Einige Bildungsfehler der weiblichen Genitalien aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Breisky in Prag.

Mitgetheilt

von

Dr. Vincenz Johannovsky,

Assistenzarzt daselbst.

1. Defectus vaginae mit Uterus rudimentarius oder gänzlichem Defect des Uterus.

Eva E..., 33jährige ledige Nähterin aus Smichow (klin. Prot. Nr. 512). Gesunde Abstammung. Nie menstruiert; durch wiederholte Krankheiten geschwächt. Leidet bereits seit einer Reihe von Jahren an zeitweiligen Beckenschmerzen.

Befund: Mitteltgross, kräftig gebaut. Echt weiblicher Typus. Beckenausgang mässig verengt. Oberschenkel stark behaart. Aeusere Genitalien normal. Praeputium clitoridis, Frenulum stark markirt. Clitoris selbst nicht vergrössert. Der halbmondförmige Hymen intact. Scheide 1 Cm. hinter ihm vollständig abgeschlossen. Per rectum tastet man seitlich und hinten im kleinen Becken mit grösster Deutlichkeit rechts und links je einen länglich geformten, mandelgrossen, beweglichen Körper, welcher vermöge seiner mit charakteristischer, den Follikeln entsprechender, kleinhügeliger Oberfläche und vermöge seiner Druckempfindlichkeit jederseits als functionirendes und vollkommen normal entwickeltes Ovarium gedeutet werden musste. In der Medianlinie zwischen diesen beiden Körpern findet man an Stelle des Uterus ein glattes, erbsengrosses Körperchen, dessen Verbindungen mit Ovarien und atresirter Scheide durch tastbare Bauchfellfalten nicht markirt sind. Einführung eines Katheters in Urethra und Blase und gleichzeitige Rectaluntersuchung ergaben, dass die Zwischenwand zwischen Mastdarm und Katheter mit Ausschluss des kleinen Körperchens in ihrer ganzen Länge dünn und häutig ist.

Da bei dem vorstehenden Bildungsfehler das kleinwinzige Körperchen eine sichere Deutung in viva nicht gestattete, so blieb in Ermangelung der Autopsie die Frage der rudimentären Entwicklung oder des gänzlichen Defectes unentschieden. Jedenfalls beweist das gleichzeitige Vorkommen normaler Eierstöcke neben ausgesprochener Hemmungsbildung des Gebärgorganes, dass uterine Hemmungsbildungen keineswegs von ovariellen begleitet sein müssen. Die zeitwei-

ligen Beckenschmerzen, über welche die Person klagte, waren, obgleich sie keinen ganz regelmässigen Typus enthielten, sehr wahrscheinlich als *Molimina menstrualia* zu deuten, da sie dem Sitze nach den Ovarien entsprachen, deren Druckempfindlichkeit zur Zeit der Beschwerden eine gesteigerte war.

2. Uterus septus bilocularis mit Vagina duplex.

Anna W...., 17jährige ledige Nähterin aus Smichow (klin. Prot. Nr. 8739). Seit zwei Jahren normal menstruiert. Gesunde Abstammung. Klagt über weissen Fluss und zeitweilige rechtsseitige Beckenbeschwerden.

Befund: Klein, zart gebaut. Brüste entsprechend dem Alter entwickelt. Unterleib rechts druckempfindlich. Aeussere Genitalien normal. Der trichterige Hymenalsaum rechts hinten lappig eingerissen. Frenulum intact. Bei Entfaltung der grossen Labien zeigt sich im Scheideneingange ein median von der hinteren zur vorderen Wand aufsteigendes, fleischiges Septum, welches die ganze Scheidenlänge in sagittaler Richtung complet durchläuft und sich oben im Scheidengewölbe in leichter S-förmiger Krümmung nach links verzieht. Die schmalen Gewölbe der so gebildeten doppelten Scheide schliessen rechts und links je eine kurze, virginale, für den Finger wie für das Auge deutlich wahrnehmbare Portio ein mit grubchenförmigem Muttermund. Uterus recliniert, anteflectiert. Sein wohlabgerundeter Fundus zeigt keine Bicornität. Linkes Ovarium deutlich tastbar. Rechts der äusseren druckempfindlichen Stelle entsprechend eine umschriebene, abgerundete, walnussgrosse Geschwulst, durch einen dünnen Adnexenstrang mit dem Uterus in Verbindung. Zwei Sonden, von denen je eine in die Vaginalportion der entsprechenden Seite eingeführt wurde, drangen beiderseits 6 Cm. weit ein, standen parallel, ohne sich bei Verschiebung gegen einander mit den metallenen Knöpfen zu berühren, wodurch der Nachweis eines kompletten Uterusseptum geführt wurde. Es wurde auch constatirt, dass Patientin aus beiden Muttermundöffnungen menstruierte.

