

V. Aus der gynäkologischen Abtheilung des Gastell'schen Hospizes in Mombach-Mainz.

(Dirigirender Arzt: Dr. Kupferberg.)

Ueber Geburtshindernisse.

Kasuistische Mittheilung von Dr. Ernst Puppel, Assistenzarzt.

Wenn ich im folgenden über einige Fälle von Geburtshindernissen berichte, so geschieht es nicht deshalb, um die überaus reiche Kasuistik noch zu vermehren, sondern, weil ich glaube, dass gerade die Zusammenstellung derselben und die Verschiedenheit der dabei eingeschlagenen Behandlungsmethoden von einigem Interesse sein dürften. Ausserdem bieten einzelne unserer Beobachtungen gewisse Eigenthümlichkeiten dar, die man, soweit mir bekannt, ziemlich selten zu Gesicht bekommt.

Die Eintheilung der Geburtshindernisse in solche von Seiten der Frucht und solche von Seiten der Mutter ist bekannt. Unsere Fälle beschäftigen sich nur mit der letzteren. Die von Seiten der Mutter ausgehenden Geburtshindernisse theilt man bekanntlich ein in solche, die 1. vom knöchernen Becken selbst, 2. von den in ihm gelegenen Organen ausgehen.

¹⁾ Wegen Platzmangel mußten die Tabellen, die über Puls, Atmung, Ätherverbrauch etc. Aufschluß gaben, leider im Druck wegfallen. Vom Verfasser werden sie Interessenten gern zur Verfügung gestellt.

Besprechen wir an der Hand dieser Eintheilung unsere Fälle, so haben wir zu berichten über: vier Beckenabnormitäten, nämlich ein osteomalacisches und drei rachitische Becken, und fünf Beckeninhaltsabnormitäten, nämlich einen Fall von Portiocarcinom, zwei Fälle von Myomen und zwei Fälle von Ovarialtumoren.

Das rachitisch platte Becken giebt ja prozentual seltener ein Geburtshinderniss ab, wie z. B. ein allgemein verengtes Becken mit gleich kurzer Conjugata vera, und deshalb ist es bei ersteren werthvoll, wenn man es mit Pluriparen zu thun hat, da der Verlauf der vorangehenden Geburten und die daraus zu ziehenden Schlüsse ungemein werthvolle Anhaltspunkte geben. Handelt es sich aber um eine I-para mit relativer Indikation zur Sectio caesarea (Conjugata vera 6,0—7,8 cm), so ist es oft recht schwierig, den richtigen Weg zur operativen Entbindung einzuschlagen. Soll man trotz der Enge doch einen hohen Forceps versuchen, soll man prophylaktisch wenden oder soll man sich mit derartigen Versuchen garnicht erst aufhalten und sich die guten Chancen für Mutter und Kind verschlechtern? Soll man zur Sectio caesarea schreiten und wann? Oder soll man die Symphysiotomie versuchen?

Bei unseren drei rachitischen Becken handelt es sich einmal um eine I-para, zweimal um Mehrgebärende.

Fr. W., 25 Jahre, III-para. Patientin hat als Kind englische Krankheit gehabt und erst mit vier Jahren laufen gelernt. Bei den beiden vorangegangenen Entbindungen handelte es sich zum ersten Male um eine spontane Frühgeburt einer mazerirten Frucht des siebenten Monats, das zweite Mal wurde Perforation und Kranioklasie gemacht. Patientin erwartet ihre Niederkunft in circa 14 Tagen, sie wünscht sich sehnlichst ein lebendes Kind.

Status. 9. Mai 1897. Patientin ist gravida im zehnten Monate. Das Becken zeigt die für Rachitis typischen Veränderungen.

D. Spin. 25, D. Crist. 25, Troch. 30, C. ext. 16, C. diag. 8 $\frac{1}{4}$, C. vera 6,5.

Da es sich demnach um eine an der Grenze des absoluten und relativen stehende Indikation zum Kaiserschnitt handelte, so wurde in Uebereinstimmung mit dem Hausarzte die Sectio caesarea angerathen.

