine solche Frucht wird in der Bauchhöhle abgekapselt und entweder als

Fremdkörper vereitert ausgestoßen durch eine Geschwürsbildung in der Bauchwand oder durch den Darm, oder es tritt Verkalkung ein und es entsteht ein sogenanntes Steinkind.

Voran erkennt man nun die Eileiterschwangerschaft?

Der erste Anhang läßt sich von dem einer gewöhnlichen Schwangerschaft nicht unterscheiden. Die Periode bleibt aus und Erbrechen und Uebelkeiten stellen sich ein. Auch die Brüste schwellen an, die Scheide wird aufgelockert und bläulich verfärbt und die Gebärmutter wird größer und weich. Nicht selten ist aber ein Kennzeichen vorhanden, das auf die bestehende Regelwidrigkeit hinweisen kann: Eileiterswehen. Von Zeit zu Zeit in größeren oder kleinen Zwischenräumen treten krampfartige, wehenähnliche Schmerzen im Unterleibe auf, die aber nicht im Kreuz und in der Mitte des Bauches, sondern in einer Seite, dort wo sich die Eileiterschwangerschaft findet, gefühlt werden. Meist geben die Frauen darauf nicht gerade Acht; aber selbst wenn ein Arzt darauf untersucht, so ist es doch in den ersten Monaten oft schwer, mit Sicherheit den Fruchtsack in der Tube zu finden. Meist wird die Sachlage erst erkannt, wenn die Schwangerschaft schon zu einer Zerreißung der Tube oder zu einem Tubenaborte geführt hat.

Der Eileiteraborte zeigt sich an durch verstärkte Wehen, auch spontane Schmerzen, in der betreffenden Bauchgegend und Druckempfindlichkeit der Tube bei der Untersuchung. Dazu kommt als ein wichtiges Zeichen der Abgang aus der Gebärmutter von einem oder mehreren Fetzen von grauroter Farbe und einem sammetartigen Aussehen. Dies ist die zur hinfalligen Haut umgewandelte Schleimhaut der Gebärmutter, die abgeht, weil die Schwangerschaft unterbrochen ist. Diese Haut darf nicht, wie es oft geschieht, mit Teilen einer Fehlgeburt verwechselt werden. Bei der Untersuchung findet man nun entweder, wenn der Bluterguß aus dem Tubenrichter nicht sehr stark gewesen ist, rechts oder links von der deutlich vergrößerten Gebärmutter eine eher weiche druckempfindliche Geschwulst, die mit der Gebärmutter zusammenhängt. Oder die Blutung ist eine stärkere gewesen und dann ist das hintere Scheidengewölbe oft sehr weit heruntergedrängt durch den Bluterguß, der den Douglas'schen Raum ausfüllt. Die Gebärmutter kann dadurch ganz nach vorne und oben gedrängt werden, so daß man den Muttermund nur schwer erreichen kann. Dieser Zustand kann verwechselt werden mit einer Rückwärtsbeugung der schwangeren Gebärmutter. Man entgeht dieser Verwechslung, indem man die Gebärmutter vorne an der Geschwulst durch die Untersuchung nachweist.

Dieser Bluterguß im Douglas kann sich von selber resorbieren, aber es kann auch infolge der Nähe des Mastdarms zu einer Infektion und Vereiterung des Blutes kommen.

Man kann die Geschwulst, die das Blut bildet, auch mit einer Gebärmutter- oder Eileiterschwulst verwechseln.

Die Zerreißung oder das Platzen des schwangeren Eileiters macht in erster Linie die Erscheinungen eines plötzlichen Blutverlustes. Oft ohne Vorzeichen, bei bestem Wohlbefinden, wird es der Frau auf einmal schwarz vor Augen und sie sinkt ohnmächtig nieder. Es kommt vor, daß solche Blutung ohne weiteres zum Tode führt, wenn größere Blutgefäße eröffnet werden. Das Gewöhnlichere ist, daß die Blutung bei einem kleinen Riß erst nur schwach ist und sich im Laufe einiger Tage mehrmals wiederholt, was an wiederholten Ohnmächten erkannt wird. Da kann denn eine sehr hochgradige Blutarmut entstehen. Oder die geringe Blutung führt zu einer Abkapselung des Blutergusses durch Verklebung der Därme und nun kann die Sache wie eine Eileiterschwulst sich anfüllen. Es kommt auch vielfach vor, daß die innere Blutung

zwar stark ist und die Frau dem Tode nahe bringt, daß aber durch den Blutverlust der Blutdruck so sinkt, daß die Blutung von selber steht und ein Gerinnsel die Öffnung provisorisch schließt.

