



# Kaiserschnitt

durch narbige Stenose der Vagina bedingt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

## Doktorwürde

in der

### Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

**Dr. Johann von Säxinger**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

**Maximilian Barnstedt**

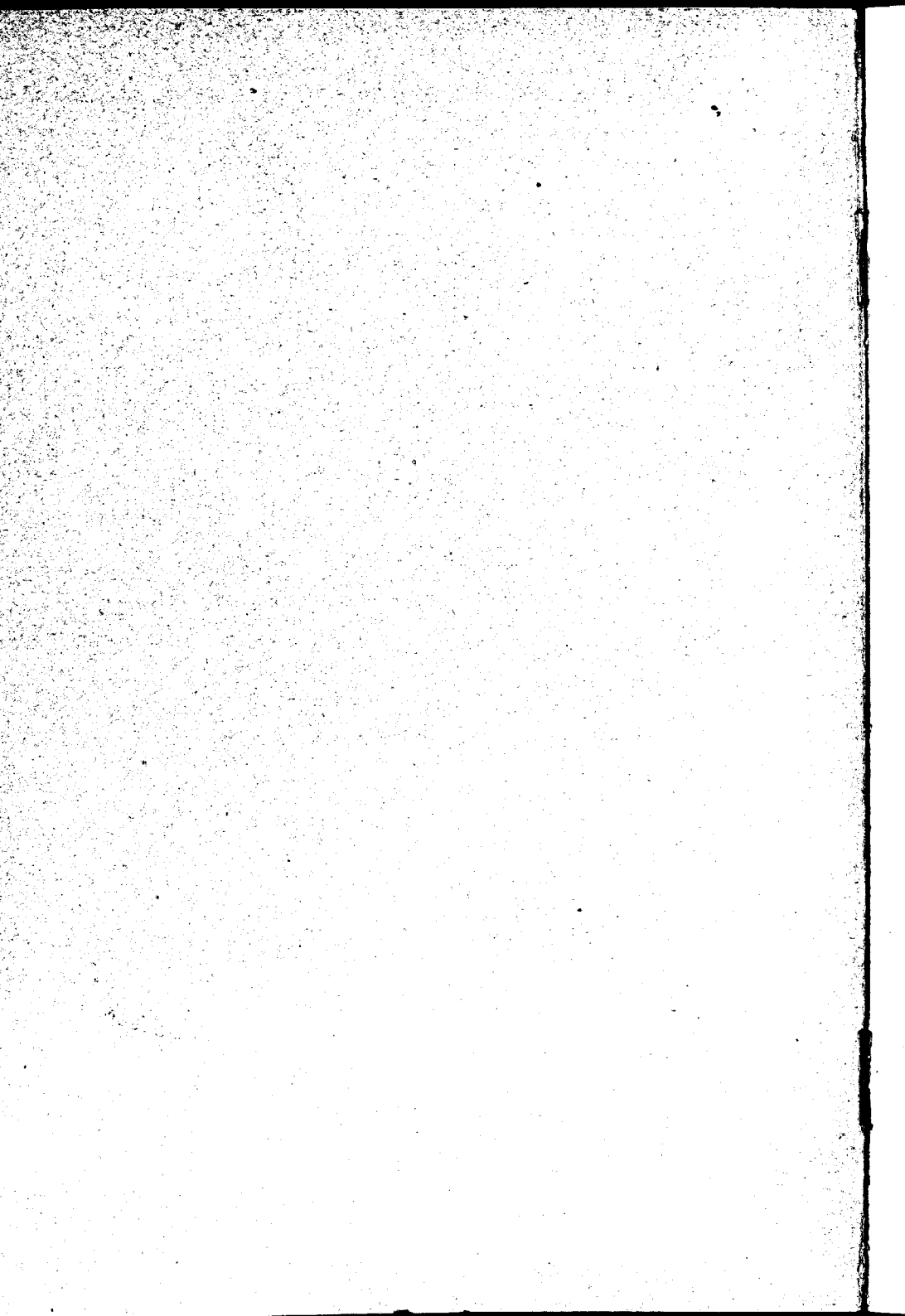
approb. Arzt aus Oldenburg.



Tübingen,

Verlag von Franz Pietzcker

1893.