Da Patientin bereits seit drei Stunden kreisst, wird sie sofort zur Klinik transportirt. Die Fruchtblase war auf dem Transport gesprungen. Bei der inneren Untersuchung fühlt man in dem thalergrossen Muttermunde eine langsam pulsirende Nabelschnurschlinge, 90—100 Schläge in der Minute. Da demnach höchste Eile zur Rettung des kindlichen Lebens geboten erscheint, wird sofort zur Sectio caesarea geschritten, leider ohne vorher noch den Magen auszuspülen; denn man hatte erst nachträglich erfahren, dass Patientin kurz vorher noch eine reichliche Mahlzeit genommen hatte.

In Chloroformnarkose, die sehr schlecht und durch häufiges Erbrechen der genossenen Speisen complizirt ist, Laparotomie. Hervorwälzen des Uterus, vorderer Längsschnitt, Exstruktion des asphyktischen Kindes, Abnabelung und Wiederbelebung des Kindes, das bald laut schreit.

Darauf Schlauchumschnürung der Cervix uteri und Abtragung des Uterus oberhalb derselben mit extraperitonealer Stielbehandlung wegen der hierdurch ermöglichten Abkürzung der Operationsdauer, was bei der schlechten Narkose sehr wünschenswerth schien. Das Kind war ein fünf Pfund schweres Mädchen. Schon zwei Tage nach der Operation trat bei der Patientin eine starke Bronchitis auf, die sich allmählich zu einer schweren Bronchopneumonie ausbildete (hervorgerufen durch Speiseaspiration während des Erbrechens in der Narkose), welcher die Patientin am 18. Tage erlag. Die Wunde war per primam geheilt, der Stumpf bereits am 13. Tage abgestossen. Bei der Sektion fand sich das Peritoneum überall spiegelnd glatt und glänzend.

Günstiger gestalteten sich die Verhältnisse in unserem folgenden Falle, bei dem es sich um eine 25jährige Erstgebärende handelte.

Frau Fl., 25 Jahre, I para. Patientin hat erst mit drei Jahren laufen gelernt, ist sonst aber nie krank gewesen. Letzte Menstruation im Februar 1897. Die Hebamme schickt, weil die Geburt keinen Fortschritt macht.

Status: 10. November 1897. Kleine, schlecht genährte Frau mit typischem Caput quadratum. An beiden Oberschenkeln starke rachitische Verkrümmungen. Seit acht Stunden starke Eröffnungswehen.

Die gynäkologische Untersuchung ergibt: Graviditas mens. X., Kind in II. Sch. L. Kopf beweglich über dem Beckeneingang, Blase steht, Muttermund einmarkstückgross.

D. Sp. 27, D. Crist. 28, Troch. 28, C. ext. 17, C. diag. 8 $\frac{1}{2}$, C. vera 6 $\frac{3}{4}$.

Diagnose: Pelvis planum rhachiticum.

Therapie: Da das Kind sehr gross erscheint und sich der kindliche Schädel absolut nicht ins Becken hereindrücken lässt, auch nicht in Walcher'scher Hängelage, so wird die Sectio caesarea vorgeschlagen aus relativer Indikation.

Sofort Transport zur Klinik. Dort in Chloroformnarkose Laparotomie. Eröffnung des Uterus mittels vorderen Längsschnittes und Entwicklung eines lebenden, sofort schreienden Kindes. Naht des Uterus in zwei Etagen.

Hierauf wird behufs dauernder Sterilisierung die doppelseitige Tubenresektion (nach Kehler) vorgenommen. Dann Schluss der Bauchdecken in zwei Etagen.

Patientin wird nach drei Wochen geheilt entlassen mit lebendem Kinde, das sie selbst stillt.

In diesem Falle war die Sectio caesarea in dem günstigsten Zeitpunkt des Geburtsverlaufs gemacht worden, das heisst bei guter Wehentätigkeit, eröffnetem Muttermund und stehender Blase.

Wenn in der Litteratur auch über günstig verlaufene Fälle von konservativem Kaiserschnitt vor Beginn der Geburt berichtet wird, so wird man doch im allgemeinen der altbewährten Methode folgen, und wenn nicht dringende Gründe ein früheres Eingreifen notwendig machen, Werth darauf legen, dass atonische Nachblutungen und Lochialstauung vermieden werden, das heisst also intra partum operieren, aber auch nicht zu spät, wenn bereits Fieber eingetreten ist oder die kindlichen Herztöne schlecht werden!

