

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1899

18 (30.9.1899)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

LIII. Jahrgang.

Karlsruhe

30. September 1899.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Aus dem Ludwig-Wilhelm-Krankenheim zu Karlsruhe.

(Münchener Medicinische Wochenschrift Nr. 28, 1899.)

Ueber Tumoren als Geburtshindernisse.*)

Von Dr. Alfred Benckiser, Hofrath.

Zwei Fälle von Geburtshinderniss durch Tumoren, die mir in den letzten Wochen vorkamen und von denen der eine jetzt erst nach Ankündigung meines Themas zur Beobachtung gekommen, gaben mir Veranlassung, mein Material in dieser geburthilflich so wichtigen Sache zusammenzustellen und Ihnen darüber vorzutragen.

Im Allgemeinen sind ja die Fälle durchaus nicht gerade häufig, in denen Tumoren direct die normale Geburt hindern. Flaischlen konnte z. B. unter 17 832 Geburten der Berliner Universitäts-Frauenklinik nur 5 durch Ovarialtumoren complicirte Geburten finden, und noch seltener mögen diese Complicationen geworden sein, seitdem die Operationsfreudigkeit der Gynäkologen auch mit den kleineren Ovarialtumoren aufzuräumen begonnen hat. Andererseits lehrt uns die Casuistik, dass dieses Geburtshinderniss zu den ernstesten Folgen führen kann. So dürfte mein Thema als ein praktisch ausserordentlich wichtiges Ihnen erwünscht sein.

Um meinen Stoff näher zu umgrenzen, mag es mir gestattet sein, heute nur auf diejenigen Tumoren einzugehen, die von mir in der Geburt als Hindernisse beobachtet worden sind. Doch ist es möglich, die geburthilflichen Indicationen, die hier in Betracht kommen, zu besprechen, ohne unsere Aufgaben den Tumoren in der Schwangerschaft gegenüber zu berühren; ich möchte heute aber nicht näher darauf eingehen und möchte nur die Indicationen für die 2 häufigsten Arten von Tumoren in der Schwangerschaft, die Ovarialtumoren und Myome, kurz besprechen.

Der Satz, der seit Spencer Wells', Schröder's und Olshausen's und deren Schüler Arbeiten zum Dogma geworden ist, dass ein Ovarialtumor extirpirt werden soll, sobald er entdeckt ist, kann und muss im Allgemeinen auch auf die Zeit der Schwangerschaft übertragen werden. Freilich sprechen hier eine Reihe von Umständen mit, die in jedem Falle einzeln erwogen werden müssen.

Die erste Frage, die sich uns aufdrängt, ob die Ovariectomie in der Schwangerschaft gefährlicher sei als im nicht graviden Zustand, kann ohne Weiteres verneint werden. Dsirne**) berechnete aus 135 Fällen eine Mortalität von

*) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft Karlsruher Aerzte, Februar 1899.

**) Archiv für Gyn. Bd. XLII, 1892.

5,9 Procent. Die Resultate einzelner Operateure sind noch viel bessere, zumal in der neueren aseptischen Zeit. Ebenso kann die Frage der häufigen Unterbrechung der Schwangerschaft durch die Operation — sie erfolgt in circa $\frac{1}{5}$ der Fälle — nicht in Betracht kommen gegenüber den grossen Gefahren der Torsion und Nekrose, des vermehrten Wachstums, der Einklemmung, die durch die Gravidität bestehen, und die ihrerseits die Unterbrechung der Schwangerschaft oft genug herbeiführen würden.

