

Aus der geburtshülflichen Klinik in Innsbruck.  
(Vorstand: Professor Ehrendorfer.)

---

## Ein Fall von acutem Hydramnion bei eineiigen Drillingen.

Mitgetheilt von

**Dr. Josef von Braitenberg,**

Assistenten der Klinik.

---

Es sei mir im Nachstehenden gestattet über einen wegen seiner Seltenheit bemerkenswerthen Fall zu berichten, der jüngst an der Innsbrucker geburtshülflichen Klinik zur Beobachtung gekommen ist.

Am 9. December 1901, um 8 Uhr Abends, kam eine 37 jährige I. gebärende Fuhrmannsfrau (Italienerin) zur Aufnahme. Dieselbe gab an, am 16. Juli die letzte Regel gehabt zu haben. Ueber das Datum der Empfängniss, sowie den Eintritt der Kindesbewegungen weiss sie nichts anzugeben. Während der ersten Monate der Schwangerschaft bestand Erbrechen. Seit 3—4 Wochen bemerkt sie ein rasches Anwachsen des Leibesumfanges. Seit 5 Uhr Morgens bestehen leichte Wehenschmerzen. Bis vor 3 Jahren ist sie stets gesund gewesen, damals erkrankte sie an „Gelenkrheumatismus“.

Die Untersuchung ergibt: mittlere eher grössere Frau von gesundem Aussehen. Becken normal. Grösster Bauchumfang 102 cm, Uterusgrund am proc. xiph. Bauchform kugelig, Bauchhaut glänzend, stark gespannt, deutliche Fluctuation und deutliches Ballotiren von kleinen Fruchtheilen an einzelnen Stellen. Grosse Fruchtheile lassen sich nicht abtasten. Länger fortgesetzte aufmerksame Auscultation lässt an einer circumscribten etwa handtellergrossen Stelle rechts oberhalb des Nabels, ganz leise gerade wahrnehmbare Herztöne (Frequenz 140) vernehmen. Portio vaginalis verstrichen, äusserer Muttermund für 1 Finger offen, ein Fruchtheil ist weder durch den Muttermund noch durch den Fornix zu erreichen.

Befund und Anamnese bestimmten uns die Diagnose auf acutes Hydramnion mit eineiigen Zwillingen zu stellen.

Der weitere Verlauf der Geburt war etwas schleppend. In Zwischenräumen von  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde erfolgten sehr schwache oft kaum wahrnehmbare Wehen. 19 Stunden nach der Aufnahme wird, bei für 2 Finger offenem Muttermund, die Fruchtblase sichtbar und durch Druck mit dem Finger gesprengt, worauf ein grosser Schwall hellgelben Fruchtwassers abgeht und ein kleiner Kopf fühlbar wird. Nach einigen Wehen wird derselbe zugleich mit einer vorgefallenen Hand geboren. Der betreffende Fötus ist weiblichen Geschlechtes nur 25 cm lang und hängt an einer sehr kurzen dicken Nabelschnur. Kurz darauf folgen ihm, ohne Einhaltung eines besonderen Geburtsmechanismus, noch zwei andere Früchte, von annähernd derselben Grösse, ebenfalls Mädchen, die sich jedoch beide in den intacten nicht besonders viel Fruchtwasser enthaltenden Eiblasen befinden. Dieselben werden, da alle 3 Früchte leben, eröffnet. Kurz darauf wird die Nachgeburt, die im Zusammenhang mit den Früchten gelassen wird, ausgestossen. Die Früchte machen öfters einige schnappende Respirationsbewegungen, nach ca.  $\frac{5}{4}$  Std. ist jedoch bei allen dreien auch der Herzschlag erloschen. Die gesammte aufgefangene Fruchtwassermenge hatte ca. 6 Liter betragen.

Die Früchte waren, wie schon erwähnt, alle 3 weiblichen Geschlechtes, 25, 26 und 21,5 cm lang, und wogen jede beiläufig 400 g. Die Nachgeburt bestand aus einer Placenta, die sehr dünn (ca. 1 cm dick) war und einen Durchmesser von ca. 15 cm besass. Die Placentarzotten waren locker angeordnet, doch liess sich nirgends eine Scheidung in Lappen entsprechend dem Gefässbezirk der einen oder anderen Frucht erkennen. Die Nabelschnüre waren von verschiedener Dicke, die der ersten Frucht am sulzreichsten und 21,5 cm lang, die der zweiten 20 cm und die der dritten 25 cm lang. Die Insertion erfolgte bei allen dreien annähernd central. Das Gewicht von Placenta, Nabelschnüren, Eihäuten und Früchten zusammen betrug 1700 g. Die Dissepimente zwischen den einzelnen Eihöhlen bestanden nur aus je 2 Amnien, während ein gemeinsames Chorion das ganze Drillingsei umgab.

Der Wochenbettverlauf war afebril und wurde die Frau am 13. Tage post partum gesund entlassen.

