

so kann der „tote Gang“ verringert und die Austreibungsperiode wesentlich abgekürzt werden. Die nachfolgende Manualhilfe wird durch diese Hilfeleistung nicht beeinträchtigt, sofern sich der Geburtshelfer wirklich auf das „Halten des Steißes“ beschränkt. Das im einzelnen beschriebene Vorgehen hat in erster Linie die Schonung des Kindes in der Austreibungsperiode zum Ziel.

Schrifttum

Bickenbach, W., zit. nach Geburtshilfliche Operationen von H. Martius, 10. Aufl. Stuttgart 1967. — Billich, R., Zbl. Gynäk. **88** (1966) 1804. — Döring, G. K., und V. Krauss, Diss. München 1966. — Gerisch G., und K. F. Martin, Med. Klin. **55** (1960) 2045. — Grün, D., Diss. München 1967. — Hall, J. E., S. G. Kohl, F. O'Brien und M. Ginsberg, Amer. J. Obstet. Gynec. **91** (1965) 665. — Hellman, L. M., und M. Prystowsky, Amer. J. Obstet. Gynec. **63** (1952) 1223. — Hollstein, K., Geburtsh. u. Frauenheilk. **19** (1959) 843. — Hußlein, H., Zbl. Gynäk. **87** (1965) 682. — Kahn, L., Zbl. Gynäk. **87** (1965) 692. — Kayser, H. W., Zbl. Gynäk. **87** (1965) 316. — Lauterwein, C., Zbl. Gynäk. **87** (1965) 317. — Mair, J., Lancet **1953**, 361. — Martius, G., Zbl. Gynäk. **86** (1964) 91; Geburtshilfliche Operationen von H. Martius, 10. Aufl. Stuttgart 1967. — Martius, G., und E. J. Hiekl, Geburtsh. u. Frauenheilk. **26** (1966) 1152. — Narik, G., Zbl. Gynäk. **77** (1955) 1677. — Richard, P. A., F. Mesnard, J. H. Soutoul und F. Lapierre, Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstét. franç. **17** (1965) 512. — Roth, F., Schweiz. med. Wschr. **91** (1961) 1337. — Schnell, K. H., und W. Anton, Zbl. Gynäk. **87** (1965) 687. — Seel, W., Zbl. Gynäk. **87** (1965) 318.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. G. Martius, Chefarzt am Martin-Luther-Krankenhaus, 1 Berlin 33, Caspar-Theyß-Str. 27/29

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin

Sitzung am 24. 11. 1967

Vorsitzender: G. Hörmann; Schriftführer: G. Imholz

I. Demonstrationen

Lax, H. (Berlin): Schwere Genitalverletzung bei Abtreibungsversuch. Am 27. 4. 1964 wurde eine 16 Jahre alte Schülerin im Zustand eines schweren Schock aufgenommen. Die erste Hilfe leistete eine Unfallstation, von der die Patientin wegen einer starken Genitalblutung sofort in die Klinik weiterverlegt wurde. Die Patientin war pulslos und nicht ansprechbar. Nach Infusion von 4 Blutkonserven und der üblichen medikamentösen Schockbekämpfung konnte eine Untersuchung und eine Aussprache mit der Patientin erfolgen. Sie gab an, daß ihre erwartete Regel eine Woche ausgeblieben sei, und daß die Mutter gedroht habe, falls sie schwanger wäre. Die Schwangerschaftsteste waren negativ. Um eine Blutung zu erzeugen, habe sie sich eine mit Benzin gefüllte kleine Underberg-Schnapsflasche mit Metalldeckelverschraubung in die Scheide eingeführt, und das aus der Scheide herausstehende Ende mit einer brennenden Kerze angewärmt. Inwieweit bei diesem Unternehmen ihr Freund beteiligt war, ließ sich nicht feststellen. Schon nach kurzer Zeit der Erwärmung explodierte die Flasche und führte zu einer völligen Zerreißung der Organe des kleinen Beckens. Die Vulva war durch die Sprengwirkung zerfetzt, von der Scheide war kaum noch etwas zu erkennen außer einem etwa 2 bis 3 cm breiten und 5 cm langen Lappen, der an der Portio vorn herabhing. Der Uterus selbst stand etwa in Höhe des Nabels. Dort fand sich auch die am Ende der Urethra abgerissene Harnblase. Beide parametranen Räume waren mit Blut angefüllt. Eine große Zahl von Glas- und Metallsplintern mußte entfernt werden, um schließlich einen Überblick über die zerstörte Anatomie zu bekommen. Unverletzt schienen beide Ureteren und das Peritoneum. Es blutete außerordentlich stark, jedoch war beiderseits die Arteria uterina nicht verletzt. Nach Spülung und Ausräumung der weit mehr als doppelfaustgroßen Hämatome wurde eine sorgfältige

