- Merttens. Beiträge zur normal. u. pathol. Anat. der menschlichen Placenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1894.
 Kossmann. Zur Histologie der Extrauterinschwangerschaft nebst Bemerkungen über ein sehr junges mit der uterinen Decidua gelöstes Ei. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1893.

Erklärung der Abbildungen:

- Figur 1. Präparat eines 2 monatlichen Abortes. *a* Zotten des Chorion. *b* Syncytium u. Plasmodium. *c* Langhans'sche Zellschicht. *d* Decidua foetalis. *e* Decidua uterina. *f* Gruppe von Zellen der Decidua foetalis.
 Figur 2. Präparat eines 3 wöchentlichen Abortes. *a* Syncytium oder Plasmodium. *b* Langhans'sche Zellschicht. *c* Langhans'scher Zellknoten.
 Figur 3. Präparat eines 3 wöchentlichen Abortes. *a* Plasmodium oder Syncytium. *b* Langhans'sche Zellschicht. *c* Langhans'scher Zellknoten.
 Figur 4. Subplacenta mit der Placenta. *a* Teil der Placenta mit ihren Zotten. *b* Subplacenta. *c* Ort der Verschmelzung der Placenta mit der Subplacenta. *d* Decidua foetalis. *e* Decidua uterina. *f* mütterliche Kapillaren.
 Figur 5. *a* Höhlen, die sich durch Zerfall der Decidua foetalis oder der ektodermalen Wucherungen bilden. *b* Decidua uterina. *c* mütterliche Kapillaren.
 Figur 6. Präparat der Subplacenta am 22. Schwangerschaftstage des Kaninchens. *a* Bluthöhlen (Cavernen). *b* Mütterliche Kapillaren. *c* Reste der Decidua uterina. *d* Atrophierende Decidua uterina.
 Figur 7. Riesenzelle, welche die Gefäßwand durchbrochen hat. (Decidua serotina).
 Figur 8. Riesenzelle, innerhalb eines Gefäßes liegend.
 Figur 9. Riesenzellen, die ein Gefäß umgeben; eine derselben hat das Aussehen eines Gefäßauswuchses.
 Figur 10. Teil eines intervillösen Zellnestes.
 Figur 11. Aus der Gegend, wo die Verbindung der Zotten mit der Serotina zustande kommt. (2½ monatl. Schwangerschaft).
 Figur 12. Dieselbe Gegend zur Zeit der normalen Geburt.

V. Beitrag zur Lehre von der Schwangerschaft bei abnorm fixiertem Uterus.

Von

Dr. R. TEUFFEL

in Chemnitz.

(Mit 1 Abbildung.)

Am 11. Juni 1895 habe ich im hiesigen Stadtkrankenhaus mit Herrn Oberarzt Dr. Reuter eine Sectio caesarea an einer Frau vorgenommen, bei der wir diese Operation schon im April 1894 ausgeführt hatten. 9 Jahre vorher war an dieser Frau von Sänger-Leipzig der Kaiserschnitt mit relativer Indication zum ersten Mal gemacht worden.

Bei dieser 3. Sectio caesarea an derselben Frau habe ich nun gewisse Eigentümlichkeiten zu beobachten gehabt, die mir besonders durch die in der letzten Zeit veröffentlichten Fälle von abnormen Schwangerschaften und Geburten nach vaginaler Fixation des Uterus wieder in Erinnerung gebracht wurden.

