VI.

Zur Retroflexio uteri in den letzten Schwangerschaftsmonaten.¹⁾

Von

Prof. LANGE,

Posen.

Im vergangenen Jahre beobachtete ich einen Fall, der nach der üblichen Nomenklatur als Retroflexio uteri gravidi partialis zu bezeichnen war und in mancher Hinsicht bemerkenswerte Momente bot.

Es handelte sich um eine 31 Jahre alte Frau, die drei langsam, aber spontan verlaufene Entbindungen durchgemacht hatte. Das erste Kind war einige Wochen nach der Geburt aus unbekannter Ursache gestorben; die beiden folgenden sind anscheinend asphyktisch geboren und an den Folgen der Asphyxie in den ersten Tagen verstorben. Die vierte Schwangerschaft datierte die Frau aus dem Anfang November 1905. Während derselben hat sie vielfach an Schmerzen im Leibe gelitten, hierauf aber kein Gewicht gelegt, da sie seit dem letzten, fieberhaft verlaufenen Wochenbett fast dauernd Unterleibsbeschwerden gehabt hatte.

Schema des Befundes bei der Operation des Retroflexio uteri gravid. partialis.

1 Blase. 2 Vagina. 3 Orific. externum.
4 Corpus uteri. x Stelle des Tubenansatzes.

Am 11. VIII. 1906 morgens traten Wehen auf; am Nachmittage erfolgte der Blasenprung. Da gute Wehen die Geburt nicht förderten, so wurde am 12. VIII. ein Arzt konsultiert. Dieser hat nach tagelanger Beobachtung der Geburt am 14. VIII. einen zweiten Kollegen zu einem Eingriff in Narkose hinzugerufen. Was hierbei versucht ist, lässt sich nicht feststellen. In der Nacht vom 14. zum 15. VIII. wurde die Frau bei mir eingeliefert mit dem ärztlichen Bericht, es bestehe ein Geburtshindernis durch einen nicht reponiblen Tumor innerhalb des kleinen Beckens.

Befund (soweit er die Geburt betrifft): Temperatur 37,4.

¹⁾ Vortrag in der Ost- und Westpreussischen Gesellschaft für Gynäkologie, Bromberg, 16. März 1907.

Puls 110, kräftig. Ausserlich fühlte man wegen hochgradigster Spannung des Uterus die Kindesteile nur sehr undeutlich. Das Beckenende lag vor. Die höchste Kuppe des Uterus stand drei Querfinger über dem Nabel, doch war hier der Kopf nicht zu fühlen. Drückte man aber höher oben in die Tiefe, so fühlte man hinter den der Bauchwand anliegenden Därmen eine Fortsetzung des Uterus mit einem zweiten grossen Kindesteil. Herztöne waren links in Nabelhöhe, regelmässig und laut.

Bei der inneren Untersuchung (siehe die Abbildung) imponierte zunächst ein Tumor, der das ganze kleine Becken ausfüllte. Dicht hinter der Symphyse führte die Scheide nach oben. Am oberen Symphysenrande war der für zwei Finger gerade durchgängige Muttermund. Dieser führte in einen ca. 4 cm langen Kanal, der parallel der Symphysenrichtung verlief. Schliesslich stiess man auf den Steiss. Eine Fruchtblase war nicht vorhanden. Der erwähnte Tumor hatte überall die Konsistenz des schwangeren Uterus und ging unmittelbar in die Portio supravaginalis über, wobei beiderseits die Konturen ganz gleichmässige waren. Die Cervix war gegen den Tumor durch einen nach unten offenen Winkel abgeknickt, der Muttermund sah direkt nach unten. Beckenmasse: $26-28\frac{3}{4}-18\frac{1}{2}$; die Diagonalis war wegen des Tumors nicht messbar. Die Blase enthielt wenige Kubikzentimeter Urin. Adnexe und Ligg. rotunda waren nicht palpabel.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi partialis mit lebendem Kinde in reiner Steisslage; einfach plattes Becken.

Therapie: In Narkose wurde die Reposition vergeblich mit allen üblichen Hilfsmitteln versucht. Ebenso war es unmöglich, zu den Füssen zu gelangen.