Die rechtsseitige Geschwulst verkleinerte sich allmählig bei zweckmässigem Verhalten auf dem Wege der Resorption und liess sich beim Abgangsbefunde der rechte Eierstock in normaler Weise abtasten, so dass auch durch den Verlauf die Annahme einer chronisch-entzündlichen Schwellung des rechten Ovariums seine Bestätigung fand.

3. Uterus bicornis duplex mit Vagina duplex.

Marie M...., 18jährige Puella publica aus Prag (klin. Prot. Nr. 596). Seit zwei Jahren normal menstruiert. Nie geboren, nie abortiert. Durch Transferirung von der syphilitischen Abtheilung der Klinik zugewiesen.

Befund: Kräftig gebaut, gut genährt. Brustdrüsen gut entwickelt. Warzen, Warzenhöfe schwach pigmentirt. Unterleib nir-

gends druckempfindlich. Nymphen schlaff. Clitoris etwas vergrößert. Hymen im ganzen rechten hinteren Umfange defect; nur links unten ein langer, schmaler Lappen erhalten, welcher sich schräg nach oben rechts einer entsprechenden Stelle des defecten Ringes anfügen lässt, daher möglicherweise in virgine den Mittelbalken eines ursprünglich doppelt angelegten Hymens gebildet hat. Vom Scheideneingange erstreckt sich, und zwar von der Mitte der vorderen Vaginalwand zum unteren Ende der linken seitlichen Wand ein fleischiges Septum, welches die ganze Scheidenlänge complet durchzieht, und in Folge seiner asymmetrischen Verlaufsrichtung den gesamten Scheidenraum in eine rechte weitere und in eine linke engere Scheide theilt. In beiden weissen Finger und Speculum je eine gut vorspringende Portio mit grubchenförmigem Muttermunde nach. Während die beiden Colla bis in die Höhe des Isthmus gemeinsam verlaufen, divergiren die höher oben gelegenen Abschnitte als spindelförmige Körper, eine tiefe mediane Furche bildend, nach den Seiten hin in der Weise, dass das rechte Horn eine gestreckte Richtung schräg nach rechts, das linke eine sanft abgebogene nach links beibehält. Sondirung: rechtes Horn 5 Cm., linkes $7\frac{1}{2}$ Cm. lang. Patientin menstruirte ebenfalls, wie die frühere, aus beiden Muttermundöffnungen.

Da in dem vorstehenden Falle keine Bildungsstörungen anderer Organe beobachtet wurden, vielmehr die nächsten Nachbarorgane: Urethra, Blase, Mastdarm vollständig normale Beziehungen darboten, so konnte ein Uterus didelphys im Sinne einer wirklichen Verdoppelung des Uterus nicht angenommen werden, zumal eine feste Verbindung der beiden Colla bis in die Höhe des Isthmus bestand. Der hier mitgetheilte Fall lässt sich vielmehr dem von Cassan beobachteten, in Kussmaul's Werk ¹⁾ und Klebs' Handbuch ²⁾ aufgenommenen Uterus bicornis duplex an die Seite stellen.

4. Uterus bicornis subseptus mit acquirirter Stenose der Scheide.

Rosalie K...., 32jährige Zimmermannsfrau aus Cernosek (klin. Prot. Nr. 4637). Seit dem 13. Lebensjahre viertägig, spärlich, schmerzlos, vierwöchentlich menstruiert. Vor vier Jahren an einer schweren Variola erkrankt; zu gleicher Zeit an einem blutigen Scheidenausfluss gelitten. Nach Ablauf der Variola tritt Behinderung des Coitus ein wegen Verengerung der Scheide. Dies, so, wie später auftretende Menstruationsanomalien veranlassten ihren Eintritt in das Spital. In der Reconvalescenz nach den Blattern trat achtmonatliche Menopause ein, verbunden mit zeitweiligen Schmerzen

1) „Von dem Mangel, der Verkümmern und Verdoppelung der Gebärmutter“ u. s. w. S. 170.