# Kaiserschnitt

durch narbige Stenose der Vagina bedingt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung  
der

**D o k t o r w ü r d e**

in der

**Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe**

unter dem Präsidium

von

**Dr. Johann von Säxinger**

o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Universitäts-Frauenklinik

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

**Maximilian Barnstedt**

approb. Arzt aus Oldenburg.

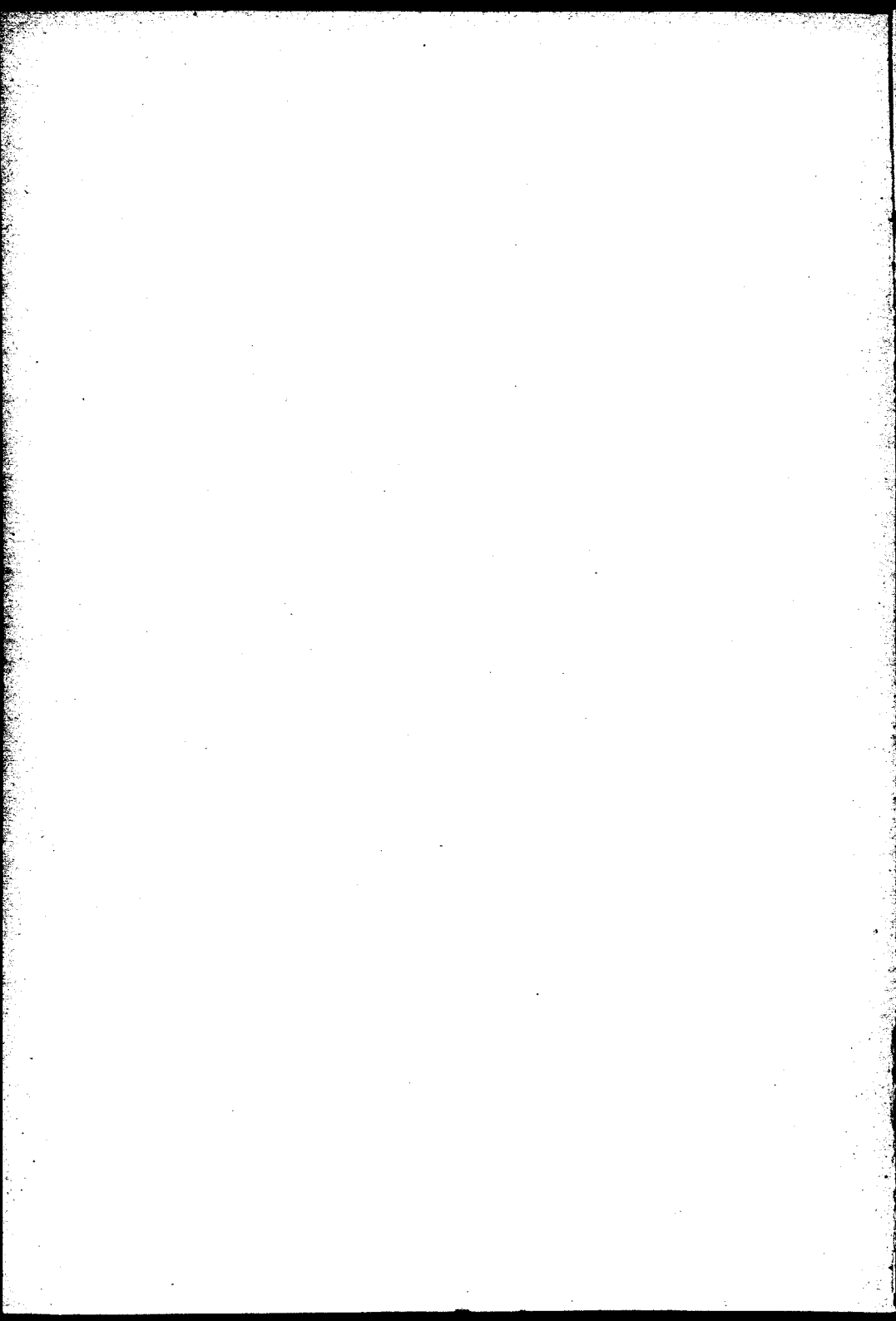


---

Tübingen,

Verlag von Franz Pietzcker

1893.