Die wichtigste Frage bleibt aber stets, ob der Tumor bei der Geburt ein Hinderniss abgeben wird, und ist diese Frage zu bejahen, so muss er, wenn irgend möglich, vor der Geburt entfernt werden. Freilich kann es sehr schwierig, ja selbst unmöglich sein, in der Schwangerschaft dem Tumor beizukommen, wenn die Schwangerschaft schon soweit fortgeschritten ist, dass der vergrösserte Uterus den Zugang zum Tumor hindert oder der Tumor intraligamentär entwickelt ist. Hier kann die Entfernung wegen der ungeheueren Entwicklung der Blutgefässe zu einer ausserordentlich schweren und gefährlichen werden. Nur in einem solchen oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung complicirten Falle wird man an die directe Punction des Tumors nach vorübergehender kleiner Incision der Bauchdecken gehen dürfen. In den seltensten Fällen, in denen ein Tumor, der ein Geburtshinderniss bildet, in der Gravidität weder durch die ventrale Koeliotomie, noch durch die vaginale entfernt werden kann, müssen wir die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in Erwägung ziehen.

Ganz anders verhält es sich mit den Myomen in der Gravidität. Sind sie gestielt, so können sie, falls es nothwendig erscheint, allerdings einfach wie die Ovarialtumoren abgetragen werden. Liegen sie aber intramural, so ist deren ENUCLEATION doch zu häufig mit der Unterbrechung der Schwangerschaft verbunden. Die Unterbrechung der Schwangerschaft hat aber gerade beim Myom ihre grossen Gefahren. Aber das Myom hat auch im Allgemeinen weder die Tendenz, maligne zu degeneriren, wie wir das von einem Fünftel der Ovarialtumoren kennen, noch treten bei ihm häufiger Torsionen ein mit ihren Folgen von Peritonitis, Nekrose, Vereiterung. Wir werden also bei Myomen in der Schwangerschaft nur dann eingzugreifen gezwungen sein, wenn eine dringende Indication von Seiten dieser Tumoren auftritt, sei es, dass durch einen im Becken eingekleiteten Tumor Einklemmungserscheinungen auftreten, oder dass das Myom ein aussergewöhnlich starkes Wachstum zeigt, oder dass lebensgefährliche Blutungen zum Eingriff zwingen. Dann aber wird selten die isolirte ENUCLEATION des Myoms das sicherste Verfahren sein, sondern die totale Entfernung des myomatösen Uterus. Auch beim Myom wird die Prognose der Operation durch die Schwangerschaft nicht schlechter, wie Hofmeier nachgewiesen hat.

Ich selbst war gezwungen, 6 mal in der Schwangerschaft Tumoren zu entfernen, und habe eine Frau dabei verloren. 3 mal handelte es sich um Ovarialgeschwülste im 4. und 5. Monat der Gravidität. 1 mal musste ich ein in's Becken eingekleites, rapid wachsendes Myom, das völlig Retentio urinae veranlasst hatte, in der 5. Woche der Schwangerschaft exstirpiren. 1 mal hatte sich ein kindskopfgrosser Ovarialtumor, der mit dem mit multiplen Myomen bis zu Faustgrösse durchsetzten, im 3. Monat schwangeren Uterus hinten innig verwachsen war, in's kleine Becken eingeklemmt und hatte heftige Druckerscheinungen von Seite des Mastdarms und der Blase hervorgerufen. Der Ovarialtumor wurde bei der Laparotomie losgelöst, worauf die hintere Uteruswand so heftig blutete, dass der ganze Uterus abgetragen werden musste. Heilung.

Einmal hatte ein zweimannskopfgrosses, central erweichtes Myom der vorderen Wand des Uterus gravidus im 5.—6. Monat diesen zum grössten Theil in Retroflexion in's kleine Becken incarcerirt. Der Foetus war abgestorben und verjaucht. Die Frau kam mit Schüttelfrösten und hohem Fieber zur Operation und starb an Sepsis.

Doch kehren wir zu unserem eigentlichen Thema zurück: zur Behandlung der durch Tumoren complicirten Geburten.