Auch die übrigen Vorbedingungen für den günstigen Erfolg einer Sectio caesarea conservativa, Erhaltensein der Fruchtblase und Fehlen jeglicher Infektionserscheinungen sowie gute kindliche Herztöne, waren hier vorhanden.

Anders gestaltete sich unser dritter Fall.

Frau Th., 38 Jahre, V para. Patientin hat vier schwere Entbindungen durchgemacht; ein Kind lebt, die drei anderen sind intra partum abgestorben. Sämtliche Geburten mussten operativ beendet werden. Da Patientin sich jetzt im neunten Monat der Gravidität befindet und wieder eine schwere Entbindung fürchtet, holt sie ärztlichen Rath ein.

Status: 28. September 1901. Mittelgrosse Frau mit mässigem Fettpolster, an den Rippen noch Andeutung von rhachitischem Rosenkranz; untere Extremitäten nicht besonders verkrümmt.

Graviditas mens. IX. Kind in II. Sch. L., kräftig entwickelt.

Platt rhachitisches Becken. Conj. vera 8,5 cm.

Therapie: Partus praematurus artificialis (in der Wohnung der Patientin). Bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt (in der 34. Woche) durch Einführung eines Bougies (nach Krause) an vier auf einanderfolgenden Tagen traten die zwei letzten Male heftige Blutungen auf, auch stellten sich, trotzdem das Bougie jedesmal 24 Stunden liegen blieb, keine Wehen ein. Es wurde daher zur Sectio caesarea gerathen, und zwar am Ende der Gravidität. Nach circa 10 Tagen aber erfolgte der Blasensprung unter so starker Blutung, dass sofortige Tamponade nöthig wurde. Der vorher mit Wahrscheinlichkeit angenommene tiefe Sitz der Plazenta wurde jetzt zur Gewissheit. (Placenta praevia lateralis). Da es stets nach einigen Stunden durch die Tamponade durchblutete, die Temperatur auf 38,5° stieg, ohne dass Wehen eintraten, wurde Patientin zur Klinik transferirt, woselbst alsbald in Narkose die Sectio caesarea vorgenommen wurde. Schon vor der Operation waren kindliche Herztöne nicht mehr sicher festzustellen. Der Cervix war für einen Finger durchgängig, dahinter fühlte man links deutlich Plazentargewebe, aber keinen vorliegenden Kindestheil.

Kaiserschnitt mit querm Fundalschnitt nach Fritsch wegen der erwähnten Placenta praevia. Extraktion des in Querlage befindlichen Kindes, das, ganz weiss, tief asphyktisch, nicht wieder belebt werden kann. Hierauf Ausschälung der tief sitzenden, mit ihrem Rand den inneren Muttermund halb überragenden Plazenta und Porro mit extraperitonealer Stielversorgung.

Letzterer wurde hier deshalb gewählt, weil die Frau durch die vorangegangenen Blutverluste derartig anämisch war, dass eine Abkürzung der Operation dringend geboten erschien, andererseits vorher soviel an den Geburtswegen hatte manipulirt werden müssen, dass eine Infektion des Endometriums im Gange war. Nach glattem Verlaufe sechs Wochen post operationem geheilt entlassen.

Um nun noch einige Worte über die Indikation zu sagen, so war, nach dem Misslingen der künstlichen Frühgeburt, am Ende der Gravidität die Sectio caesarea an sich durch die vorhergegangenen schweren Entbindungen mit todtten Kindern bei dem sehnlichen Wunsche der Frau nach einem lebenden Kinde indiziert. Dass man nicht, wie bei den anderen erwähnten Fällen, bis zum Wehenbeginn damit wartete, hatte seinen Grund in dem plötzlich aufgetretenen Blutverluste bei geschlossenem Muttermunde.

Es dürfte schwer zu entscheiden sein, ob man in ähnlichen Fällen lieber das hier jedenfalls sehr schwierige Accouchement forcé machen oder den weniger blutigen Porro vorziehen soll.