Blutstillung vorgenommen. Das größte Problem schien zunächst die Wiedervereinigung von Harnblase und Urethra. Mit Katgutfäden wurde die Harnblasenöffnung zirkulär umsäumt und diese Fäden von innen durch die an der Symphyse noch hängende Urethra nach außen durchgezogen. Auf diese Weise ließ sich eine Kontinuität herstellen, die mit Katgutkopfnähten verankert wurde. Ein sicherer Schluß der unter der Symphyse gelegenen vorderen Harnröhrenwand war nicht mit der gewünschten Zuverlässigkeit herzustellen. Über diese Naht wurde der herabhängende Scheidenlappen gezogen und vorn am Introitus fixiert. Um eine Entlastung zu erzielen, wurden schließlich erkennbare, fingernagelgroße Bezirke der hinteren Scheidenwand mit Knopfnähten so zusammengenäht, daß der Uterus nach hinten zu etwas fixiert werden konnte. Anschließend eine typische hintere Scheidenplastik mit Levatornähten und Schluß des Dammes. Beide parametranen Räume wurden drainiert, ohne den Versuch zu machen, sie zu verschließen. — Anschließend Laparotomie, um sicher zu sein, daß keine intraperitoneale Verletzung aufgetreten war, und Fixierung der Harnblase am Symphysenknochen nach der Methode von Marshall-Marchetti, wobei das paravesikale Gewebe verwendet wurde. Verschuß der Bauchdecken unter Antibiotikaschutz; langsame Heilung bis zum 1. 8. 1964. — Bei der Entlassung konnte die Patientin stundenweise den Urin halten, hatte jedoch noch kein Gefühl für den Füllungszustand der Blase. Die Harnentleerung konnte unter Verwendung der Bauchpresse etwa alle 4 Stunden spontan erfolgen, nur geringe Restharnmenge. — Bei der Entlassung ausführliche persönliche Belehrung über Empfängnischutz, Kohabitationsverbot für wenigstens 6 Wochen. Die normale Periode trat am 15. 8. ein. Die Scheide hatte sich in verblüffender Weise regeneriert und stellte ein leidlich glattes Scheidenrohr dar. Die parametranen Räume waren noch etwas infiltriert, jedoch ohne Höhlenbildung. — 15 Tage nach der Regel im August, also 4 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik, wurde die Patientin bei der ersten Kohabitation schwanger. Am 3. 5. 1965 kam es zu einer Spontangeburt mens. IX. Das Kind mußte seit mehreren Tagen abgestorben gewesen sein. Eine Schwangerenberatung hatte die Patientin nicht aufgesucht. Nach dem Partus Anfang Mai hatte die Patientin noch 2mal ihre Regelblutung, zuletzt am 27. 7. 1965. Anschließend erneute Schwangerschaft mit Spontangeburt eines gesunden Mädchens am 29. 3. 1966 (2600 g, 52 cm). Die Patientin ist vollständig kontinent, hat keinerlei Beschwerden bei der Miktion, außer geringer Narbenbildung besteht am Genitale und an der Harnblase kein krankhafter Befund mehr. Als Grund für den günstigen Verlauf bei einer derartigen Zertrümmerung sehe ich folgende Punkte: 1. Das Peritoneum blieb intakt. 2. Es wurde weder die Arteria uterina noch der Ureter verletzt. 3. Das Glück, daß ein Scheidenlappen zur Deckung der Blasennaht erhalten geblieben war und so die Nahtstelle vor einer Sekundärinfektion bewahrt werden konnte. 4. Die Jugend der Patientin mit der erstaunlichen Regenerationsmöglichkeit des Scheidenepithel.

Aussprache zu Lax: G. Hörmann: Die von Lax demonstrierte schreckliche Genitalverletzung mit dem großartigen Operationserfolg dürfte einmalig sein. Das explodierte Underberg-Fläschchen als Verletzungsgegenstand erinnert mich an eine Beobachtung, die von G a n s e und H o h l b e i n (1957) im Zbl. Gynäk. erwähnt wird. Hier war ein Likörglas eingeführt worden, allerdings nicht mit dem Ziel der Abtreibung, sondern als Antikonzipienz. Das Glas war bei einem Sturz zersplittert und hatte beide Ureteren verletzt, so daß doppelseitige Ureter-Scheidenfisteln entstanden. Die Ureterimplantationen waren erfolgreich.

Kreuzer, G. (Berlin): Zwei Fälle von Chorionepitheliom. In unserem ersten Fall handelte es sich um eine 53jährige Frau, bei der mit 47 Jahren eine Blasenmole mens. II bis III ausgetrieben wurde. Histologisch fand sich eine mäßige Proliferation des Chorionepithel. — 4 Monate später erbrachte eine neue Abrasio wegen Dauerblutung nur normales Endometrium. Ein Krötentest fiel negativ aus. — 6 Jahre nach der Blasenmole und 2 Jahre nach der inzwischen eingetretenen Menopause manifestierte sich im Uterus ein typisches Chorionepitheliom mit Metastasen in beiden Lungen, paravaginal und in den iliakalen Lymphknoten. Beide Ovarien waren unauffällig. Wenige Wochen nach den ersten Symptomen trat der Exitus letalis ein. — Im 2. Fall handelte es sich um eine 20jährige Patientin, die 1½ Jahre zuvor von einer Frühgeburt mens. VIII entbunden wurde. Wegen einer Placenta adhaerens war eine manuelle Lösung sowie eine Nachkürrettage notwendig. Nach einem beschwerdefreien Intervall mit regelmäßigen Blutungen unter Ovulationshemmern