Geburtshilffich wird unser Handeln wesentlich bestimmt durch die Beweglichkeit der Tumoren oder besser dadurch, ob sie aus dem kleinen Becken in's grosse zurückgeschoben werden können, oder nicht, und man kann in praktischer Hinsicht ohne Rücksicht auf die Art des Tumors reponible und irreponible unterscheiden. Unter die ersteren werden am häufigsten die Ovarialtumoren, überhaupt gestielte Tumoren zu zählen sein, die Mehrzahl der letzteren werden die Myome ausmachen. *)

Lassen Sie mich nun die beiden erst erwähnten Fälle kurz schildern und daran die früher von mir beobachteten — es sind noch 4 — anreihen. Um einen kurzen Ueberblick zu geben: Es handelte sich 2 mal um Ovarialtumoren, 2 mal um Myome des unteren Uterinabschnittes, 1 mal um ein mit Ovarialtumor verwechseltes Haematom im Mesenterium, 1 mal um das nicht grvide Horn eines Uterus didelphis. 3 dieser Fälle kamen mir in meiner Assistentenzeit in Berlin, 3 hier zur Behandlung.

Fall I. Am 31. XII. 1886 wurde ich in Berlin poliklinisch zu einer Mehrgebärenden gerufen, bei welcher ein College vergeblich die Zange an den hochstehenden Kopf gelegt hatte.

Ich fand im hinteren Scheidengewölbe einen glatten, faustgrossen Ovarialtumor, der den Eintritt des in I. Schädellage mit tiefstehender grosser Fontanelle befindlichen Kopfes hinderte; neben der Stirn fand sich die pulslose Nabelschnur.

In Narkose wird vergebens versucht, den Tumor in's grosse Becken neben dem Kopf vorüberzudrängen. Da dies nicht gelingt, so wird der Kopf perforirt und mit Cranioclast die Extraction des Kindes bewerkstelligt. Dabei verschwindet der Tumor plötzlich, offenbar platzte er; denn er war nach der Entbindung nicht mehr zu finden. Das Puerperium verlief normal.

Fall II. Am 18. XI. 1894 wurde ich von Collegen Doll, hier, zu einer Primipara gerufen, bei welcher er einen Tumor in der Geburt constatirt hatte, der den Eintritt des Kopfes verhinderte. Ich fand einen fast kindskopfgrossen ziemlich prallen Ovarialtumor, in der Kreuzbeinaushöhlung liegend, während der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang stand. Kräftige Wehen hatten den Contractionsring bis dicht unter den Nabel in die Höhe gezogen. Es durfte daher mit der Entbindung nicht gezögert werden. Es gelang uns, in tiefer Narkose in Rückenlage den Tumor zu reponiren und den Kopf in's Becken einzuleiten. Da die Herztöne langsam geworden waren, wurde Zange am hochstehenden Kopf angelegt und ein mässig asphyktisches Kind extrahirt, das sich erholte und am Leben blieb. Das Puerperium war ungestört. Die vorgeschlagene Ovariectomie wurde von der Patientin erst 1. III. 96 zugelassen und verlief durchaus normal. Der Tumor war ein kindskopfgrosses Dermoid des rechten Ovars.

Fall III. Anfang Januar dieses Jahres theilte mir College Schülein aus Bretten mit, er habe in der Umgegend eine Kreissende, bei der die Geburt

*) Die Carcinome des Uterus als Geburtshinderniss mögen hier unerörtert bleiben; vergl. Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. 1, No. 7, Benckiser.

nicht vorgehe, da der Kopf durch einen Tumor am Eintritt in's Becken verhindert werde. Die Frau wurde deshalb in die Klinik verbracht.

Es war eine 33jährige Frau die 5 mal normal geboren hatte, zuletzt vor 2 Jahren. Sie hatte ausgetragen und kreisste mit intermittirenden Wehen seit 3 Tagen. Dabei bestand jetzt Erbrechen und Retention des Stuhles und der Flatus.

Bei der inneren Untersuchung fand sich in der Kreuzbeinhöhle ein deutlich fluctuirender, faustgrosser, sehr empfindlicher Tumor. Cervix für 2 Finger durchgängig, hoch hinaufgezogen, über dem Beckeneingang der in der erhaltenen Fruchtblase ballotirende Kopf in II. Schädellage.