Das osteomalacische Becken pflegt erst Geburtsschwierigkeiten zu machen, wenn sich die Kartenherzform auszubilden beginnt, die in hochgradigen Fällen so stark ausgesprochen sein kann, dass die beiden queren Schambeinäste sich fast zu berühren scheinen.

Einen Fall von osteomalacischem Becken mit relativer Indikation zur Sectio caesarea sehen wir bei der jetzt zu besprechenden Patientin.

Fr. Tr., 37 Jahre, VI-Para. Patientin kam zuerst im November 1901 in Behandlung mit der Angabe, dass sie seit neun Jahren an Gelenkrheumatismus leide. Unter den fünf vorhergegangenen Entbindungen waren die drei letzten sehr schwer, angeblich Fusslagen. Die Kinder seien bei der Extraktion abgestorben. Bei jeder neuen Gravidität hatte sich der „Gelenkrheumatismus“ bedeutend verschlimmert,

um sich dann nach dem Wochenbett immer wieder zu bessern. Patientin kommt in unsere Behandlung, da die bisher regelmässigen, vierwöchentlichen, aber schwachen Menses seit sechs Wochen sistiren und Patientin daher eine neue Gravidität fürchtet, mit Verschlimmerung der oben genannten rheumatischen Beschwerden.

Status: 15. November 1901. Sehr kleine, anämische Frau mit typischem, watschelndem Gang. Patientin kann sich ohne Unterstützung der Hände kaum fortbewegen; auffallende Muskelschwäche der Beine, besonders der Adduktoren und Oberschenkel-flexoren. Compression der Rippen und der Beckenknochen äusserst schmerzhaft. Der Appetit ist schlecht; es besteht mässige Stuhlverstopfung. Die gynäkologische Untersuchung ist ausserordentlich schmerzhaft. Das Becken zeigt eine Andeutung der typischen Kartenherzform, Conj. diag. 10 cm, der Beckenausgang ist dagegen bedeutend verengert. Der Uterus ist leicht vergrössert und weich, Hegar'sches Zeichen positiv. Adnexe frei.

Diagnose: Osteomalacie. Graviditas mens. II.?

Therapie: Zunächst Phosphorleberthran. Von dem arteficiellen Abort musste abgesehen werden, da die Frau sich sehnlichst ein lebendes Kind wünschte. Es wurde ihr deshalb der Rath zur Sectio caesarea nach Porro am Ende der Gravidität ertheilt, womit sich die Patientin einverstanden erklärte.

Die sieben Monate lang angewandte Phosphorbehandlung, combinirt mit regelmässigen warmen Salzbadern, blieb ohne jeden sichtbaren Erfolg.

Am 23. Juni 1902. Aufnahme in die Klinik, am 25. Juni, acht Tage vor dem ausgerechneten Endtermin, Sectio caesarea in Chloroform-narkose. Kind lebend in I. dorso-anteriorer Querlage. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Uterus hervorgewölzt und mittelst queren Fundalschnittes eröffnet. Sprengung der Eiblaste; Extraktion des Kindes, das sofort schreit, Abnabelung. Lösung der Plazenta. Die Cervix uteri wird mit einem Schlauch umschnürt und nun die supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der Adnexe vorgenommen. Extraperitoneale Stielbehandlung, da der sehr schlechten Narkose wegen die Operation abgekürzt werden musste. Mutter und Kind nach sechs Wochen geheilt entlassen.

Die Sectio caesarea war hier nahezu absolut indiziert, da der Abstand zwischen Promontorium und der inneren Pfannengegend so eng war, dass die ganze Hand zum Zweck einer Entbindung per vias naturales kaum passiren konnte. Die extraperitoneale Stielversorgung ist in den letzten Jahren fast allgemein verlassen, weil die Nachbehandlung umständlicher ist und länger dauert, und weil man fast mit Sicherheit auf Hernien rechnen kann, und doch wird sie in Fällen, wo eine mögliche Abkürzung der Operationsdauer angebracht ist, eines gewissen Vortheils nicht entbehren. Auf die gleichzeitig vorgenommene Kastration und deren Dauererfolge, der übrigens ein vollständiger war (Patientin geht jetzt wieder wie ein gesunder Mensch), will ich hier nicht näher eingehen. Sicher ist ja die künstliche Sterilisierung der osteomalacischen Frauen indiziert, ob man nun die Ursache dieser Erkrankung in einer Trophoneurose der Ovarien oder in dem schädigenden Einfluss der Geschlechtsthätigkeit (vor allem der Menstruation und der Gravidität) suchen will.

