(Aus der Universitäts-Frauenklinik des Herrn Geheimrath
Bumm.)

Ueber die sogenannte „Conglutinatio orificii uteri externi“.

Von

Dr. Heinrich von Bardeleben,

Assistent der Klinik.

Nägele war der Erste, welcher eingehende Untersuchungen anstellte und eine abgerundete Erklärung zu geben versuchte über ein eigenartiges Geburtshinderniss, welches auf einer Verklebung des äusseren Muttermundes zu beruhen schien, und zu gleicher Zeit von Madame Lachapelle und Josef Schmitt in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entdeckt und in derselben Weise gedeutet worden war.¹⁾ Die Erscheinung bestand darin, dass trotz guter Wehenthätigkeit der äussere Muttermund sich der Erweiterung durch die Naturkräfte widersetzte, bei geringfügiger mechanischer Nachhülfe aber leicht auseinander wich, sodass es den Eindruck machte, als ob eine Verklebung desselben schuld daran sei. Zu dieser Vorstellung trug der Umstand wesentlich bei, dass der Muttermund stets auffallend klein befunden wurde. Nach der Lachapelle sollte es eine obturation par des muquosités épaissies, nach Stoltz par des muquosités épaissies sein, und diese wurden von Nägele wiederum mit chronischen entzündlichen Prozessen in ursächlichen Zusammenhang gebracht.

Nägele neigt der Ansicht zu, dass es sich hierbei weniger um eine entzündliche Verwachsung handele, als vielmehr nur um

1) Heidelberger klin. Annalen, 1836. Bd. II. S. 185—206.

eine Verklebung, da das Hinderniss im allgemeinen leicht zu beheben sei. Bei ihm tritt jedoch das eine Kriterium des Vorganges, die Enge des äusseren Muttermundes in den Vordergrund und das zweite charakteristische Merkmal, die Leichtigkeit der Beseitigung des Widerstandes des Muttermundes, findet nicht in gleicher Weise Würdigung.

Deshalb spricht Nägele auch nicht allein von Verklebung, sondern unterscheidet bereits zwei Möglichkeiten: Verklebung und Verwachsung. Nur bei der Verklebung könnte beides zusammenreffen: Enge des Muttermundes und Auseinanderweichen desselben vor dem leichten Druck des Sondenknopfes oder des Fingers.

Alle Autoren, die sich des weiteren mit der Conglutinatio orificii externi beschäftigen, suchten auch fürderhin das eigenartige Hinderniss ausschliesslich in der besonderen Beschaffenheit des äusseren Muttermundes selbst; nur Zweifel¹⁾ zog zur Erklärung noch einen anderen Punkt mit heran, nämlich eine fehlerhafte Wirkungsrichtung des vorangehenden Kopfes, welcher durch falsche Einstellung die regelrechte Vorwasseransammlung verhindere, und den Fruchtachsendruck vorwiegend nach vorne oder nach hinten ablenke, sodass die Uterinwand nach vorne oder nach hinten vorgewölbt würde, bei dieser Form der indirecten Einwirkung der erweiternden Kräfte aber eine blosser Verklebung des Muttermundes, die er mit der Verklebung der Augenlider vergleicht, genügen könne, um die Erschliessung zu vereiteln.

Zweifel hält also an der Auffassung, dass die Conglutinatio eine Verklebung sei, fest, verlangt aber als nothwendige Begleiterscheinung eine Anomalie des mechanischen Erweiterungsfactors.

Ebenso leugnet Loehlein²⁾ die Betheiligung einer Verklebung an der Conglutinatio nicht, hält aber für die wesentlichste Vorbedingung einer Conglutinatio die Stenose des äusseren Muttermundes, welche zugleich die Häufigkeit des Zusammentreffens von verspäteter Conception (alte Erstgebärende) und Conglutinatio erkläre.

Hiermit war der ursprüngliche Begriff der Conglutinatio bereits arg verschoben. Die alte Bezeichnung und Vorstellung wurde jedoch vollkommen hinfällig, als Schröder³⁾ erklärte, der kleine

1) Dieses Archiv. Bd. V. 1873. S. 145—150.

2) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. I. S. 373—380.