Herr Professor v. Sae xinger hat mir zu meiner Dissertation einen Fall von Kaiserschnitt bedingt durch narbige Stenose der Vagina überlassen, wofür ich ihm verbindlichst danke.

Der Fall ist folgender:

Frau K., 27 Jahre alt, wurde am 10. Febr. 1890 in die Klinik aufgenommen. Sie hat schon einmal und zwar am 7. Mai 1889 am Ende der Schwangerschaft geboren. Die Geburt war schwer und dauerte 4 Tage. Nach Abfluss des Fruchtwassers kreisste die Frau noch 2 Tage lang und sehr schmerzhaft. Das Kind, ein grosser, kräftiger, ausgetragener Knabe, kam tot zur Welt und soll am Kopf mehrere Eindrücke gehabt haben. Im Wochenbett war sie krank, hatte hohes Fieber, mehrere Schüttelfröste und einen übelriechenden reichlichen Ausfluss aus der Scheide, mit welchem längere Zeit Fetzen abgegangen sind.

Bei der Aufnahme fand man eine kleine, nur 145 cm grosse Frau von sehr zarter, schwächlicher Constitution und gracilem Knochenbau. Die Wirbelsäule zeigt im Brustteil eine leichte Kyphose. Die Masse des Beckens sind Spin. ant. sup. 25,5, Cristae.

27,0, Trochant. 29,0, Conjugata externa 17,0, Peripherie des Beckens 78,0. Äusserlich sieht und fühlt man, dass die untere Hälfte des Kreuzbeins nahezu rechtwinklig nach vorn umgebogen ist. An einzelnen Stellen fühlt man rachitischen Rosenkranz. Bei der inneren Untersuchung findet man die Scheide schon 3 cm vom Introitus entfernt stenosiert und zwar trichterförmig, in die Spitze des Trichters kann man oben den Zeigefinger teilweise einführen.

Ein Versuch, die Stenose mit dem Finger zu erweitern verursacht grosse Schmerzen und ist erfolglos. Die Stenose ist durch dickes, sehr straffes, unnachgiebiges Narbengewebe gebildet. Führt man eine Sonde durch die Öffnung hindurch, so lässt sich nachweisen, dass der über der Stenose gelegene Teil der Scheide von normaler Weite und Beschaffenheit ist. Das Becken lässt sich von der Scheide aus nicht abtasten, vom Mastdarm aus fühlt man den unteren Teil des Kreuzbeins nahezu rechtwinklig nach vorn abgeknickt; das Promontorium selbst ist nicht zu erreichen, dagegen fühlt man, dass die oberen Kreuzbeinwirbel weit nach links extramedian stehen, wodurch die linke Beckenhälfte bedeutend verengt wird, die linke Linea innominata hat einen gestreckteren Verlauf als rechts, während die schräge Masse nach Naegele keinen Verdacht auf ein schräg verengtes Becken rechtfertigen. Die Verbindungen der einzelnen Kreuzbeinwirbel sind deutlich zu fühlen und springen hervor. Die Concavität des Kreuz-

beins ist sowohl von oben nach unten, als auch von einer Seite zur anderen aufgehoben. Beckenenge, Höhle und Ausgang scheinen nicht erheblich verengt zu sein, an der hinteren Fläche der Schamfuge findet sich eine kleine Exostose.

Der Uterus steht 3fingerbreit unter dem Nabel, am 18. Oktober soll die letzte Periode dagewesen sein. Die Frau wäre daher nach ihrer Rechnung in der 17. bis 18. Woche der Schwangerschaft. Es wird versucht, durch Einlegen von Hegar'schen Dilatatoren die Stenose zu erweitern, was aber nur wenig Erfolg hat und grosse Schmerzen bereitet, wesshalb man zur Incision schreitet. Es werden nach beiden Seiten und nach hinten tiefe Einschnitte gemacht, so dass man jetzt bequem den über der Stenose liegenden Teil der Scheide austasten kann, dieser ist normal beschaffen, der Muttermund beiderseits eingerissen, im rechten Scheidengewölbe verläuft bis gegen das Becken hin eine bleistiftdicke, scharf vorspringende, sehr schmerzhaft Narbe. Um die Incisionen offen zu erhalten, wird die Stenose fest mit Jodoformgaze tamponiert und der Tampon nach einigen Tagen wieder erneuert. Aber auch diese Behandlung hatte wenig Erfolg, Patientin verlangt entlassen zu werden und verspricht, sich von Zeit zu Zeit zur Untersuchung wieder einzufinden. Am 27. Mai kam sie wieder in die Klinik, da zu Hause ohne Veranlassung plötzlich eine profuse Blutung eintrat. In der Klinik hörte die Blutung bei ruhiger Bettlage bald wieder auf.