Da sich das Geburtshinderniss nicht beseitigen lässt, muss man weitere Geburten unmöglich machen. Die Geburtshindernisse, welche von den Beckenorganen ausgehen, sind meist Geschwülste, abgesehen von Fremdkörpern in den Geburtswegen und Lageveränderungen; letztere sind durch die leider allgemein beliebte Vagino- und Ventrofixatio uteri mit so starker Antelexion, dass die Portio über dem Promontorium steht, herbeigeführt. Auch für letztere könnten wir zwei Beispiele bringen; doch glaube ich, dass die Tumoren mehr Interesse bieten, Tumoren des Uterus und solche der Ovarien. Von ersteren kommen fast ausschliesslich Myome und Carcinome in Betracht, meist von der Portio oder Cervix ausgehend, seltener mit langem Stiel vom Fundus. Portiocarcinome werden meist nur dann Geburtshindernisse machen, wenn sie inoperabel sind. Wenn ich unseren Fall, bei dem es sich um ein mittelgrosses operables Cancroid handelt, trotzdem hierherstelle, so geschieht es nur der Vollständigkeit wegen.

Frau K., 35 Jahre, V-Para. Patientin hat mehrere normale Entbindungen durchgemacht. Während der jetzigen Schwangerschaft traten ziemlich häufig Blutungen mit Abgang von Stücken auf. Da auch viel rothgefärbter Ausfluss besteht, kommt sie in ärztliche Behandlung. In vier Wochen wird die Niederkunft erwartet.

Status: 12. September 1897. Gut genährte Frau im neunten Monat der Gravidität. Bei der inneren Untersuchung fühlt man an der vorderen Muttermundslippe einen gänseeigross prominirenden, weichen Tumor, der bei Berührung leicht blutet; Cervix geschlossen. Kind in erster Schädellage.

Diagnose: Carcinoma portionis in graviditate mens. IX.

Therapie: Nach Aufnahme in die Klinik in Narkose Laparotomie. Eröffnung des Uterus durch vorderen Längsschnitt und Entwicklung eines lebenden Knaben von 5½ Pfund. Dann supravaginale Amputation des Uterus, nachdem eine elastische Ligatur um ihn angelegt ist. Schluss der Bauchwunde. Umlagerung der Patientin. Dann wird das Carcinom per vaginam mit dem Paquelin abgetragen und der Stumpf vaginal extirpirt.

Nach vier Wochen geheilt entlassen.¹⁾

Der hier eingeschlagene Weg ist zuerst von Fehling empfohlen und hat gegenüber den anderen vier Verfahren bei lebensfähiger Frucht, nämlich:

1. nach Erweiterung des Cervix Entleerung des Uterus und Total-exstirpation per vaginam;
 2. klassischer Kaiserschnitt mit Totalexstirpation per abdomen;
 3. klassischer Kaiserschnitt mit Exstirpation totalis per vaginam;
 4. vaginaler Kaiserschnitt mit vaginaler Totalexstirpation,
- den Vortheil, dass das Carcinom mit der Bauchhöhle so gut wie gar nicht in Berührung kommt, alle anderen Unterschiede; theils Vortheile, theils Nachtheile, ergeben sich von selbst.

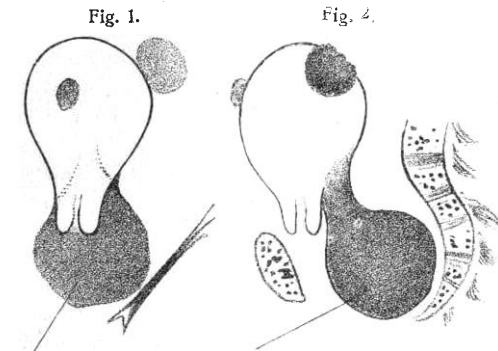
Von den übrigen Tumoren des Uterus sind es fast ausschliesslich die grösseren Myome, welche einer Geburt hindernd in den Weg treten können, hauptsächlich vom unteren Gebärmutterabschnitt ausgehende, doch können auch gestielte Corpusmyome im Becken adhären oder inkarzeriert zu denselben Erscheinungen Anlass geben. Hierfür finden sich eine Menge Beispiele in der Litteratur. Ich bin in der Lage, aus unserem Material zwei Fälle zu erwähnen:

Frau M., 33 Jahre, I-para. Ob.-Ing. Patientin bekam am 26. November 1901, Abends, am richtigen Endtermine der Gravidität Wehen. Am 27. November, also nach 24 Stunden, sprang die Blase. Da die Geburt nicht fortschritt, wurde ärztlicher Rath eingeholt. Der zugezogene Arzt stellte neben der Schwangerschaft einen Tumor fest, der das ganze kleine Becken ausfüllte und ein absolutes Geburtshinderniss bildete, weshalb er die sofortige Ueberführung der Patientin in die Klinik veranlasste. Darauf Transport zur Klinik.

Status am 28. Januar 1901. Kind lebend, in Steisslage. Steiss beweglich über dem Becken. Herztöne 120. Bei der inneren Untersuchung findet man vorn, ganz hoch über der Symphyse, den markstückgrossen Muttermund und in ihm eine langsam pulsirende Nabelschnurschlinge (120). Das kleine Becken ist durch einen derben Tumor vollständig ausgefüllt, der sich auch in Narkose nicht reponieren lässt. Temperatur 38,8°, Puls 110, fötider Ausfluss (die Hebamme hatte in 24 Stunden viermal, der Arzt einmal untersucht).

Da an eine spontane Geburt oder auch an eine Entfernung der Geschwulst vom hinteren Douglas aus nicht zu denken war, so wurde sofort zur Sectio caesarea geschritten. Das Hervorwälzen des Uterus ist erst möglich nach Ausdehnung des Bauchschnittes bis fast zum Proc. ensiform. Dann erscheint an der linken Tibenecke ein kindskopfgrosses, gestieltes Myom und mehrere kleine im Parenchym. (S. Fig. 1 und 2.) Schlauchumschnürung. Klassische Sectio caesarea. Mädchen

asphyktisch, wird bald wieder belebt (7¼ Pfd. schwer). Im Uterus cavum stinkender Inhalt, Endometrium grünschwarz belegt. Sodann Herauswälzen des im Becken eingekleiten, langgestielten, kindskopfgrossen Myoms. Unterhalb desselben, tief am Cervix, wird nun ein Schlauch umgelegt und der Uterus inklusive Adnexen und Fibromen nach Porro abgetragen.



Cervixmyom.

Sodann Bauchnaht nach extraperitonealer Stielversorgung. Glatte Heilung.

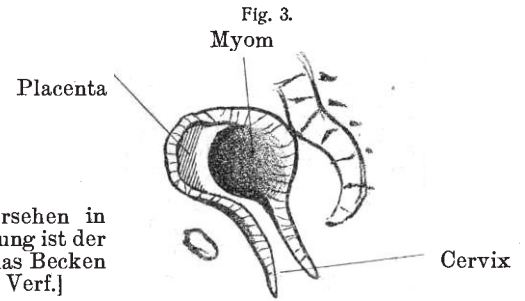
Man kann wohl sagen, dass die Verhältnisse kaum ungünstiger liegen konnten; man konnte es hier nicht wagen, einen derartigen infizierten Stumpf intra- oder retroperitoneal zu belassen.

Ein eminent seltener Fall ist der folgende:

Fr. R., 44 Jahre, II-para. Patientin ist grävda im sechsten Monat. Nach sechsständigen Wehen spontaner Abgang eines macerirten Foetus mit dem Blasensprung. Die Plazenta folgt nicht, trotzdem der Hausarzt sich mit Credé und digitalem Eingehen eine Stunde lang abmüht. Dr. K. findet bei seiner Ankunft einen auffallend grossen, harten Uterus; kein Abgang von Blut. Der Cervix ist für zwei Finger knapp durchgängig, ungemein lang, nach oben noch enger werdend und wird durch ein von der Gegend des Orificium internum ausgehendes Myom der Hinterwand des Uterus stumpfwinklig nach hinten abgelenkt. Die Länge des Cervix bis zum Myom beträgt 12 cm. Die Einführung der Kurette gelingt nicht; es wird deshalb der Cervix tamponirt und Secale verabreicht. (S. Fig. 3.)