3) Lehrbuch. 1880. S. B87, 488.

derbe Ring des äusseren Muttermundes sei die alleinige Ursache, da infolgedessen die weicheren Cervixpartien durch die Retraction eher dünn ausgezogen würden, und alsdann überhaupt keine Einwirkung auf denselben stattfinden könne. Die scheinbare Verklebung sei weiter nichts als ein herausragendes Tröpfchen zähen Cervikalschleims, welcher auch am äusseren stenotischen Muttermunde des nicht graviden Uterus zu sehen sei.

Diese von Schröder gekennzeichneten Fälle wahrten annähernd beide typischen Anzeichen der sogenannten Conglutinatio: winziger Muttermund, Leichtigkeit der Erweiterung bei mechanischer Nachhülfe.

Es ist das Verdienst von Loehlein (l. c.), aus der Kategorie der Conglutinatio zwei Formen von Ausbleiben der Erweiterung am äusseren Muttermund ausgeschieden zu haben, die Adhärenzen des unteren Eipoles, und zwar sowohl die von Hecker und Litzmann beschriebenen im Cervikalkanale selbst, als auch diejenigen im Umkreis des inneren Muttermundes, welche indirect durch Behinderung der Blasenstellung die äussere Muttermundseröffnung hintenanhalten können, ferner die incompleten narbigen Atresien. Die Eintheilung ist auch in dem Lehrbuch von Olschhausen-Veit gegeben, und als einzige Form der Conglutinatio die von Schröder beschriebene angenommen.

Ich habe selbst fünf Mal Gelegenheit gehabt, einen Symptomencomplex zu beobachten, welcher drei Mal nur insofern einer sogenannten Conglutinatio entsprach, als der äussere Muttermund trotz kräftiger Wehen winzig klein und unerweitert blieb, zwei Mal hingegen beide typischen Merkmale derselben darbot, die Kleinheit und leichte Erweiterungsfähigkeit ohne sonderliche Eingriffe, eine eigentliche Verklebung oder Verschmelzung aber allemal vermissen liess.

Ich will hier zunächst die Krankengeschichten in Kürze folgen lassen:

I.

23jährige I para. Meldung an Poliklinik wegen Blutung 5 Stunden nach dem Wehenbeginn. Der letzten Regel nach am Ende der Schwangerschaft.

Fundus handbreit unterm Rippenbogen. Leibesumfang 96 98. Erste Schädellage. Herztöne links ohne Besonderheiten. Beckenmasse normal.

Mässige Blutung aus dem schwer auffindbaren, kaum erbsengrossen, äusseren Muttermund, der auf einen Druck für einen Finger durchgängig wird. Die Cervix ist verstrichen. Der Finger trifft zuerst auf Blut-

coagula, dann auf die sich rauh anfühlende, erhaltene Blase. Dieselbe ist in einer Entfernung von ca. 6—7 cm vom äusseren Muttermund im Umkreis an der inneren Uteruswand adhärent. Die Adhäsionen lassen sich leicht durchtrennen. Die Blutung wird hierbei etwas stärker. Placentargewebe ist weit und breit nicht zu fühlen. Nachdem der Muttermund unter dem Fingerdruck etwa 5 markstückgross geworden ist, wird die Blase gesprengt. Die Blutung steht. Der Kopf stand bereits vorher im Beckeneingang in I. Lage. Nach längerer Wehenpause setzt gute Uterusthätigkeit ein, und nach circa 7 Stunden ist ein reifes lebendes Kind spontan geboren. Nachgeburt ohne Besonderheiten.

II.

47jährige I para, leidet seit ihrer Verheirathung vor 12 Jahren an Ausfluss, der wiederholt mit Aetzungen behandelt wurde, befand sich Jahre lang in Behandlung wegen nervöser Beschwerden. Letzte Regel vor 9 Kalendermonaten. Seit 16 Stunden Wehen.

Fundus uteri handbreit unterm Rippenbogen, Steiss links, kleine Theile rechts in demselben, Kopf fest im Becken, Herztöne links.