Laparotomie: Nach Freilegen des Uterus gelang es nicht, diesen vor die Bauchdecken zu heben. Die Adnexe und Ligg. rotunda inserierten an dem Uterus an einer Stelle, die unterhalb des Promontoriums lag. Verhältnismässig leicht wurden Adhäsionen der hinteren Uteruswand im oberen Drittel mit der Beckenwand gelöst, sodass der Fundus zwar nicht vor, aber fast in die Bauchwunde gezogen werden konnte. Nach querm Fundalschnitt wurde das lebende Kind entwickelt, worauf der Uterus sich so plötzlich verkleinerte, dass die Placenta gelöst gefunden wurde. Die Lösung der tiefer sitzenden Uterusadhäsionen war recht schwierig und musste teilweise mit der Schere ausgeführt werden. Während dieses Aktes der Operation wurde der Uterus immer schlaffer und die Blutung aus der Placentarstelle, obgleich vor der Operation 2 Spritzen Ergotin gegeben waren und der Uterus dauernd massiert wurde, so bedrohlich, dass die supravaginale Amputation gemacht werden musste. Hierauf reichliche subkutane Kochsalzinfusion und Kampferöl subkutan.

Wochenbettsverlauf: Am 3. Tage abends 39° C. Die Temperatur fiel am 5. Tage auf 38° C. Doch stieg sie an den folgenden Tagen abends auf $37,8-38,1$. Vom 12. Tage ab fieberfreier Verlauf. Nach dem Verlassen des Bettes (3 Wochen post operat.) erholte sich Patientin schnell; doch trat eine Woche später, kurz vor der beabsichtigten Entlassung, eine Lungenembolie (ohne Temperatursteigerung) ein. Eine zweite Embolie erfolgte 9 Tage später, sodass Patientin erst 6 Wochen post partum entlassen werden konnte. Sie ist bis zu einer vor kurzem eingetroffenen Nachricht gesund geblieben, und das Kind ist gut gediehen.

Das exstirpierte Corpus uteri zeigte eine auffallende Inkongruenz beider Wände. Die vordere ist, obgleich hier die Placenta sass, fast doppelt so dick als die hintere. Ferner ist jene, obgleich ihre Ausdehnung allein die Räumlichkeit des Fruchthalters für ein ausgetragenes Kind ermöglichte, an dem Präparat kleiner als die hintere Wand. Diese hat sich nur sehr wenig retrahiert und bildet eine sackartige Ausstülpung des Uterus. Als

Beweis für die Adhäsionen findet man die peritoneale Seite der hinteren Wand rau und zum Teile mit Fetzen von Pseudomembranen bedeckt.

Der kurz skizzierte Fall ist meines Wissens der erste seiner Art insofern, als bei einer vollständigen Adhärenz der ganzen hinteren Wand eines Uterus retroflexus das normale Ende der Schwangerschaft erreicht wurde. Ja, nach Länge (54 cm) und Gewicht (4300 g) des Kindes ist sogar eine Übertragung nicht ausgeschlossen, da keine präzisen Angaben der Frau über letzte Menses und erste Bewegungen vorlagen. Die bisher bekannten Fälle von adhärenter partieller Retrofl. uteri gravidi haben sämtlich durch Abort geendet. Es ist das ja auch natürlich. Da hier die Vergrößerung des Fruchthalters so gut wie ausschliesslich durch die Flächenzunahme der vorderen Wand erfolgt, so muss deren Wachstums- und Dehnungsfähigkeit bald, d. h. vor der 28. Woche, ihre Grenzen erreichen. Wo aber die Schwangerschaft bei Retrofl. partialis bis zur Lebensfähigkeit der Frucht dauerte, handelte es sich stets um nicht adhärenzte Uteri.

Auffallend ist das Fehlen jeder Inkarzerationserscheinung in meinem Falle. Diese Komplikation ist nur selten bei den partiellen Retroflexionen ganz vermisst, während in der Regel mindestens leichte Symptome von Einklemmung, oft erst im 5.—7. Monat, berichtet werden.