Die neuere Literatur überblickend konnte ich nur einige wenige Fälle finden, welche dem unserigen ähnlich waren. Ueber Drillingsgeburten finden sich zwar ziemlich viele Publicationen. Meist handelt es sich jedoch dabei um Früchte aus 3 Eiern oder um Combination von eineiiger Zwillings- mit Einlingsschwangerschaft. Die eineiigen Drillinge aber, noch dazu mit acuten Hydramnion combinirt, sind gewiss in spärlicher Zahl beobachtet worden. In der mir zugänglichen Literatur der letzten Jahre konnte ich eigentlich keinen ganz gleichen Fall vorfinden, denn in dem von Grusedew und Polotebnow beobachteten (Centralblatt f. Gyn. 1898 Nr. 25) fehlt die Beschreibung der Nachgeburt und in den von Lantos (Centralbl. f. Gyn. 1898 Nr. 11) und Gerschun (Centralbl. f. Gyn. 1896 Nr. 52) beschriebenen Fällen waren 2 Placenten vorhanden und handelt es sich demnach nicht um eineiige

Drillinge. Gerade bei Abschluss dieses Aufsatzes erschien in der Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 46. Band, Heft 3 die Arbeit von Saniter, betitelt: „Drillingsgeburten. — Eineiige Drillinge.“ In derselben findet sich eine Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle eineiiger Drillingschwangerschaft. Die Tabelle reicht bis zum Jahre 1866 zurück und umfasst somit einen Zeitraum von 36 Jahren. Es sind im Ganzen 8 Fälle von eineiiger Drillingschwangerschaft angeführt, und wäre also unser Fall der neunte. In diesen 8 Fällen ist nur 2 Mal als nebensächlicher Befund Hydramnion notirt, das jedoch in dem einen Fall kein acutes sein konnte, da eines der 3 Kinder ausgetragen war und am Leben blieb, während das Hydramnion im anderen Falle durch einen Anencephalus bedingt war.

Die Ursache des Hydramnion liess sich in unserem Falle nicht nachweisen. Nachdem in der Anamnese ein von 3 Jahren überstandener Gelenkrheumatismus angegeben worden war, dachten wir an einen mütterlichen Herzfehler als Ursache, indem wir in Erwägung zogen, dass nach einigen Autoren das Fruchtwasser wenigstens zum Theil als Transsudat aus den mütterlichen Gefässen angesehen wird und vermehrte Transsudation durch eine Insufficienz im Blut-Kreislaufe nur begünstigt werden könnte. Doch mussten wir diese Vermuthung wieder fallen lassen, da, wie schon eingangs erwähnt die Untersuchung kein Vitium cordis nachweisen konnte und auch keine darauf bezügliche subjective Beschwerden bestanden. Lantos glaubt in seinem Falle die Polyhydramnie auf die Kürze der Nabelschnur (27 cm) und deren velamentöse Insertion beziehen zu müssen, ein Befund, der in ähnlichen Fällen öfters beobachtet und, was die Kürze der Nabelschnur (21,5 cm) betrifft, unter anderen auch uns aufgefallen ist. Doch ist es uns nicht recht verständlich, wie dieselbe zu einer so hochgradig vermehrten Transsudation beitragen kann. „Die Annahme, dass ein Uebergang von Stoffen aus der Nabelschnur ins Fruchtwasser stattfindet, hält Krukenberg nicht für wahrscheinlich. Haidlen und Fehling fanden die Menge des Fruchtwassers dem Gewicht und Alter des Foetus eben so wenig proportional, wie dem der Placenta und der Länge und den Windungen der Nabelschnur.“<sup>1)</sup> Wir sind der Meinung, dass die im Verhältniss zur Ausdehnung des Eies auffallende Kürze der Nabelschnur — denn nur von

---

1) Citirt aus: Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1880. S. 47

einer relativen Kürze kann man hier sprechen — eine mechanische Folge des Hydramnion und zwar durch das acute Auftreten desselben zu erklären ist. Eine Nabelschnur von etwa 25 cm Länge ist für einen 5monatlichen Foetus unter sonst normalen Umständen, also bei gewöhnlicher Fruchtwassermenge, durchaus nicht als zu kurz anzusehen und imponirt uns eine Nabelschnur von etwa 30 cm Länge in diesem Foetalalter eher als lang. Nach Winckel ist die Nabelschnur im 5. Monat 22—30 cm lang. Wenn nun aber innerhalb kurzer Zeit, etwa in 3 Wochen, die Fruchtwassermenge sich rapid vermehrt, so zeigt doch weder die Frucht noch die Nabelschnur oder sonst ein Theil der Ei-Adnexa, mit Ausnahme der passiv gedehnten Eibläse, ein gleich rapides Wachsthum, aus dem einfachen Grunde, weil die Neubildung fester Substanz nicht mit der vermehrten Transsudation von Fruchtwasser gleichen Schritt halten kann.

Es obliegt mir noch, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor Ehrendorfer, für die Ueberlassung dieses Falles zur Publikation den geziemenden Dank auszusprechen.

---