Der poliklinische Praktikant machte Meldung, weil er den Muttermund für vollkommen erweitert hielt und es ihm nicht gelingen wollte, die vermeintliche derbe Blase zu sprengen. Es stellte sich heraus, dass dies der verdünnte und weit herab vorgetriebene Cervix war. Der äussere Muttermund schien zunächst gar nicht vorhanden. Nach längerem Suchen fand ich vorn hinter der Symphyse einen etwa hanfkorngrossen Bürzel und aus einer Oeffnung auf demselben, die für eine ungeknöpfte Silbersonde allenfalls passirbar gewesen wäre, ein Tröpfchen zähglasigen Schleimes heraushängen. Das Gewebe im Umkreis war derb, der Finger konnte nur unter gewisser Kraftanwendung eindringen. Die Fruchtblase war gesprungen. Ein mit hydrostatischer Füllung eingelegter Champetier-Ballon führte nach 8 Stunden nur eine Erweiterung bis auf 5 Markstückgrösse herbei. Da nunmehr eine Indication (Puls 132, Temp. 38,6°) eintrat, wurden nach vergeblichem Versuch der Dilatation durch Handzug am Ballon in den Muttermund und beiderseits in den Damm Incisionen gemacht und der Kopf mit Zange extrahirt. Kopf 37, Länge des Kindes 55 cm.

Atonie in der Nachgeburtsperiode macht die manuelle Placentarlösung nothwendig.

III.

29jährige I para. Vorgeschrittene Lungenphthise. Schwache Wehenthätigkeit seit 8 Stunden. Sehr elender Allgemeinzustand. Letzte Regel vor 8 Kalendermonaten.

Fundus uteri zwei Querfingerbreit über dem Nabel, Leibesumfang 73 cm. I. Schädellage.

Der äussere Muttermund ist weit nach hinten gerückt und erscheint nahezu verschlossen, er ist etwa für einen Sondenknopf passirbar, etwas derb, lässt sich aber mit dem Finger bis auf Thalergrösse gut dehnen. Cervix verstrichen. Blase steht, liegt dem im Becken eingetretenen Kopf faltig an, auffallend wenig Fruchtwasser. Die fürdere Muttermundserweiterung geht zögernd und allmähig spontan von statten und ist 34 Stunden nach dem Wehenbeginn vollendet. Die Blase springt, es entleeren sich ca. 100 g Fruchtwasser, und da die Kräfte der Frau

vollends erschöpft zu werden drohen, wird die Beckenausgangszange ausgeführt. Kind $40\frac{1}{2}$ cm lang, 1740 g schwer.

Nachgeburtsperiode ohne Besonderheiten.

IV.

19jährige I para. Letzte Regel vor $9\frac{1}{2}$ Kalendermonaten. Wehenbeginn vor 26 Stunden. Wehen bereits seit längerer Zeit sehr schmerzhaft, krampfartig, in kurzen Intervallen wiederkehrend.

Uterus prall, rundlich, Fundus 2—3 Querfinger breit über dem Nabel. Kindeslage von aussen nicht sicher durchzufühlen. Leibesumfang 90 cm. Der untere Uterusabschnitt (Cervix) ist weit vorgebuchtet in Form einer Kugelcalotte, vorn etwas mehr als hinten; äusserer Muttermund schwer auffindbar, ausserordentlich eng (hanfkorngross), weicht auf Fingerdruck leicht auseinander und erweitert sich dabei in ca. 2 Minuten vollständig. Die Blase erhalten, fühlt sich hart und prall gefüllt an, so dass sie während der Wehe ihre Kugelgestalt nicht ändert, nicht weiter herabtritt, sondern unverrückt stehen bleibt. Der Kopf ballotirt auf dem Beckeneingang.

Die Blase wird gesprengt, wobei sich überraschend wenig Fruchtwasser (ca. 250 g) entleert. Der Kopf tritt in erster Lage in den Eingang des Beckens, dessen Masse normal sind, ein. Da die Pat. durch die äusserst schmerzhafteste Wehentätigkeit, die bereits seit $1\frac{1}{2}$ Tagen in kurzen Zwischenpausen anhielt, sehr erschöpft, der Puls über 100 angestiegen war, so wurde alsbald die Zangenextraction angeschlossen, die leicht von statten ging, obschon das Kind 3760 g schwer, $37\frac{1}{2}$ cm lang war (K).

In der Nachgeburtsperiode trat eine viertel Stunde nach der Geburt eine leichte atonische Nachblutung auf, in Folge deren die Placenta exprimirt wurde.

Placenta circumvallata bis zum ersten Drittel. Amnion dick, gelblich, vom Chorion breit abgehoben. Durchtrittseintritt der Frucht fünfmarkstückgross. Der Amnionsack wird durch dies Loch alsbald mit Wasser prall angefüllt. Er enthält 2 Liter. Für das Fruchtwasser war also nur ein Raum von 240 ccm übrig, was der beobachteten abgeflossenen Menge ungefähr entsprach.

V.