Im Gegensatz zu dem ungestörten Schwangerschaftsverlaufe hat die Geburt aussergewöhnliche Schwierigkeiten ergeben. Zu einer spontanen Aufrichtung, wie sie Ramsbotham und Meriman durch lange Wehenarbeit gesehen haben, war bei der fast 4 Tage dauernden Geburt reichlich Gelegenheit, ohne dass auch nur der Anfang jenes Vorganges zu konstatieren war. Erklärt ist das durch die breiten und festen Adhäsionen. Diese machten auch die Reposition, die von Hecker, G. Veit, Greaves u. a. in ähnlichen Situationen mit Erfolg versucht wurde, unmöglich. Wenn Wyse, Oldham und Stille durch Zug am Beckenende des Kindes den retroflektierten Teil des Uterus emporhebelten, so war in meinem Falle die Raumbeschränkung im kleinen Becken eine so bedeutende, dass das Beckenende nicht genügend erreichbar war. Auch war jenes Vorgehen von vornherein ausgeschlossen, da der Muttermund erst im Beginne der Eröffnung war und die Mutter auf ein lebendes Kind grössten Wert legte.

Es blieb nach allem nur die Spaltung der hinteren Uterus- und Cervixwand von der Scheide aus oder die Sectio caesarea übrig. Gegen das erstere Vorgehen sprach die Beckenverengung, deren Grad wegen der Unmöglichkeit, die Diagonalis zu messen,

nicht festzustellen war. Ferner war zu befürchten, dass man bei einer starken atonischen Blutung mit den von mir angenommenen weitgehenden Adhäsionen nicht so schnell fertig werden könnte, als es das Interesse der Frau verlangte. So kam nur die Sectio caesarea in Betracht. Bei deren Ausführung lehrte der beschriebene Befund, dass sie für den vorliegenden Fall in der Tat der für Mutter und Kind sicherste Eingriff war.

In Bezug auf die Ätiologie ist es wohl als feststehend anzusehen, dass es sich um die Schwängerung eines retroflectierten Uterus und nicht um eine während der Schwangerschaft entstandene Lageveränderung handelte. Allerdings ist die Frau vor der Schwangerschaft nicht untersucht. Doch sprechen die dauernden Unterleibsbeschwerden nach dem 3. fieberhaften Wochenbette und während dieser Schwangerschaft so wie die Festigkeit der Adhäsionen für eine vor der Schwangerschaft vorhandene Retroflexio fixata.

Schliesslich möchte ich über die Bezeichnung solcher Retroflexio uteri gravidi als „partialis“ noch eine Bemerkung machen. Mir ist dieselbe nie als zutreffend erschienen. Wenn die ganze hintere Uteruswand inkl. Fundus im kleinen Becken liegt und gegen das Collum so abgelenkt ist, dass der Muttermund nach unten sieht, dann handelt es sich eben um eine Retroflexion. Dadurch, dass die vordere Wand im kleinen Becken keinen Raum findet, wird an dem Wesentlichen des Retroflexionsbefundes nichts geändert. Dass man aber bei einer Retroflexio uteri gravidi in späteren Monaten die vordere Wand oberhalb des Beckeneinganges fühlen muss, ist selbstverständlich. Der Zusatz „partialis“ bringt also in unserer Vorstellung über die Lage des Uterus keine grössere Klarheit, als wenn man sagt: Retroflexio uteri gravidi im 5.—10. Monat.

Literaturverzeichnis.

1. Ramsbotham, zitiert nach Wertheim, Winckels Handb. der Geburtsh. Bd. II, 1. S. 443.
2. Meriman, *ibid.*
3. Hecker, Monatsschr. f. Geb., XII, und Dissertation Zantl, München 1878.
4. Veit, G., Volkmanns klinische Vorträge. 1879. No. 170.
5. Greaves, zitiert nach Winckels Handb. (l. c.)
6. Wyse, *ibid.*
7. Oldham, London Obst. Transact. I. S. 31.
8. Stille, Ref. Centralbl. f. Gyn. 1882. No. 11. 1885. No. 34.
9. Dührssen, Arch. f. Gyn. Bd. 57. Centralbl. f. Gyn. 1898. S. 859.