Aus dem Gesagten wird man in vielen Fällen, wenn man daran denkt, die Eileiterschwangerschaft erkennen können. Was muß nun bei einer solchen Patientin geschehen? In allen Fällen, wo die Hebamme bei einer Frau den leichten Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft hat, muß sofort ein Arzt beigezogen werden. Dieser wird dann auf Grund einer genauen Untersuchung feststellen, ob eine solche Schwangerschaft vorhanden ist, und ob eine sofortige Operation nötig ist. Wenn eine fort-dauernde Blutung in die freie Bauchhöhle da ist, so muß sofort operiert werden, denn nur durch Entfernung des schwangeren Eileiters kann die Frau vor Verblutung gerettet werden. Auch wenn die Blutung, wie oben erwähnt, durch Sinken des Blutdruckes momentan steht, so ist doch die Operation nötig, da ein geringer Anlaß genügt, um eine neue Blutung hervorzurufen. Bei Bildung eines geschwulstähnlichen abgekapselten Blutergusses hinter der Gebärmutter kommt es vor allem darauf an, ob in einer bestimmten Frist sich der Erguß vergrößert, also eine neue Blutung in den Sack stattfindet. In diesen Fällen ist es besser zu operieren. Ist dies nicht der Fall, so kann die Größe des Ergusses und der Umstand, daß die Gebärmutter ganz nach vorne gedrängt ist und oft sogar die Urinentleerung wegen der Kompression des Blasenhalbes erschwert wird, die Operation nötig machen. Endlich kann, wie schon erwähnt, der Bluterguß vereitern, und dann muß er von der Scheide aus eröffnet und der Eiter abgelassen werden. In anderen Fällen, wenn ein solcher Bluterguß nicht vereitert, sich nicht vergrößert und nicht die Nachbarschaft komprimiert, so kann man die spontane Aufsaugung des Blutes abwarten und diese mit verschiedenen Maßnahmen unterstützen. Doch geht es oft sehr lang, bis der letzte Rest verschwunden ist.

In den Fällen, wo sich die Eileiterschwangerschaft bis in die späteren Schwangerschaftsmonate weiter entwickelt, wo es also weder zu einem Tubenaborte, noch zu einer Zerreißung der schwangeren Tube kommt, werden alle möglichen Beschwerden auftreten. Schmerzen, oft unerträglich stark, Störungen der Darmfunktionen, der Blase, des Magens treten auf. Wenn das Ende der Schwangerschaft erreicht wird, so treten Wehen auf und die hinfallige Haut wird ausgestoßen. Das Kind stirbt meist ab. Wenn nun nicht die Frucht durch eine Eröffnung der Bauchhöhle entfernt wird, so klappt sie sich entweder ab, die Geschwulst schrumpft, Kalksalze lagern sich ins Ei ab und das so entstandene „Steinkind“ kann jahrelang ohne besondere Beschwerden im Körper der Mutter verbleiben.

Vereitert aber das abgestorbene Ei, so entsteht ein Abszess unter Fieber und Schmerzen und bricht schließlich irgendwohin durch, sei es durch die äußere Haut, sei es durch den Darm, die Blase, die Scheide. Doch geht es dann Monate, bis die vollständige Ausstoßung der kindlichen Teile vollendet ist, und oft gehen die Frauen an der langdauernden Eiterung durch Erschöpfung zugrunde. Aus diesen Gründen muß auch bei vorgeschrittener Eileiterschwangerschaft die operative Entfernung der Frucht und des Eies in ihr Recht treten.