Es war zu vermuthen, dass es sich um einen eingeklemmten Ovarialtumor, event. mit Torsion des Stieles handle, worauf möglicher Weise die Symptome von Ileus hinwiesen. In Narkose konnte nun der Tumor relativ leicht reponirt werden. Da er jedoch immer wieder neben dem Kopf sich vordrängte, so wurde, nachdem 24 Stunden mässige Wehen eingewirkt hatten, die Blase gesprengt und der Kopf in's Becken eingeleitet, worauf nach 1 Stunde spontan ein ausgetragenes lebendes Kind geboren wurde. Gleichzeitig verschwanden die Symptome des Ileus, und es erfolgte ein absolut normales Wochenbett. Der Tumor lag dabei stets direct über dem ziemlich langsam sich involvirenden Uterus nach links und wurde langsam kleiner und fester. Als nun am 17. Tage post partum die Laparotomie zur Entfernung des Tumor vorgenommen wurde, zeigte es sich, dass derselbe nicht vom Ovar ausging, sondern in dem sehr langen Mesenterium des Dünndarmes gelegen war. Doch waren rings um ihn Dünndarmschlingen adhaerent.

An einer Stelle, wo ich eine Darmschlinge loslösen konnte, zeigte es sich, dass wir es mit einem Haematom des Mesenteriums zu thun hatten. Da die Auslösung desselben nur mit starker Gefährdung der Därme möglich war, so wurde darauf verzichtet, die Resorption der Natur überlassen und die Bauchhöhle wieder geschlossen. Der Tumor hat sich in den 3 Wochen der völlig ungestörten Reconvalescenz schon merklich verkleinert.

Es ist dies ein Unicum, und es darf nicht wundern, dass hier eine Fehldiagnose gestellt wurde.

Wäre der hochschwängere Uterus nicht gewesen, so wäre wohl die Beweglichkeit des Tumor und seine Dislocirbarkeit nach oben aufgefallen; auch hätte die Möglichkeit, die Anhänge exact abzutasten, zur Diagnose geführt. Auffallend war nach der Geburt die Aenderung der Consistenz des Tumor und seine Verkleinerung.

Das Aufhören der Ileuserscheinungen nach der Reposition hatte nichts Charakteristisches und konnte ebensogut bei der Aufhebung der Incarceration eines Ovarialtumors stattfinden.

Erst später erfuhr ich, dass die Frau in der Schwangerschaft von einer Ziege in die Seite gestossen worden war. Es kommen nun zwar auch spontan entstandene Haematome und Blutcysten im Netz und Mesenterium vor*), bei denen Arteriosklerose als aetiologisches Moment angesehen werden darf**). In unserem Fall konnte weder Arteriosklerose noch auch Haemophilie angenommen werden.

*) Vergl. Benckiser: Casuistik und Diagnose der Netztumoren. Centralblatt f. Gyn. 1895, pag. 650 ff.

***) In der Discussion über diesen Vortrag theilte Professor v. Beck-Karlsruhe einen einschlägigen Fall mit, bei welchem 2 mal nach einander Haematome des Mesenterium entstanden und operativ beseitigt wurden; es handelte sich wahrscheinlich um einen Haemophilen.

So gewinnt es an Wahrscheinlichkeit, dass in der That der Ziegenstoss das Haematom veranlasst hatte; der Tumor war dann gemäss seiner Schwere zu einer Zeit in's Becken gesunken, als der Kopf den Beckeneingang noch nicht ausfüllte. Erst mit der Wehenthätigkeit, die den Kopf in's Becken presste, traten dann auch die Ileuserscheinungen ein.