Bezüglich der Stenose war der Befund gegenüber der ersten Aufnahme insofern besser, als der Zeigefinger leichter durch die stenosierte Stelle hindurch ging, der Muttermund war sammt dem Cervix für den Finger durchgängig, man konnte nirgends ein Vorliegen der Placenta nachweisen. Um beim eventuellen Eintritt einer weiteren Blutung bequemer die Scheide zugänglich zu machen, wird abermals die Narbe nach 3 Richtungen tief incidiert und die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert. Die Stenose wird dadurch wesentlich erweitert, so dass man jetzt noch bequemer untersuchen kann. Beim Durchführen des Fingers durch die enge Stelle fühlt man deutlich eine Contraction von der Narbe aus, der Finger lässt sich dann schwerer bewegen. Der Uterus steht hoch, nach der Rechnung der Patientin wäre die Schwangerschaft — letzte Periode am 18. Oktober — jetzt am 23. Juni etwa bis zur 35. bis 36. Woche vorgeschritten, was mit der Entwicklung des Kindes aber nicht stimmt, dieses ist für diese Zeit zu klein, so dass die Angabe der Frau bezweifelt werden muss; immerhin war das Kind so entwickelt, dass man an die Einleitung der künstlichen Frühgeburt denken konnte, umso mehr als die Frau von dem Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft anfangs nichts wissen wollte. Am 23. Juni wird morgens eine laue Scheidendouche gemacht, wobei mit dem Finger genau nachgefühlt wurde, ob das injizierte Wasser auch stets freien Abfluss hat. Als jedoch kaum ein halber Liter Wasser eingespült war, trat eine



leichte Blutung ein, wesshalb die Injection sofort ausgesetzt wurde. Die Blutung dauerte mässig aber durch längere Zeit fort und hörte erst später allmähig auf. Bei der jetzt vorsichtig vorgenommenen innern Untersuchung konnte man über dem innern Muttermund nach vorn einen kleinen gelösten Lappen der Placenta fühlen. Allmähig traten Wehen ein, anfangs kurz dauernd und schwächer aber rasch aufeinander folgend. Die Frau wurde, trotzdem die Blutung nicht wieder eintrat, plötzlich sehr schwach, sie wurde stimuliert, der Puls blieb klein, frequent 120 Schläge; der Muttermund war etwa markstückgross. Die Situation war eine überaus kritische, Placenta praevia bei einer von Hause aus überaus zarten, schwächlichen, durch die erste sehr schwere Geburt noch sehr erschöpften Frau; hochgradig narbige Stenose der Vagina, die trotz der Einschnitte sich nur so weit erweitern liess, dass man einen Finger hindurchführen konnte, ohne dass es jedoch möglich gewesen wäre, einen Fuss herabzustrecken, was aber auch desshalb nicht indiciert gewesen wäre, da es ohne grosse Blutung und auch desshalb nicht möglich schien, die Geburt durch die Scheide zu vollenden, da nach früherer Erfahrung selbst tiefe, nach allen Seiten ausgeführte Schnitte keine solche Erweiterung der dicken, überaus festen, unnachgiebigen Narbe ermöglichten, dass des Kindes Körper hätte hindurch gezogen werden können. Andererseits war der Zustand der Frau ein solcher, dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit sich sagen konnte,