23jährige I para. Der Regel nach am Ende der Schwangerschaft. Wehenbeginn vor 24 Stunden.

Es machte bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck, als beste Tetania uteri. Denn der Uterus war auch in kurzen Wehenpausen prall und hart anzufühlen und die Kreissende klagte über ununterbrochene heftige Schmerzen.

Der Uterus war kugelig, sein Fundus stand 2 Querfinger über dem Nabel. Die Kindeslage von aussen nicht mit Bestimmtheit festzustellen. Herztöne links unterhalb des Nabels.

Von innen ist der untere Uterusabschnitt stark verdünnt und kugelig in den Beckeneingang vorgetrieben zu fühlen. Der Muttermund lässt sich durch das Tastgefühl nach einigem vergeblichen Suchen auffinden. Er ist linsenkorngross, sein Saum so nachgiebig, dass er auf leichten Fingerdruck in kaum $1\frac{1}{2}$ Minuten vollkommen zurückweicht, wie eine Iris auseinanderschnellt. Die Blase ist sehr derb und fühlt sich wie der in den Beckeneingang hineinragende Abschnitt eines fest darauf angepressten unelastischen Ballons an. Beim Sprengen fliesst auffallend

wenig Fruchtwasser ab. Der Kopf, der bis dahin ballotirend über dem Beckeneingang zu fühlen war, tritt nunmehr in das normale Becken ein und wird nach 1½ Stunden in I. Lage spontan geboren. Kind ausgetragen, lebt.

Nachgeburtsperiode ohne Besonderheiten. Amnion derb, gelblich grau. Gehalt des Amnionsackes lässt sich nicht demonstrieren, da das Fruchtdurchtrittsloch zu gross, ist aber augenfällig klein.

Der erste Fall ist eine besonders stark ausgeprägte Adhärenz des unteren Eipoles im unteren Uterusabschnitt, wie dieselbe noch kürzlich von Loehlein¹⁾ in treffender Weise als hemmendes Moment bei der Muttermundserweiterung geschildert und abgegrenzt worden ist.

Der zweite Fall erinnert an den von Zweifel beschriebenen, welchen er mit dem Namen Conglutinatio belegt hat. Ich möchte denselben als Narbenstenose oder Narbenstrictur bezeichnen in Folge chronischer Entzündungsprozesse und Aetzungen am Cervix, verbunden mit Sklerosirung in Folge relativ hohen Alters, welche Umstände auch in beiden Fällen, Zweifels und diesem, eine blutige Erweiterung durch Einschnitte nothwendig machten.

Der dritte Fall hat mit dem Zweifel'schen gemein den Fruchtwassermangel und wie in dem vorigen die vornehmliche Vorstülpung einer Uteruswand, dort der hinteren, hier der vorderen. Der Unterschied besteht darin, dass die Erweiterung des Muttermundes, nachdem sie ein Mal durch Einzwängungen des Fingers angebahnt worden war, schliesslich, wenn auch sehr allmählich, spontan und vollkommen von statten ging. Es handelt sich dabei einfach um einen von Hause aus engen, in Folge des relativen Alters der Erstgebärenden besonders widerstandsfähigen äusseren Muttermund.

Die beiden letzten Fälle sind Parallelfälle. Beiden ist gemeinsam der Umstand charakteristisch, dass der Muttermund zwar auffallend klein, aber vollkommen nachgiebig war, so dass er vor dem Finger wie eine Irisblende allseits und alsbald zurückwich.

Diese beiden Fälle verdienen also als einzige unter den beschriebenen die Bezeichnung als Conglutinatio, da vor der Hand ein anderer Grund für das Ausbleiben der Erweiterung des äusseren Muttermundes als eine zu supponirende Verklebung nicht angängig erscheinen könnte. Eine solche Verklebung war aber nicht nachweisbar. Hingegen zeigte sich nach Eröffnung des Muttermundes

1) Centralbl. f. G. 1899. S. 529–534.

eine Fruchtblasenanomalie. Sie war allseits zu einer Kugel prall angespannt, so dass sich also auch kein Vorwasserdivertikel schlauchförmig vorstülpen konnte. Aus dem niedrigen Maasse des Leibesumfanges, der geringfügigen Menge des Fruchtwassers ziehe ich den Schluss, dass das Amnion relativ zu eng bzw. relativ überfüllt war¹⁾.