2) Handbuch der pathologischen Anatomie. 4. Lieferung. S. 755.

im Becken, worauf in Folge einer forcirten Körperbewegung eine ziemliche Menge flüssigen Blutes auf ein Mal aus der Scheide abgegangen sein soll. Dieser Vorgang soll sich in ganz gleicher Weise noch mehrere Male wiederholt haben, worauf ein normaler Menstruationstypus bis in die letzte Zeit anhielt.

Befund: Kräftig gebaut, mässig genährt, fieberfrei. Unterleib zeigt im Hypogastrium eine leichte Hervorwölbung. Dieser entspricht bei der Palpation eine elastische Resistenz, welche ohne scharfe Umgrenzung drei Querfinger über der Symphyse aufsteigt. Aeusserer Genitalien normal u. s. w. Scheide bildet einen nur 3 Cm. langen, niedrigen Blindsack, in welchem nach rechts und hinten eine kleine Oeffnung sich befindet, durch die eine Sonde in gerader Richtung nach oben 6 Cm. weit eindringt. Uterusverhältnisse nicht zu ermitteln. Bei der Rectumuntersuchung fand man Anus und Mastdarm schlaff und stark ausgedehnt. Es legte dies trotz Leugnen der Patientin die Vermuthung nahe, dass bei der vorhandenen Scheidenstenose Coitusversuche per rectum stattfanden, zumal eine mehrwöchentliche Ruhe im Spital den Zustand wieder zur Norm zurückführte. Im Douglas'schen Raume tastete man feste, harte Infiltratstränge, welche zu beiden Seiten sich diffus bis an die seitliche Beckenwand fortsetzten.

Anamnese und Befund machten es im hohen Grade wahrscheinlich, dass hier Scheidenstenose und Beckeninfiltrate als Ausgänge einer während der Variolaerkrankung mit diffuser Beckenphlegmone begleiteten Scheidendiphtherie zurückblieben. Nach hinreichender Dilatation der kleinen Oeffnung des Scheidenblindsackes mit Laminaria wurde nunmehr durch die Untersuchung mit einem Finger constatirt, dass dieselbe die scharfrandige Eingangsöffnung in einen mit contractilen, platten Wandungen ausgekleideten, $2\frac{1}{2}$ Cm. langen Kanal bildete, dessen oberes Ende sich durch einen von links her leicht vorspringenden, platten Halbringwulst markirte. Der weiter nach oben vordringende Finger gelangte an einen glattrandigen, fleischigen Sporn, durch welchen zwei Hohlräume geschieden wurden, die mit dem Kanale unmittelbar communicirten. Letztere zeigten, soweit sie sich von innen austasten liessen, allenthalben glatte, mit Schleimhaut ausgekleidete Wandungen. Die gleichzeitige äussere Palpation erwies, dass diese muskulösen Wandungen der schon früher erwähnten, elastischen Resistenz über der Symphyse entsprachen. Median unter dem Nabel markirte sich deutlich eine Furche als die Stelle, wo die beiden Uterushörner nach je einer Seite hin divergiren. Letztere hatten eine nach oben abgerundete Form, liessen sich in Anteflexionsstellung von der seitlichen Beckenwand scharf abgrenzen und schienen auch zeitweilig die Wahrnehmung von Contractionerscheinungen zu gestatten. Die genaue Eruirung dieser Verhältnisse war nicht bloss durch die Dilatation des Kanales, sondern auch wesentlich dadurch begünstigt, dass in Folge zweckentsprechenden Verhaltens ein Theil der früheren Beckeninfiltrate zur Zeit dieser Untersuchung bereits zur Resorption gelangt war.

Die Diagnose eines Uterus bicornis subseptus war durch obigen Befund vollkommen klar. Schwieriger gestaltete sich die Deutung des Kanales. Dass derselbe nicht allein der stenosirten Scheidenpartie, sondern auch dem Collum angehören musste, ging schon aus dem Umstande hervor, dass oberhalb des Kanales kein Collum aufzufinden war, indem hier der Sporn Räume schied, welche vermöge ihrer Lagebeziehungen nicht als Colla, sondern als Corpora gedeutet werden mussten. Wieviel aber von dem Kanale der stenosirten Scheide, wieviel dem Collum zukomme, lässt sich aus der Art und Weise der stattgefundenen Zerstörung nicht mehr bestimmen. Der untere Rand des Sporns mochte der Höhe des Isthmus entsprechen. Obgleich dieser platte Rand des Septum, ferner die einfache Bildung des Kanales und des übrigen Scheidenrestes es sehr wahrscheinlich machten, dass ursprünglich ein einfaches Collum da war, so musste andererseits auch dem Umstande Rechnung getragen werden, dass eine Portio vaginalis überhaupt nicht mehr aufzufinden war, auch nicht einmal in Rudimenten, dass dieselbe während der Diphtherie wahrscheinlich mit zerstört wurde und dass sonach ihre ursprüngliche Bildung für die Deutung des ganzen Collum, ob dasselbe einfach oder doppelt angelegt war, überhaupt nicht mehr verwerthet werden konnte.