dass eine nur halbwegs starke weitere Blutung den Tod der Frau herbeiführen würde; es war eine von jenen zum Glück nicht so häufigen Situationen, wo bei jedem wie immer beschaffenen Versuch, die Entbindung zu vollenden, der Tod der Frau das wahrscheinlichste war. Die geduldige Frau, welche die grosse Gefahr, in der sie schwebte, einsah, liess sich aber doch genau informieren und entschloss sich im Interesse des lebenden Kindes für den Kaiserschnitt und bat um die Ausführung desselben. Dieser wurde von Herrn Professor v. Saexinger am 24. Juni morgens 7 Uhr ausgeführt unter Einhaltung aller Regeln der antiseptis. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Uterus herausgenommen, der Schlauch herumgelegt und incidiert, das untere Ende des Schnittes trifft einen Teil der an der vorderen Wand nach abwärts sitzenden Placenta. Sehr rasch wird das Kind entwickelt, das leicht asphyctisch zur Welt kam, aber bald wieder belebt wurde. Die Lösung der Placenta ging rasch von statten, um eine Gravidität zu vermeiden, wurden die beiden Ovarien entfernt und der Uterus durch tiefe und oberflächliche Nähte geschlossen. Das Entfernen der Ovarien geschah auf Wunsch der Frau und des Mannes. Die Patientin überstand die Operation verhältnismässig gut, der Puls war zwar klein, sehr frequent, ist aber durch den operativen Eingriff nicht schlechter geworden. Die Frau erholte sich nach der Operation ziemlich gut, der Blutverlust war mässig, Kochsalz, Kampfer- und Ätherinjectionen, sowie Cognac-

klystiere erhalten die Kräfte, die Frau ist bei Besinnung, klagt über grosse Schwäche aber keine Schmerzen, Blutung ist nach der Operation nicht mehr eingetreten. So blieb der Zustand bis am Morgen des 25. Juni, da trat zwischen 8 und 9 Uhr grosse Schwäche ein, Patientin wird unruhig, die Athmung wird oberflächlich sehr frequent, der Puls ist kaum fühlbar, Äther-, Kampferinjectionen, sowie Cognac-Klystiere heben die Kräfte nur vorübergehend wieder, bis Mittags neuerdings Collaps eintritt, der um 2 Uhr Nachmittags den Tod herbeiführt. Die Sektion wurde leider nicht gestattet.

Bei der grossen Seltenheit derartiger Geburtsfälle will ich auch die in den letzten Jahren veröffentlichten Fälle im Auszug mitteilen.

Bei Gfrörer «Über angeborene Verengerung der Scheide als Geburtshindernis» finde ich auf S. 36 eine Beobachtung, wo es heisst: «Fall XIII. Entbindung einer Frau auf natürlichem Wege, welche früher durch den Kaiserschnitt entbunden worden war». Mitgeteilt von Behm (N. Z. f. G. B. X S. 8, Berlin 1841). Es findet sich hier nur die Thatsache, dass die Frau durch den Kaiserschnitt vor 4 Jahren von einem toten Kinde entbunden worden war. Eine ähnliche Mitteilung von Weinbaum finde ich bei Danneberg «Über Schwangerschaft und Geburt bei Atresie oder Stenose der Scheide», wo der Kaiserschnitt nötig wurde wegen vollständigen Verschlusses der Scheide, während die Em-

pfängnis durch die Urethra auf dem Wege einer alten Blasenscheidenfistel stattgefunden hatte.

### Geburtsgeschichte Nr. I.

Centralblatt für Gynaekologie von Fritsch 1883, Nr. 25 S. 406 L. Dejacq: Kaiserschnitt nach Porro.

Die 25jährige Zweitgeschwängerte hatte bei der ersten Entbindung eine fast vollständige Atresie der Vagina und eine Rectovaginalfistel acquiriert. Alle Versuche, die erstere mit Quällmitteln oder auf blutigem Wege zu beseitigen, blieben erfolglos. Nach einer letzten sehr genauen Untersuchung im siebten Monat der Gravidität gab D. den Plan, nach Beginn der Geburt durch Spaltung der hinteren Blasen- oder der vorderen Rectalwand dem Foetus das Passieren der Scheide zu ermöglichen, auf und beschloss, am Ende der Gravidität die Sectio caesarea nach der Porroschen Methode zu machen.

Zur Umschnürung des Cervix wurde eine Metallschlinge benützt. Der Blutverlust der Patientin war ein sehr geringer. Der Stumpf wurde durch kreuzweis eingestochene Nadeln und einige ihn mit den Bauchdecken verbindende Seidennähte im unteren Wundwinkel befestigt. Der Verlauf war ein sehr günstiger, Höchste Temperatur (am 6. Tage nach der Operation) 38,5°. Drei Wochen nach der Operation verliess Patientin zum ersten Male das Bett. Das anfangs leicht asphyktische,

aber bald wieder belebte Kind starb später infolge schlechter Ernährung.