Fall IV.*) Am 7. VII. 1886 wurde eine Zweitgebärende auf meine Abtheilung der Schröder'schen Klinik gebracht, die vorher einen Abort im 6. Monat durchgemacht hatte. Sie war am Ende der Schwangerschaft und hatte seit wenigen Stunden mässig starke Wehen. Becken normal. Bei der inneren Untersuchung fand sich die Cervix circa 3 cm lang für 2 Finger durchgängig, Kopf rechts abgewichen, Blase steht. Der ganze Uterus lag stark nach rechts vertirt. Links kommt man circa 2 cm über dem äusseren Muttermund in eine längliche Höhle, die sich nach hinten in die Beckenaushöhlung erstreckt; dieser Canal gehört einem über faustgrossen weichen Tumor an. Aus der Höhle lassen sich haselnussgrosse Gewebsetzen entfernen. Bei den Wehen contrahirt sich der Tumor synchron mit dem Uterus. Dieser Tumor wurde von Schroeder richtig als der nichtschwangere Theil eines Uterus didelphis (Uterus duplex separatus) gedeutet. Die Gewebsetzen, die aus der Höhle entfernt wurden, erwiesen sich als Decidua.

In Narkose gelang die Reposition dieses Tumor, und gleichzeitig wurde die Blase gesprengt und der Kopf des Kindes in's Becken geleitet. Bald erfolgte spontan die normale Geburt.

In einem ähnlichen Fall war R. v. Braun**) zum Kaiserschnitt gezwungen, da das nicht schwangere Horn sich nicht reponiren liess.

Fall V. Januar 1887 wurde ich poliklinisch zu einer 15. Gebärenden gerufen, bei welcher, wie der Praktikant meldete, der Kopf des einen Zwillings im kleinen Becken eingekeilt sei, und der Kopf des zweiten Kindes, der im Beckeneingang stehe, verhindere die Geburt des ersten. Als ich untersuchte, fand ich ein hartes, in der Form einem kleinen Kindskopf sehr ähnliches Myom der Cervix im kleinen Becken: der Muttermund war erweitert und über ihm der Kopf des Kindes zu fühlen. Das Kind war abgestorben; die Mutter hatte Fieber mit Schüttelfrost und Puls von 130. Die Reposition des Myomes in verschiedenen Lagen misslang. So wurde denn unter grossen Schwierigkeiten die Perforation vorgenommen und die Cranioclasie abgeschlossen. Im Puerperium wurde das Myom unter schwerem pyaemischen Fieber gangraenös und stiess sich ab. Die Frau blieb am Leben.

Fall VI. Der letzte Fall wurde am 4. Februar dieses Jahres vom Collegen Dr. Tross dem Wöchnerinnenasyl überwiesen. Es war eine Primipara, 26 Jahre alt, die annähernd ausgetragen und seit drei Tagen unter mässigen Wehen gekreisst hatte. Das Kind lag schräg in I. Lage, der Kopf auf dem linken Darmbein. Ganz links, hoch oben findet sich der für zwei Finger durchgängige Muttermund. Zu dem nur theilweise erweiterten Cervicalcanal heraus hängt wurstförmig die erhaltene Fruchtblase. Rechts kommt man über der Cervix an einen harten, glatten Tumor, der unbeweglich die ganze rechte Hälfte des Beckeneinganges einnimmt und nach oben bis zur Spina anterior super. hinaufreicht. Das Kind lebt. Hier handelte es sich um ein Myom des unteren Uterinsegmentes, das fast unbeweglich schien. Eine Reposition des Tumor, die in Narkose versucht wurde, gelang nicht und

*) Publicirt von Las Casas dos Santos: Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XIV, pag. 170.