Darauf Transport zur Klinik, dort nochmalige Tamponade und Uterusausspülungen. Am vierten Tage Schüttelfrost; Temperatur 40,3. Puls 110. In den nächsten 3 Tagen 5 Schüttelfröste. Nun wird versucht, nach vaginaler Spaltung des Cervix die Plazenta zu entfernen,

¹⁾ Patientin ist drei Jahre post operationem an einem Rezidiv im linken Parametrium gestorben.



da aber auch dies misslingt, vollständige Vernähung des eröffneten Cervix und sofortige Laparotomie. Totalexstirpation des Uterus in toto von der Bauchhöhle aus. Bauchdeckennaht nach vorheriger Gazedrainage nach der Vagina. Glatte Heilung.

Soweit mir die Litteratur zugänglich war, habe ich ähnliche Fälle, wo also ein Uterustumor zwar nicht für den (allerdings hier sehr platten, matschen) Foetus, sondern nur für die Plazenta ein absolutes Geburtshinderniss bildete, nicht finden können.

Die Berechtigung zur Totalexstirpation des Uterus bei Puerperalfieber wird von mancher Seite bestritten. In unserem Falle lag aber eine absolute Indikation zur Totalexstirpation des Uterus wegen beginnender puerperaler, septischer Endometritis, durch Plazentaverjauchung hervorgerufen, vor, was wohl kein Gynäkologe bestreiten möchte.

In der dritten Hauptgruppe, der von den Anhängen ausgehenden Geburtshindernisse, haben wir es fast nur mit Ovarialtumoren zu thun. Trotz der in der Litteratur vorhandenen reichhaltigen Kasuistik mögen auch unsere beiden Fälle hier Platz finden.

Es kommt hierbei weniger auf die Grösse der Tumoren an, als auf ihre Consistenz und ihre Lage; also: feste und cystische, freie und verwachsene, resp. reponible und irreponible Geschwülste. Diese Möglichkeiten können sich zu so verschiedenartigen Krankheitsbildern combinieren, besonders wenn man noch die Grösse der Neubildungen in Betracht zieht, dass es immerhin nicht uninteressant sein kann, möglichst viele derartige Fälle kennen zu lernen.

Fr. Dr. R., 24 Jahre, I-para. Dem Ehemanne, einem Kollegen, fiel es auf, dass im achten Monate der Gravidität das kindliche Köpfchen noch hoch über dem Beckeneingange stand und deutlich ballotirte. Bei der Exploration fand er einen, das kleine Becken ausfüllenden Tumor. Dr. K. wurde consultirt, bestätigte den Befund und stellte die Diagnose auf ein über kindskopfgrosses, erweichtes, im Becken eingekleites, gestieltes Cervixmyom. (S. Fig. 3.) Eine Probepunktion des Tumors vom Douglas aus hatte nur einige Tropfen dunklen Blutes ergeben. Der Muttermund stand hoch oben, dicht hinter der Symphyse, war also kaum erreichbar. Die Reposition des Tumors gelang nicht. Erst in Knie-Ellenbogenlage und in tiefer Narkose konnte der Tumor durch direkten Druck und durch Herüberdrängen des Fundus nach der der Geschwulst entgegengesetzten Seite reponirt werden. Dabei konnte man feststellen, dass der Tumor dem linken Ovarium angehörte. Der vier Wochen darnach erfolgte Partus verlief glatt, ebenso das Wochenbett bis zum vierten Tage. Da trat plötzlich nach einer anstrengenden Defäkation Uebelbefinden, Brechreiz und Schüttelfrost ein. Puls 120. Temperatur 40,5°.

Bei Ankunft von Dr. K. ist der Leib leicht meteoristisch aufgetrieben, schmerzhaft. Es besteht Brechneigung. Diagnose: Beginnende Peritonitis in Folge akuter Stieldrehung des Tumors.