## Geburtsgeschichte Nr. II.

Centralblatt der Gynaekologie von Fritsch 1879, Nr. 1. Beitrag zur Statistik der Kaiserschnitte nach Porro von Th. Litzmann in Kiel. (Cit. nach Roman «Über Verwachsung der Scheide».)

Frau W., 29 Jahre alt. Zweitgebärend. Allgemein verengtes plattes asymmetrisches Becken mit einer Conjugata vera von 7,0—7,3 cm. Erste rechtzeitige Geburt vor zwei Jahren, nach mehrfachen vergeblichen Versuchen mit der Zange durch die Perforation beendet. Letzte Menstruation zu Anfang Oktober 1877. Am 12. Juni 1878 morgens 3 Uhr Abfluss des Fruchtwassers ohne vorher empfundene Wehen. Frucht klein, in erster Diagonale mit der Rückenfläche nach links, Kopf beweglich auf dem Beckeneingang. Die enge, normal lange Scheide endet nach oben mit stumpfkegelförmigem Gewölbe blind. Ihre Wand ist ringsum, vorzugsweise rechts von zahlreichen Narbensträngen durchsetzt, welche meridional verlaufend, in einer kleinen, etwas nach rechts vom Scheitel des Blindsackes gelegenen Öffnung zusammentreffen. Es gelingt nicht, eine Sonde durch diese Öffnung hindurchzuschieben, wohl aber sieht man im Speculum, wie leicht getrübbtes Fruchtwasser in einem kontinuierlichen schwachen Strome aus ihr hervorrieselt.

Vom Rectum her fühlt man als Fortsetzung des den Kopf umschliessenden unteren Uterinsegmentes einen etwa 2 cm langen, derben Zapfen, dessen unteres Ende gegen die Stelle der Öffnung im Scheidengewölbe gerichtet ist.

Erst am Morgen des 14. Juni setzten die Wehen stärker ein mit reichlicherem Wasserabfluss und allmählicher geringer Auflockerung der Narbenstränge in der Scheidenwand, ohne dass der Kopf ins Becken eintrat. Gegen Mittag wurden die Wehen immer schmerzhafter, die Temperatur war um 1½ Uhr Nachmittags bis auf 38,4 im Rectum gestiegen, der Herzschlag in normaler Frequenz laut vernehmbar. So entschloss er sich, den Kaiserschnitt zu machen, und bei der Unmöglichkeit, den Lochien einen freien Abfluss durch die Scheide zu sichern, die Extirpation des Uterus folgen zu lassen. Die Operation wurde unter den Listerschen Cautelen ausgeführt und ein lebendes Kind von 2590 gr Gewicht und 34,5 cm Länge entwickelt.

Leider unterlag die Wöchnerin am 6. Tage nach der Operation einer septischen Peritonitis.

### **Sektionsbefund.**

In der oberen und rechtsseitigen, gegen den eröffneten Jaucheherd abgeschlossenen Teil der Bauchhöhle, zwischen den aufgeblähten Darmschlingen verteilt, befand sich reichlich schmutzige, jauchige Flüssigkeit. Das

Schnürstück des Uterusstumpfes erschien gleichmässig stark haemorrhagisch infiltriert, ein Teil der Gefässe mit Thromben erfüllt. Es hatte auf dem Durchschnitt eine gleichmässig hellrote Farbe und die Konsistenz von weichem Kautschuk. Die einzelnen Ligaturen umschlossen mit fest geschürzten Knoten die gefassten Gewebspartieen, doch so, dass bei den meisten zwischen den Fäden und der matschen Uterussubstanz eine dünne Sonde sich einschieben liess, während bei einem Teile dies nicht gelang. Ein senkrechter Durchschnitt des Uterusrestes zeigte das Lumen desselben noch erhalten; die Wände convergierten nach unten gegen die Öffnung im Scheidengewölbe, an welcher die reichlich 1 cm dicke Cervikalwand in die sehr viel dünnere Vaginalwand überging. Auch das paracervikale Bindegewebe war eine Strecke aufwärts von jener Öffnung von narbigen Schwielen durchzogen.