**) Centralblatt f. Gyn. 1895, pag. 579.

konnte bei dem Sitz des Myomes nicht gelingen. Immerhin wurde gehofft, dass im weiteren Verlauf der Geburt der Tumor sich mehr und mehr nach oben ausziehen und retrahiren werde. Es wurde deshalb zur Schonung der Fruchtblase ein Kolpenrynter eingelegt und zunächst abgewartet. Da jedoch Tags darauf trotz lebhafter Wehentätigkeit die Geburt nicht voranschreitet, so wird die Sectio caesarea mit Exstirpation des Myomes beschlossen und am 5. II. Abends 6 Uhr vorgenommen. Wie in zwei früheren Fällen von Kaiserschnitt wird auch hier nach Eröffnung der Bauchhöhle und Hervorwälzen des Uterus ohne jede Compression der hohe Querschnitt nach Fritsch von Tube zu Tube angewandt. Die Blutung war eine ausserordentlich geringe. Die Placenta sass an der vorderen Wand und wurde durch den Schnitt an ihrem Rand eben noch gestreift, der Randsinus aber nicht eröffnet. Die Entwicklung des Kindes ging sehr leicht von statten. Darnach findet sich der Tumor von Mannskopfgrosse, ganz die rechte Seite des unteren Uterinsegmentes durchsetzend und subserös in's rechte Ligamentum latum entwickelt. Nun werden rasch die linken Anhänge und das Ligament in Partienligaturen gefasst und durchschnitten, ebenso rechts, soweit der Tumor es gestattet, dann über dem Myom das Peritoneum gespalten und der Schnitt quer über die am Uterus und zum Theil über den Tumor in die Höhe gezogene Blase nach links verlängert und das locker anhaftende Peritoneum in grossem Lappen abpräparirt. Es folgt die Enucleation des Tumor und die Ligation der theilweise entfalteten Cervix durch vier fortlaufende Partienligaturen. Vorher waren von der Uterushöhle aus die Eihäute aus dem Cervicalcanal zurückgezogen worden.

Die Erhaltung des Uterus war unmöglich, da das sehr grosse Myom die ganze Wand durchsetzte, so dass nach seiner Entfernung eine grosse, klaffende Lücke im rechten unteren Theil des Uterus zurückgeblieben wäre. Wenn man nun auch die verdickte Corpusmusculatur hier mit der stark verdünnten Cervix hätte zusammennähen können, so würden die Wundverhältnisse ausserordentlich complicirte geworden sein, und das Endresultat wäre doch wohl ein zum Austragen unfähiger Uterus gewesen. So zog ich es vor, den Uterus mit dem Tumor zu entfernen. Der Stumpf wird in typischer Weise mit dem vorderen Peritoneallappen überkleidet und versenkt.

Der weitere Verlauf war nur complicirt durch eine Gallensteinkolik der Patientin am 12. Tag mit Ikterus und Abgang eines kirschgrossen Steines. Eines Herzfehlers wegen konnte die Mutter nicht stillen. In der 4. Woche wurde sie mit gesundem Kind gesund entlassen.

Bei vorstehenden 6 Fällen handelte es sich also dreimal um reponible, dreimal um irreponible Tumoren in der Geburt. Alle 6 Mütter und 4 von den Kindern sind mit dem Leben davongekommen. Das ist ein gutes Resultat, wenn wir erfahren, dass nach Jetter bei 215 Fällen von Ovarialtumoren, die in der Geburt Hindernisse abgegeben hatten, 64 Mütter gestorben waren, also fast $\frac{1}{3}$ der Mütter und über die Hälfte der Kinder. Als Todesursachen spielen dabei Peritonitis in Folge von Ruptur der Cysten, Torsion der Tumoren, Ruptur des Uterus die Hauptrolle, also Complicationen, die bei planmässigem Vorgehen sich gewiss fast immer vermeiden lassen werden.

Während es sich in 3 meiner Fälle (1, 3 und 4) um reponible Tumoren gehandelt hat, bei denen nach der Reposition die Geburt spontan erfolgen konnte, und zweimal in der That spontan erfolgte, einmal durch Forceps beendet wurde, musste in 2 Fällen (No. 1 und 5) einmal bei irreponiblen Ovarialtumor, einmal bei einem Cervixmyom das bereits abgestorbene Kind

durch Perforation und Cranioclasie entfernt werden. Einmal (No. 6) wurde der Kaiserschnitt mit Exstirpation des myomatösen Uterus nothwendig.