Diese Anomalie betrachte ich für die beiden vorliegenden Fälle als einzige Ursache der Erscheinungen, welche dem Symptomencomplex der Conglutinatio entsprechen. Die Erklärung scheint mir in Folgendem gegeben. Nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der Muttermundserweiterung bringt die dynamische Hohlmuskelretraction bei Erstgebärenden zunächst den oberen Abschnitt der Cervix zum Verstreichen, dann ist es vorwiegend Aufgabe des mechanischen Erweiterungsfactors, des andrängenden und vorangehenden Theiles, zunächst also der Fruchtblase, die weitere Muttermundseröffnung im Verein mit der Retraction zu bewerkstelligen. Kommt der vorliegende Theil, wie das unter anderem nach Blasensprung bei einem Grade der Beckenverengung, welcher den Kopf gar nicht eintreten lässt, der Fall ist, mit dem ungenügend erweiterten Muttermunde gar nicht in Berührung, so gelingt es auch, mit seltenen Ausnahmen, der Retraction allein nicht, denselben weiterhin zu erschliessen²⁾.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei den beiden genannten Fällen: Von einem mehr oder weniger circumscribten Antriebe kann überhaupt nicht die Rede sei, da das Ei wie ein unelastischer, praller Ballon auf dem Becken fest angepresst steht, also die Retraction allein und ausschliesslich zur Geltung kommt. Dieselbe wird also den unteren Uterusabschnitt dünn ausziehen, den äusseren Muttermund wenig oder gar nicht beeinflussen. Es mag sein, dass dieses nicht immer der Fall ist. Die Ausnahmen werden aber ebenso selten sein wie in dem oben zur Erläuterung angeführten Beispiele. Es soll auch nicht geleugnet werden, dass eine Complication mit Stenose oder Narbenstrictur vorkommen kann. In diesen beiden Fällen war sie jedenfalls bestimmt nicht vorhanden. Die Diagnose, dass es sich um eine relative Ueberfüllung der Amnionblase handelt, wird sich, abgesehen von den bereits an-

1) Vergl. Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. LIV. H. 2. Geburt bei Amnionanomalien.

2) Vergl. v. Bardeleben, Dieses Archiv. 1903. Bd. 70. S. 1—4.

gegebenen Kennzeichen, nach Erweiterung des Muttermundes an der typischen Consistenz und Form der Blasenvorwölbung und dem Balottement des Kopfes stets leicht stellen lassen.

Ueerblicken wir nochmals die mitgetheilten 5 Fälle, welche ausser dem von Hecker und Litzmann beschriebenen Verhalten alle diejenigen Zustände wiedergeben, welche gelegentlich als Conglutinatio beschrieben worden sind, so drängt sich zunächst die Frage auf, warum dieser Name beibehalten werden soll, obschon es sich dabei niemals um eine Verklebung, eine Verschmelzung des Muttermundes handelt, und es könnte der Vorschlag gerechtfertigt erscheinen, jeden dieser Vorgänge als das zu bezeichnen, was sie thatsächlich sind. Wir würden es dann nicht mehr mit sogenannten Conglutinationen auf Grund von falscher Einstellung des Kopfes, von Verklebung des unteren Eipoles, von Rigidität oder Stenose oder endlich von Anomalien des Amnions zu thun haben, sondern einfach von einem völligen Ausbleiben der Erweiterung des äusseren Muttermundes auf Grund eines dieser Factoren oder einer Combination von mehreren derselben, sprechen:

Wenn aber die Bezeichnung Conglutinatio weiter fortbestehen bleiben soll, so könnte ihr nur für die beiden Kategorien, diejenige von Schröder bei engem und rigidem Muttermunde, welche sich freilich nicht vollständig, sondern nur graduell von den Narbenstricturen (Typus Fall 2) abgrenzen liesse, und die soeben beschriebene bei praller Anfüllung bezw. Ueberfüllung eines derben hypoplastischen Amnions, eine gewisse Berechtigung im übertragenen Sinne eingeräumt werden. Einem Missverständnisse durch die Benennung wird aber unter allen Umständen vorgebeugt, wenn wir folgende Eintheilung ohne verdunkelnde Nebenbezeichnung wählen:

Behinderung der Erweiterung des äusseren Muttermundes in Folge von:

1. Adhärenz des unteren Eipoles,
2. Narbenstrictur,
3. Stenose und Rigidität bei alten Erstgebärenden,
4. Relativer Amnionüberfüllung.