Es war nicht zweifelhaft, dass in diesem Falle das zersetzte Sekret, welches im Cervikalkanal nach sechsstündiger Geburtsdauer stagnierte und später durch die Scheide abfloss, die Infektion bewirkte.

### Geburtsgeschichte Nr. III.

Levi, Biblioth. for Laeger. Okt. 1860 (cit. nach P. Müller: Über Utero-vaginale Atresien und Stenosen).

Eine 25jährige Person, früher regelmässig menstruiert, wurde schwanger. Bei der am normalen Ende



der Gravidität sich einstellenden Wehenthätigkeit sah man die Scheide in einer Höhe von 1 Zoll fest geschlossen; bei der Untersuchung per rectum fand man die Scheide in ihrem ganzen Verlaufe obliteriert, den Kopf des Kindes vorliegend. Man fand sich veranlasst, wegen dieser hochgradigen Verschliessung den Kaiserschnitt auszuführen. Die Wöchnerin starb am 3. Tage.

Die Untersuchung der Genitalien ergab Folgendes: Der Uterus zeigte sich sowohl in seinen Wandungen als in seiner Innenfläche ganz gesund; sein völlig normal ausgeweitetes unteres Segment endigte in eine flach vertiefte, schwach gestrahlte, feste und glatte kleine Narbenfläche vom Umfange einer Erbse, welche ohne deutlich bezeichnete Grenze in die innere Fläche des Mutterhalses überging; letzterer zeigte sich nur im Umkreise der nächsten Linien etwas glatter und bleicher gefärbt als sonst. In einer Strecke von über 2 Zoll vom Muttermunde war nichts von der Höhle oder Schleimhaut der Scheide vorhanden, es fand sich nur eine fingerdicke, derbe, feste, fibröse Masse, welche überall rot gefärbt, besonders longitudinale Muskelfasern enthielt. Eine Narbenspur liess sich in dem Grunde der sackförmig geschlossenen Mutterscheide nicht auffinden, dieselbe war vielmehr mit normaler Schleimhaut ausgekleidet. (Eine genauere Nachforschung ergab als wahrscheinlich, dass während der Gravidität, um einen Abort herbeizuführen, eine ätzende Flüssigkeit in die Genitalien eingespritzt wurde, die einen so hochgradigen Ulcerationsprozess



herbeiführte, worauf auch die Narben an den äusseren Genitalien und After hindeuteten.)

### Therapie.

Bei der Vielgestaltigkeit der Fälle von narbigen Stenosen und Stenosen der Vagina überhaupt sowohl der angeborenen als erworbenen, würde es zu weit führen, alle Eventualitäten ins Auge zu fassen und entsprechende Ratschläge für die Behandlung der Fälle zu geben. Ich will mich daher begnügen, das, was aus der Behandlung der zahlreichen bekannten Fälle als das empfehlenswerteste für die Behandlung ergibt, im Auszug wiederzugeben.

Man überlasse bei angeborenen Stenosen die Geburt so lange als möglich der Natur und lasse Kunsthilfe nur dann eintreten, wenn die Verzögerung der Geburt Gefahr für Mutter und Kind mit sich bringt, oder wenn plötzliche unangenehme Complicationen die Beendigung der Geburt unumgänglich notwendig machen. Dagegen wird man bei narbigen oder bei den angeborenen Stenosen von sehniger oder callöser Beschaffenheit Operationen gewöhnlich nicht vermeiden können und wird in den Fällen am besten eine blutige Erweiterung der verengten Stelle mit dem Messer vornehmen.

Was den Zeitpunkt der Operation anbetrifft, so warte man bei angeborenen Stenosen jedenfalls bis zur Geburt, da dieselbe meist doch noch spontan er-

folgt, und weil man durch ein Eingreifen während der Schwangerschaft zu leicht Abort oder Frühgeburt herbeiführen kann. Auch bei erworbenen Stenosen wird man gewöhnlich erst unter der Geburt zum Operieren kommen, es ist jedoch hier viel rationeller, an ein Eingreifen während der Schwangerschaft zu denken, da dasselbe sich in der Regel doch nicht umgehen lässt, und schliesslich bei der viel schlechteren Prognose dieser Stenosen eine ev. eintretende Frühgeburt kein zu grosses Unglück wäre; es wäre daher zu empfehlen, den operativen Eingriff, wenn möglich, in den letzten Wochen der Schwangerschaft vorzunehmen, um, falls derselbe zur Frühgeburt führen sollte, ein lebensfähiges Kind zu erhalten.