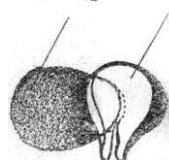
Sofort Transport zur Klinik und daselbst Laparotomie, welche die Diagnose bestätigte, da es sich in der That um ein torquirtes, vom linken Ovarium ausgehendes Fibrom handelte. Die Stieldrehung betrug circa 90°; Stiel 3 cm breit, fingerdick, fleischig. Abtragung des fast mannskopfgrossen, ödematösen Tumors. Bauchdeckennaht. Glatte Heilung.

Frau W., 25 Jahre, II para. Patientin hat vor einem Jahr eine glatte Entbindung durchgemacht, Menses sind noch nicht wieder eingetreten. Patientin klagt über viel Mattigkeit und Kreuzschmerzen.

Status: 10. Oktober 1899. Neben einem im dritten Monat gravidus Uterus fühlt man im Douglas'schen Raume einen faustgrossen, beweglichen, cystischen Tumor, der nach rechts und oben verschieblich ist.

Diagnose: Kystoma ovarii in graviditate mens. III. (S. Fig. 4.)

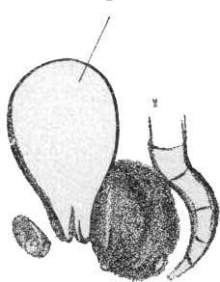
Fig. 4.



Therapie: Die vorgeschlagene Kolpotomie wird fürs erste verweigert, da nur geringe Störungen vorhanden sind. Erst im siebenten Monat kommt Patientin zu dem Entschluss, sich operieren zu lassen. Jetzt ist der über kindskopfgrosse Tumor fest im kleinen Becken eingekleilt, (siehe Figur 4 und 5) und hat den Cervix ganz nach vorn gedrängt, so dass das Orificium externum dicht hinter der Symphyse steht. Aufnahme in die Klinik. In Narkose gelingt ein

Repositionsversuch nicht. Deshalb Kolpotomia posterior. Nach Eröffnung des hinteren Douglas wird die sich einstellende Cyste punktiert und circa 1 Liter klarer, seröser Flüssigkeit entleert. Dann Exstruktion des leeren Sackes, Abbindung des Stieles und Abtragung und Versenkung desselben. Naht nach theilweiser Drainage. (S. Fig. 5.)

Fig. 5.



Nach der Operation steht der Cervix in der Führungslinie; glatte Heilung. Acht Wochen später spontane Geburt eines lebenden, ausgetragenen Knaben in Schädellage.

Schon aus diesen beiden Fällen ersieht man, dass das therapeutische Vorgehen sich nach jedem einzelnen Falle richten muss. Dass man unbeschadet der Gravidität einen Ovarialtumor extirpieren kann, ist bekannt. Wenn bei eingeklemmtem Tumor in der zweiten Hälfte der Gravidität die Reposition misslingt, thut man gut, den Tumor zu entfernen. Nach gelungener Reposition kann man ruhig abwarten, muss jedoch das Puerperium strikt überwachen (Fall 8), weil die Tumoren dann häufig in Folge der veränderten Cirkulationsverhältnisse zur regressiven Metamorphose und in Folge der veränderten physikalischen Verhältnisse zur Stieldrehung neigen.

Stösst man intra partum auf einen Tumor im Becken, so ist bei cystischer Beschaffenheit desselben die Punktion und weiter im Spät-wochenbett die Exstirpation, bei fester Consistenz dagegen und Irreponibilität die Sectio caesarea angezeigt.

Wenn sich auch in letzter Zeit das dankenswerthe Bestreben geltend macht, alle Ovarialtumoren prinzipiell während der Gravidität zu operiren, um alle Eventualitäten einer Geburts- oder Wochenbettsstörung zu vermeiden, so werden wir doch immer noch oft genug in die Lage kommen, während der Geburt Hindernisse beseitigen zu müssen. Und für diese Fälle lassen sich allgemein gültige Normen schwer aufstellen, solange nicht grosse Statistiken über den Werth der im Laufe der Jahre wechselnden Operationsmethoden klaren Aufschluss geben.¹⁾

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem hochverehrten Chef, Herrn Dr. Kupferberg, für die Ueberlassung des Materiales und die thatkräftige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.