Die in der Anamnese erwähnten vorübergehenden Retentionszustände mochten wohl darin ihre Erklärung finden, dass die kleine Oeffnung im Scheidenblindsacke sich zeitweise verklebte und erst in Folge von gesteigertem Bauchpressendrucke von Zeit zu Zeit ein spontaner Durchbruch erfolgte. Die Scheidendiphtherie und die mit ihr zusammenhängende Beckenphlegmone hatten in ihren Ausgängen wesentlich dazu beigetragen, die thatsächlichen Verhältnisse zu maskiren, so dass erst nach ausgiebiger Dilatation des stenosirten Kanales und nach partieller Resorption der Beckeninfiltrate eine richtige Erkenntniss aller Details des Bildungsfehlers ermöglicht wurde. Leider musste Patientin gleich nach der Klarstellung der Verhältnisse auf eigenes Andrängen entlassen werden, weshalb zur Zeit weitere Details über den Verlauf nicht vorliegen.

5. Haematoma septi vaginalis rudimentarii bei einer Schwangeren im fünften Monate.

Josefa N...., 23jährige ledige Magd aus Bohnówie bei Kolin (klin. Prot. Nr. 9254). Seit dem 17. Lebensjahre dreitägig, reichlich, mit Schmerzen, vierwöchentlich menstruiert. Patientin ist Primigravida im fünften Monate, was sowohl Anamnese wie Befund bestätigen. Veranlassung zu ihrem Eintritte in das Spital gab folgendes Ereigniss:

Vor fünf Tagen trug sie einen mit Kohlen beladenen, schweren Korb bis in den dritten Stock eines Hauses. Dabei bekam sie das schmerzhafteste Gefühl, als ob sich etwas aus den äusseren Genitalien herausdränge und fing zugleich heftig aus der Scheide zu bluten an. Eine

consultirte Hebamme constatirte, dass eine rundliche, ganz schwarz aussehende Geschwulst aus der Scheide hervorgetreten sei. Bei ruhiger Bettlage ging dieselbe wieder zurück. Die andauernde Blutung veranlasste Patientin, einen Abort befürchtend, ins Gebärhause zu gehen, von wo sie durch die Güte des Herrn Prof. Weber v. Ebenhof der gynäkologischen Klinik zugewiesen wurde.

Localbefund: Aeussere Genitalien normal. Hymen ein nach rechts unten eingerissener Ring. Beim Entfalten der grossen Labien sieht man in dem Scheideneingange einen Theil einer schwarz durchschimmernden Geschwulst. Dieselbe lässt sich mit den Fingern aus der Scheide herausstülpen, wobei man sich überzeugt, dass sie von der Grösse eines Hühnereies auf der schmalen Höhe eines fleischigen Septumrudiments aufsitzt. Dieses letztere, welches der Geschwulst als langgestreckter, schmaler Stiel dient, springt median von den zwei vorderen Dritteln der hinteren Vaginalwand vor, steigt vorn beiläufig zur Höhe einer Fingerbreite klammerartig auf und verflacht sich allmählig nach hinten zu. Die Geschwulst besitzt an ihrer Wölbung sehr zarte, dünne Wandungen, durch welche das geronnene Blut schwarz durchschimmert; dessenungeachtet bot sie eine wohlzusammenhängende, elastisch anzufühlende Masse dar.

Die Diagnose eines Haematoms war in dem vorstehenden Falle sowohl durch die Anamnese als den Befund und weiteren Verlauf gerechtfertigt. Beachtenswerth erscheint hier die Localität des Blutergusses: der obere stumpfe Rand eines rudimentären Vaginalseptum.

Den weiteren Verlauf betreffend, kam es schon am Eintrittstage ins Spital zum spontanen Durchbruch mit Abgang der Coagula, und resorbirte sich der Rest der Geschwulst nach 16tägigem Aufenthalte im Spital bei reinigenden Scheidenverbänden.

Ausser dem Vaginalseptum war keine weitere Bildungsanomalie der Genitalien vorhanden.

Das Haematom hatte keine Störung in dem normalen Schwangerschaftsverlaufe veranlasst.