Dieser (3.) Kaiserschnitt wurde anfangs VII. Monats der Schwangerschaft ausgeführt, weil sich schon frühzeitig eine sehr starke Verdünnung sowohl der oberflächlich sogar ulcerierten Haut in der früheren Nahtlinie, als auch der Uteruswand ausbildete, so dass man die Frucht bedenklich nahe unter den Fingern spürte und die Annahme einer starken Ausdehnung der Uterusnahtlinie mit drohender Ruptur gerechtfertigt schien. Da ausserdem der (2.) Kaiserschnitt des vorherigen Jahres nicht reaktionslos verlaufen war, so musste man annehmen, dass ausgedehnte vordere Verwachsungen des Uterus mit der Bauchwand vorhanden sein dürften. Somit erschien es gerechtfertigt, der Sache nicht einfach ihren Verlauf zu lassen; die Einleitung der Entbindung auf dem normalen Weg schien mir aber mindestens ebenso gefährlich wie eine neue Sectio caesarea und zwar wesentlich deshalb, weil die Frau bezüglich ihrer normalen Geburtswege als alte Erstgebärende aufzufassen war. Ausserdem war unter den obwaltenden Umständen bei einer etwaigen atonischen Blutung eine sehr prekäre Situation im Voraus anzunehmen.

Ueberraschend war nun bei Eröffnung des Abdomens, dass zunächst keine Verwachsung zu bemerken war; dagegen fanden sich der Schnittlinie gegenüber grosse Venenplexus, die von links her bis zur Mitte des Uterus heraufzogen. Das Vorwölben des Uterus gelang nicht wegen einer sehr breiten, kurzen und festen parietalen Adhäsion des Uterus nach rechts, der Richtung des r. Lig. lat. entsprechend; es zeigte sich, dass die Schnittwunde des 2. Kaiserschnittes zu einer ausgedehnten narbigen Verwachsung Veranlassung gegeben hatte, in der die Gebilde der rechten Adnexa vollständig aufgegangen schienen. Um den Uterus frei zu be-

kommen, musste er wie ein im kleinen Becken sitzendes subseröses Myom auspräpariert werden. Es wurde dann die Amputatio uteri nach Porro angeschlossen. Heilung. Das Kind lebte einige Stunden.

Schon beim 2. Kaiserschnitt (April 1894) liess sich eine auffällige Drehung des Uterus um seine Längsachse nach rechts beobachten, veranlasst durch eine kurze, parietale Adhäsion von über Daumendicke im oberen Winkel des 1. Kaiserschnitts (Sänger). Trotzdem der Uterus um mindestens 30^0 nach rechts gedreht war, hatte die Schwangerschaft ungehindert sich bis zum normalen Ende entwickelt. Die Uteruswunde wurde bei diesem 2. Kaiserschnitt mehrere Finger breit nach links von der 1. Schnittlinie angelegt, was um so notwendiger war, als sich noch eine Menge Silberdrahtreste von der 1. Sectio caesarea her in der Uterussubstanz voranden. Dadurch nun, dass nach dem 2. Kaiserschnitt auch wieder die Operationswunde am Uterus grosse Neigung hatte, nach rechts Synechien einzugehen, ist schliesslich der Uterus, so wie er sich bei der 3. Sectio caesarea darstellte, um mehr als einen rechten Winkel gedreht gewesen, denn die alte Sänger'sche Nahtlinie lag nach hinten und rechts (vergl. die Abbildung). Dementsprechend war das Lig. lat. der linken Seite in die Mittellinie des Bauchs nach vorn gerückt und die nach vorn gerichtete Partie der Uteruswand so bedeutend verdünnt, dass dadurch vor der Operation der Eindruck hervorgerufen werden konnte, als handle es sich um eine Narbendehnung in der alten Uteruswunde. Wie eben dargelegt, war aber gerade die mit der Bauchwand zu einer starken Adhäsion verwachsene Wunde (vom 2. Kaiserschnitt her) der resistenteste Teil der Uteruswand.

Ogleich daher im vorliegenden Fall der Eingriff auf die unrichtige Voraussetzung einer Narbendehnung am Uterus basiert war, ist er doch angesichts des anatomischen Befundes vollständig gerechtfertigt gewesen. Denn, wie schon erwähnt, konnte durch die naheliegende Uterusruptur resp. Atonie, sowie durch schwere Hindernisse wegen Rigidität des Muttermundes bei dem Versuch, die Entbindung per vias naturales zu beendigen, der Frau in der That eine Reihe schwerer Gefahren erwachsen.