Weitaus die beste Prognose für Mutter und Kind geben — das ist ohne Weiteres klar — die reponiblen Tumoren. Man wird also, sobald ein Tumor als Geburtshinderniss diagnosticirt ist, sich mit der Frage beschäftigen müssen, was es für ein Tumor sei, und ob derselbe aus dem kleinen in's grosse Becken zurückgebracht werden, und damit der Geburtsweg freigemacht werden könne. Wenn wir die Literatur überblicken, so nehmen die Ovarialtumoren hier die erste Stelle ein; von ihnen sind es die Dermoide, die am häufigsten adhaerent und irreponibel sind. Ausser den sehr seltenen Knochen- und Knorpeltumoren des Beckens kommt, wie es scheint, nicht ganz selten für die congenitale Dystopie der Niere in's Becken, von der 4 Fälle als Geburtshindernisse bekannt sind.*) Die congenital im Becken liegende Niere ist nicht reponibel.

Eigenthümliche Verhältnisse zeigen die Myome. Auch sehr tiefsitzende und grosse Tumoren können noch während der Geburt in die Höhe gezogen werden und die spontane Geburt ermöglichen.**) Offenbar findet dies nur dann statt, wenn das Myom nicht der Cervix, sondern dem unteren Uterinsegment angehört. Die eigentlichen Cervixmyome, wie ein solches in unserem Falle No. 5 vorlag, können ihre Lage durch Einwirkung der Wehen nicht verändern. Auch in Fall 6, wo das Myom dem unteren Uterinsegment angehörte, wurde vergebens auf dessen Höherentreten gewartet; hier durchsetzte der Tumor die ganze Dicke der Uteruswand und war noch tief in's rechte Parametrium entwickelt. Diese anatomische Lage machte ein Höherentreten des mannskopfgrossen Tumors unmöglich.

Ist die Art des Tumor festgestellt, so ist das Nächste, die Reposition zu versuchen. Diese kann in der Wehenpause durch Narkose in Rücken-, Seiten- oder Knieellenbogenlage gemacht werden. Unter allen Umständen zweckmässiger aber ist die Anwendung tiefer Narkose und nur bei stricter Contraindication sollte dieselbe unterlassen werden. Denn schon jeder Repositionsversuch regt die Wehentätigkeit und die Bauchpresse an. Ohne Narkose muss viel mehr Kraft angewandt werden; forcirtes Arbeiten bei der Reposition bringt aber dieselben Gefahren mit sich, die rohe Entbindungsversuche ohne Berücksichtigung des Geburtshindernisses gewöhnlich zur Folge haben: Quetschungen und Torsionen des Tumor mit ihren Folgen und schliesslich seine Zerreissung. Wenn dies auch in vielen Fällen von üblen Folgen nicht begleitet ist (wie auch in meinem Fall I), so tritt nach O l s h a u s e n beim Platzen von Dermoiden immer tödtliche Peritonitis ein.

Ist die Reposition gelungen, so werden wir, um ein Rückfallen des Tumor zu verhindern, den Kopf in's Becken einstellen, eventuell unter Sprengen der Fruchtblase. Ist die Geburt indessen noch nicht so weit fortgeschritten, dass das Sprengen der Blase angängig erscheint, so kann ein gut aufgespritzter Kolpeurynter, der das kleine Becken ausfüllt, den Tumor zurückhalten. Die Schonung der Fruchtblase vor sicherer Reposition des Tumor und Einstellung des Kopfes in's Becken ist um so nothwendiger, als gerade bei dieser Geburtscomplication Nabelschnurvorfälle recht häufig das Leben des Kindes bedroht.

Gelingt nun aber die Reposition nicht, so liegt die Sache wesentlich schwieriger.

*) Runge: Archiv für Gynäkologie XLI. pag. 99.