Einige Beispiele mögen den Verlauf der Eileiterschwangerschaft erläutern: Eine Frau, die schon ein Kind gehabt hatte, kommt in die Sprechstunde und will wissen, ob sie schwanger sei. Die Gebärmutter ist leicht erweicht, an Eileitern und Eierstöcken ist nichts nachzuweisen. Die Frau verweist und bekommt nun anderswo sehr heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchseite. Die Schmerzen treten anfallsweise auf und krampfartig. Trotz Behandlung wird

der Zustand nicht besser. Als nach circa 14 Tagen die Frau wieder in Bern ist, gefellen sich noch Blutungen aus der Gebärmutter dazu. Wie ich gerufen werde, finde ich in der rechten Hälfte des Beckens eine runde Geschwulst, die sehr druckempfindlich ist und die bei der ersten Untersuchung nicht da war. Die Diagnose lag auf der Hand: Eileiterschwangerschaft mit Platzen der Tube und Bluterguß, der vorläufig noch von geringer Stärke war. Die sofort vorgenommene Operation bestätigte die Diagnose und der Blutklumpen mit der schwangeren und an einer Stelle geplatzen Tube konnte in einem Stücke entfernt werden. Nach 8 Tagen reiste die Frau wieder weiter.

Eine andere Frau wird im besten Wohlbefinden plötzlich ohnmächtig. Die Periode sollte vor 14 Tagen kommen, ist aber nicht eingetreten. Nachdem sie aus der Ohnmacht erwacht ist, klagt sie über Schmerzen rechts im Bauche. Da der Puls etwas schlecht ist und die Frau wiederholt ohnmächtig wird, so wird sofort operiert und in der Bauchhöhle findet sich flüssiges Blut in ziemlicher Menge und in der schwangeren rechten Tube ein kleiner Riß, aus dem noch Blut kommt. Der Eileiter wird abgetragen und die Frau erholt sich rasch. In einem dritten Falle sind unter Schmerzen und gelegentlichem Schwarzwerden vor den Augen Blasenbeschwerden aufgetreten. Bei der Untersuchung fühlt man den Scheidenteil ganz oben vorne hinter der Schamfuge und das ganze Becken ist ausgefüllt von einer Geschwulst, die das hintere Scheidengewölbe tiefer drängt und druckempfindlich ist und sich etwas elastisch anfühlt. Dabei besteht Temperaturerhöhung und rascher Puls. Es wird nun das hintere Scheidengewölbe eingeschnitten und man gelangt in eine Höhle, die von dickem schwärzlichem, schon etwas übelriechendem Blute erfüllt ist. Dieses wird abgelassen und ein in die Höhle hereinragender Zapfen — die Tubenmole, die schon halb aus dem Eileiter ausgestoßen ist — entfernt. Die Höhle wird nun längere Zeit drainiert, indem ihre Absonderung (Blut und Eiter) durch ein Gummirohr nach außen abgeleitet wird und die Heilung tritt innerhalb etwa zwei Wochen ein.

Wir könnten leicht die Zahl der Beispiele noch vermehren, doch dürften die angeführten genügen, das oben Gesagte zu illustrieren.

Aus der Praxis.

Wenn ich folgenden Fall aus meiner Praxis beschreibe, so liegt der Hauptgrund darin, darzutun, wie noch vor 20 Jahren eine Hebamme oft Mühe hatte, die Angehörigen und die Gebärende selbst zur Ueberzeugung zu bringen, daß ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden müsse. Am 28. Mai 1887 wurde ich zu einer 48jährigen, zweitgebärenden Frau gerufen; dieselbe war eine kleine schwächliche Person, mit verengtem Becken. Schon die erste Geburt wurde 6 Jahre vorher mit der Zange beendet. Abends 6 Uhr floß das Fruchtwasser ab, der Kopf war über dem Beckeneingang. Wehen waren nur schwach, trotz heißen Spülungen und Wädern. Am 30. morgens war endlich der Muttermund verstrichen, der Kopf wenig ins Becken eingetreten. Als ich den Arzt verlangte, wurde mir der größte Widerstand geleistet, vom Ehepaar selbst, wie von den herbeigeeilten Nachbarinnen; es hieß, ja, so haben es die jungen Hebammen, die wollen immer gleich den Arzt, das sei nur für Kosten zu verursachen, das ging schon vorbei, wenn ich gestattete, daß man der Frau diesen und jenen Trank eingeben würde. Die Frau hatte jetzt starke Druckwehen bekommen und da die Herztöne des Kindes gut waren, hatte ich Geduld bis mittags; nun verlangte ich energisch, daß jemand mit meinem Bericht zum Arzt geschickt wurde, der zwei Stunden entfernt