Es bleiben nun noch die Fälle übrig, in denen sich aus irgend welchen Gründen keine der bis jetzt besprochenen Arten der Therapie zur Anwendung bringen lässt, wo kurz gesagt, eine Geburt auf natürlichem Wege nicht möglich ist. Hier ist dann die schwerste geburts-hilfliche Operation zur Notwendigkeit geworden, nämlich der Kaiserschnitt. Dass dieser Fall zu den grössten Seltenheiten gehört, beweist schon die Thatsache, dass man in den Lehrbüchern und Monographien die Stenosen der weichen Geburtswege überhaupt nicht unter die Indikationen zum Kaiserschnitt gerechnet findet. So sagt z. B. Dieffenbach (Giessen 1860): «Vewachsungen der weichen Geburtswege, des Muttermundes, der Scheide etc. werden wohl nie eine Indikation zum Kaiserschnitt

abgeben, wenigstens nie an und für sich, sondern werden sich stets operieren lassen u. s. w.» Meist sind es allerdings die Complicationen, welche noch zur Stenose hinzukommen, die diese Operation nötig machen, aber auch «an und für sich» kann eine Stenose die Sectio caesarea bedingen, und zwar sind das besonders diejenigen Fälle, wo zur Herbeiführung eines Abortes ätzende Substanzen in die Vagina injiciert wurden. Man findet bei derartigen Vorkommnissen durch die ausgedehnten tiefen Zerstörungen weiter nichts als eine grosse sehr feste Narbenmasse, welche eine Orientierung unmöglich macht. Da bleibt dann nichts als der Kaiserschnitt übrig (s. o. den Fall von Levi).

Von den schwereren Complicationen der Scheidenstenose können schliesslich alle zur Sectio caesarea führen, so z. B. das enge Becken, das noch gar nicht einmal ein «Kaiserschnittbecken» zu sein braucht; denn es ist hier noch von besonderem Nachtheile, dass z. B. bei Schädellagen zuerst der vorliegende Teil, welcher die Verengerung erweitern könnte, fehlt, und dass, wenn schliesslich der Schädel so configuriert ist, dass er das Becken passieren kann, er nun auf ein neues Hindernis, nämlich die Stenose der weichen Geburtswege trifft, welches auch noch zu überwinden ist, eine Aufgabe, die leicht auch einem leistungsfähigen Uterus zu viel werden könnte.

Weiter kann die Vollendung der Geburt auf natürlichem Wege ausserordentlich erschwert, ja unmöglich

werden, wenn ausgedehnte narbige Verwachsungen der Scheide auf den Uterus übergreifen, also bei hochgradigen sogen. utero-vaginalen Stenosen. Man wird vielleicht zuerst an Incisionen denken, wird diese Idee aber aufgeben müssen, weil die bei der Ausdehnung der Verwachsungen nötigen grossen und tiefen Schnitte einen zu bedeutenden Blutverlust herbeiführen würden und weil die grosse Gefahr des Weiterreissens der Incision durch den andrängenden Kindsteil oder das ev. nötig werdende Instrument zu befürchten wäre. So wird unter Umständen auch in solchen Fällen nichts als der Kaiserschnitt übrig bleiben.

Schliesslich sind eine ziemlich unbedingte Indikation für die Sectio caesarea grosse Tumoren, mögen sie von was für einem Organ immer ausgehen, welche die Scheide hochgradig comprimieren, das kleine Becken ausfüllen und nicht zu reponieren oder zu verkleinern sind.

Wie auch unser mitgeteilter Fall beweist, kann man also von vornherein eine absolute Indikation für den Kaiserschnitt bei Stenose der Vagina nicht aufstellen, muss aber zugeben, dass die Scheidenverengung sowohl an und für sich, als auch verbunden mit an sich gar nicht einmal bedeutenden Complicationen unter Umständen zum Kaiserschnitt führen kann.





Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

26376