**) Schroeder-Hofmeier, Handbuch XII. Aufl. 1898 p. 339. No. 28.

Hier handelt es sich dann zunächst darum, ob der Tumor solid oder cystisch ist. Dies kann in der Geburt unter Umständen recht schwierig zu entscheiden sein. Myome sind oft ganz ausserordentlich weich, fühlen sich bei der puerperalen Succulenz der sie bedeckenden Gewebe oft geradezu fluctuirend an. Hier darf diagnostisch mit feinsten Hohladel eine vorsichtige Punction wohl gemacht werden. Ist nun aber die cystische Natur des Tumors festgestellt, so ist therapeutisch die Punction als ein nur mangelhafter und je nach dem Inhalt des Tumors geradezu gefährlicher Behelf zu verwerfen. Abgesehen davon, dass es unseren heutigen chirurgischen Anschauungen nicht entspricht, ein Gebilde anzustechen, das mit seiner Oberfläche uns nicht frei zu Tage liegt, können wir auch bei multiloculären Tumoren eine genügende Entleerung von einem Stielcanal aus gewöhnlich nicht herbeiführen. Denken wir auch an das gleichzeitige Vorkommen von Dermoid und Adenom. Und was hätte die Punction in unserem Fall III anrichten können? Es wäre mit Leichtigkeit eine verhängnisvolle Darpunction gemacht worden. Nein, die Punction ist zu verwerfen. Viel richtiger ist die breite Incision der Scheide und die Blosslegung des Tumors. Dem kann dann je nach Befund die Incision des Tumor mit seiner Ausräumung und folgender Vernähung mit den Scheidenwundrändern und Drainage folgen, wie dies Fritsch empfiehlt. Oder aber man exstirpirt unter günstigen Verhältnissen von der Scheide aus gleich den entleerten Tumor, wie dies Staude in der Geburt zielbewusst ausgeführt hat.

Loehlein hat für diese Fälle vorgeschlagen, den Tumor nach Koeliotomie vom Bauch aus zu reponiren und die Ovariectomie intra partum anzuschliessen, dann aber die Geburt sich selbst zu überlassen. Dieser Vorschlag hat viel für sich. Er umgeht die Gefahr, die wir für die nach der Geburt doch nicht zu umgehende Koeliotomie bei der Incision von der Scheide aus durch die gewöhnlich eintretende Vereiterung des Tumor im Wochenbett setzen. Aber er gewährt uns auch ferner die Möglichkeit, falls der Tumor auch vom Bauch aus sich nicht als reponirbar erweist, den Kaiserschnitt sofort anzuschliessen.

Der vaginalen wie der abdominalen Ovariectomie intra partrum gegenüber äussert Hohl*) ernste Bedenken, die durch seinen Chef Fehling unterstützt werden. Das Abrutschen der Ligaturen nach der Geburt bei einer kurz vor Eintritt der Geburt Ovariectomirten hatte eine tödtliche Blutung zur Folge gehabt.

Ich kann die Bedenken nicht theilen.***) Nachdem Fehling's Fall nun einmal bekannt ist, wird man sich durch doppelte Vorsicht, durch gut gesicherte Partienligaturen und durch isolirte Unterbindung der einzelnen Gefässe zu schützen suchen.

Im Falle der Unsicherheit der Gefässversorgung dürfte man, wie auch Hohl meint, die Sectio caesarea heutzutage anschliessen.

Jedenfalls darf und muss man gerade in diesen Fällen individualisiren, wobei die Frage, ob der Genitalcanal von Anfang der Geburt an aseptisch gehalten ist, oder ob schon vielfach untersucht ist und gar Entbindungsversuche stattgefunden haben, bei der Entscheidung für die radicalen oder die palliativen Wege von grösster Wichtigkeit ist.

Bei soliden, irreponibeln Tumoren kann es sich aber nur um 2 Dinge handeln: ist der Tumor von der Scheide aus exstirpirbar oder nicht.

*) Hohl: Archiv f. Gynäk. Bd. LII, pag. 425.

**) Pfannenstiel: J. Seit's Handbuch d. Gynäk. Bd. III, pag. 492.