Über Geburten bei Entwicklungsanomalien der Genitalorgane

O.	Otto	Eisenreich

München, Aus der Privatklinik für Geburtshilfe und Frauenleiden von Prof. Dr. O. Eisenreich

Die Literatur über Schwangerschaften und Geburten bei Entwicklungsanomalien der Genitalorgane ist im Veit-Stöckel'schen Handbuch von Menge und von Öllingen, von Kermauner in Halban-Seitz ausführlich gewürdigt, und in jüngster Zeit hat von Szathmári] in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie ausführlich 73 Fälle aus der II. Budapester Klinik gebracht, so daß es sich erübrigt, diese Dinge zu wiederholen.

Ich möchte im folgenden nur über 2 Fälle berichten, die ich selbst in den letzten beiden Jahren zu entbinden Gelegenheit hatte und die beide wegen ihres Verlaufes eines gewissen Interesses nicht entbehren dürften. Die eine Patientin habe ich im Jahre 1932 das erstemal gesehen im 8. Schwangerschaftsmonat. Es handelte sich um eine 25jährige mittel-kräftige Erstgebärende mit ziemlich straffen Bauchdecken. Schon bei der ersten Untersuchung lag das Kind quer und eigentümlich unbeweglich. Der Fundus des Uterus war, wie L. cü. alien Querlagen, ziemlich breit. Eine Einsenkung etwa in der Mitte des Fundus war nicht nachzuweisen. Es hinderten allerdings auch die straffen Bauchdecken an einer einwandfreien Abtastung. Etwa in der 38. Schwangerschaftswoche war der Befund, abgesehen von der weiter fortschreitenden Vergrößerung, der gleiche. Vaginal war alles hochgezogen und nichts Besonderes festzustellen. Auffallend war, daß auch jetzt wieder das Kind sehr unbeweglich war. Man fühlte links oben seitlich deutlich den Kopf und fühlte in der rechten Seite, auch recht hoch für eine Querlage, den Steiß des Kindes. Ich habe damals wohl an irgendeinen Tumor des Uterus gedacht, muß aber zugestehen, daß es mir ebenso wie den meisten anderen Geburtshelfern, die über ähnliche Fälle berichten, ergangen ist: Die wahre Sachlage habe ich nicht erkannt. Die < ^ Fran kam dann zur richtigen Zeit mit mäßigen Wehen, vorstrichener

-1) Nach einem in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag.

(3 Eisenreich, Über Geburten bei Entwicklungsanomalien d. Genitalorgane.

Zervix, etwa markstückgroßem Muttermund in meine Anstalt. Man fühlte deutlich hoch im Beckeneingang die Processus spinosi der Wirbelsäule, sonst nichts. Auffallend war auch jetzt wieder bei der äußeren Betastung die absolute Unbeweglichkeit des Kindes. Ich habe nun von irgendwelchen Wehennitteln abgesehen und so lange zugewartet, bis nach etwa 4 Stunden bei fünfmarkstückgroßem Muttermund die Blase von selbst gesprungen ist und bin sofort in tiefer Narkose eingegangen, um die Wendung auf den Fuß auszuführen. Das gelang mir aber nicht, und ich habe mich dann im Interesse des Kindes zum Kaiserschnitt entschlossen und diesen auch in der gleichen Narkose ausgeführt. Die Entwicklung des Kindes ging ganz einfach; dagegen zeigte sich bei der Lösung der Plazenta, daß die Plazenta der Hauptsache nach an einem bis zur Mitte des Uterus herunterragenden Sporn festsaß. Die Lösung gelang ganz leicht. Aber trotz vorher verabreichter Wehennittel und trotz Tamponade blutete es aus dem Sporn so stark, daß ich gezwungen war, die supravaginale Amputation auszuführen.

Das gewonnene Präparat ist als "Uterus arcuatus cum septo" zu bezeichnen. Die Literatur berichtet wohl, daß die Plazenta je nach ihrem Sitz gerade bei solchen Fällen zu sehr schweren Blutungen Anlaß geben kann. Ich habe aber diese absolute Unbeweglichkeit des Kindes in der Literatur nirgends bemerkt gefunden.

Der 2. Fall betrifft eine Zweitgebärende, bei der die erste Geburt vor 5 Jahren zwar in Steißlage, wie ja das auch bei diesen Mißbildungen des Uterus häufig ist, vor sich ging, bei der aber das erstmal die Nachgeburt ohne Schwierigkeit spontan und ohne größere Blutung ausgestoßen wurde, so daß die erste Geburt ohne Arzt vor sich ging. Dieses Mal kam die Frau 4 Wochen vor der Geburt zu mir in die Sprechstunde. Ich stellte damals eine Steißlage mit einem etwas nach links abgewichenen Steiß fest. Bei der rechtzeitigen Geburt erfolgte ein vorzeitiger Blasensprung bei zwei-markstückgroßem Muttermund. Der Steiß stand hoch im Beckeneingang, wich aber im Laufe der nächsten Stunden nach links ab, so daß ich dann den Fuß herunterholte. Das Kind wurde bis zum Steiß spontan geboren. Es kam aber trotz guter Wehen nicht zu einer weiteren Spontangeburt, und ich habe mit Rücksicht auf das Kind die Extraktion ohne Schwierigkeit ausgeführt. Nach einer Stunde fing es plötzlich stark zu bluten an, und bei dem Versuch des Credeschen Handgriffs fühlte man deutlich neben dem Fundus uteri links einen wie ein Myom sich anfühlenden Tumor. Der Credesche Handgriff mißlang, auch in Narkose, und ich war gezwungen, die manuelle Lösung der Plazenta, die in dem rechten Haupt-horn ganz hoch oben an der Tubenecke und gegen das linke Horn hin saß, auszuführen. Dabei konnte ich mit der Hand deutlich in das linke Neben-horn gelangen. Das rechte Horn kontrahierte sich auch nach der Plazentar-lösung schlecht, und erst auf eine massive Tamponade stand die Blutung. Die Frau hat die Klinik nach 8 Tagen fieberfrei verlassen.