Seltene Art des Kaiserschnittbeckens.

Von Dr. Georg Zickel, Frauenarzt in Berlin-Wilmersdorf.

Geburtsstörungen durch beckenverengende Tumoren gehören zu den Seltenheiten der geburtshilflichen Praxis. Als Ursachen derartiger Beckenverengungen kommen nach der in dem einschlägigen Kapitel des Winkelschen Handbuches der Geburtshilfe niedergelegten Literatur außer Exostosen aller Art Fibrome, Enchondrome, Osteosarkome, Karzinome und Echinokokkuszysten in Betracht.

Der Fall, über den ich im folgenden kurz berichten will, fällt in geburtshilflicher Beziehung in das gleiche Gebiet, dürfte aber in seiner pathologisch-anatomischen Eigenart, soweit ich die einschlägige Fachliteratur übersehe, nahezu ein Unikum darstellen und somit seine Mitteilung rechtfertigen.

Die Krankengeschichte ist kurz folgende: Gertrud K., 27 Jahre alt. Die Mutter der Patientin ist im Alter von 45 Jahren an Gehirnschlag gestorben. Der Vater und vier Geschwister leben und sind gesund, eine Schwester ist im Wochenbett an Tuberkulose zugrunde gegangen. Patientin war bis vor $\frac{1}{2}$ Jahr — abgesehen von chlorotischen Beschwerden in den Entwicklungsjahren — stets gesund und ist vor fünf Jahren ohne Schwierigkeit in eine Lebensversicherung aufgenommen worden. Im Mai 1912 konsultierte die Patientin wegen Rückenschmerzen und Schmerzen in der linken Unterleibsseite einen hiesigen Kollegen, der eine Geschwulst in der linken Leistengegend feststellte. Deren vorgeschlagene operative Entfernung lehnte Patientin ab. Gleichzeitig wurde von einem zweiten Kollegen eine alte, verheilte Affektion der linken Lungenspitze konstatiert. Anfang Oktober 1912 war Patientin bei einem dritten Kollegen wegen Blasenkatarrhs in Behandlung.

Am 19. Oktober 1912 kam die Patientin mit der Angabe, daß die Periode seit zwei Monaten ausgeblieben sei, und mit der Klage über Schmerzen in der linken Leistengegend in meine Behandlung. Bei der äußeren Untersuchung finden sich in beiden Leistengegenden etwa apfelgroße, steinharte, unregelmäßig geformte, auf Druck etwas empfindliche Tumoren, die scheinbar unbeweglich mit dem oberen Beckenrand verwachsen sind und aus dem kleinen Becken herauszuwachsen scheinen. Die äußeren Beckenmaße sind normal. Die vaginale Untersuchung ergibt außer einer normalen Gravidität von zwei Monaten links hinter dem Uterus einen breitbasig auf der vorderen Kreuzbeinfläche aufsitzenden steinharten, kegelförmigen Tumor, der links von der Mittellinie nach Art eines Promontoriums in das Beckeninnere hervorspringt und eine falsche Conjugata vera von 7 cm bildet. Weiter nach links hin wird der Tumor flacher, liegt nach Art eines Exsudates der vorderen Kreuzbeinfläche breit auf, engt die ganze linke Beckenhälfte stark ein und verliert sich nach oben und vorn.

Die inneren Organe der Patientin ergeben einen normalen Befund, insbesondere ist an den Lungen nichts Besonderes zu konstatieren, das Blutbild ist normal (Untersuchung durch Herrn Dr. Oberndörffer).

In der naheliegenden Annahme, daß es sich um einen von dem Beckenknochen ausgehenden Tumor, ein Osteosarkom oder eventuell eine Exostose, handeln könne, ließ ich von Herrn Kollegen Leopold Katz eine Röntgenaufnahme des Beckens anfertigen, die jedoch völlig normale Beckenverhältnisse ohne jeden Tumorschatten ergab und somit einen Knochentumor ausschließen ließ. Die Wa.R. war negativ. Die Annahme leukämischer bzw. pseudoleukämischer Tumoren wurde durch die Feststellung des völlig normalen Blutbildes und das Fehlen eines Milztumors hinfällig.

Die Diagnose mußte somit in suspenso gelassen werden. Da ein absolutes Geburtshindernis vorlag, ließ ich der Patientin die Wahl zwischen einer Unterbrechung der Gravidität oder einem später eventuell notwendig werdenden Kaiserschnitt. Patientin, die sich ein Kind wünschte, entschied sich für den letzteren, und so wurde der weitere Verlauf der Schwangerschaft abgewartet.

Diese verlief völlig normal. Das Allgemeinbefinden wurde nur in den letzten Wochen durch ziemlich starke Verdrängungserscheinungen

(Magenbeschwerden, Atemnot etc.) infolge abnormen Hochstandes des Fundus uteri und durch einen ziemlich schmerzhaften Druck des kindlichen Kopfes auf die Leistentumoren etwas beeinträchtigt. Die Tumoren selbst blieben in bezug auf ihre Größe unverändert; an den Leistentumoren war eine geringe Verminderung ihrer Härte und eine mäßige Beweglichkeit infolge der Sukkulenz der Gewebe festzustellen.

Die ersten Kindsbewegungen waren etwa am 8. Januar bemerkt worden. Da der Partus etwa am 25. Mai zu erwarten war, wurde die Patientin Mitte Mai in die Klinik aufgenommen. Am 24. Mai begannen in großen Pausen auftretende schwache Wehen, die in den nächsten Tagen etwas häufiger und kräftiger wurden. Der Kopf blieb beweglich über dem Beckeneingang, etwas nach links abgewichen, stehen. Am 27. Mai führte ich einen typischen transperitonealen zervikalen Kaiserschnitt aus und entwickelte einen kräftigen, lebenden Knaben von acht Pfund Gewicht. Nach Versorgung der Uteruswunde wurden die Tumoren von der Bauchhöhle aus revidiert. Der Kreuzbeintumor ergab genau den gleichen Befund wie bei der vaginalen Untersuchung. An eine operative Entfernung war bei der durch den großen Uterus sehr erschwerten Zugänglichkeit und dem flächenhaften Uebergang in den Knochen nicht zu denken; die Leistentumoren stellten sich, wie das auch schon bei der äußeren Untersuchung angenommen worden war, als harte, von den tiefen Inguinaldrüsen ausgehende Drüsentumoren dar, die fest mit den großen Gefäßen verwachsen waren und der operativen Entfernung von der Laparotomiewunde aus große Schwierigkeiten geboten hätten. Ich beschränkte mich deshalb darauf, zu diagnostischen Zwecken einen leicht zugänglichen Teil des linken Drüsenpaketes zu entfernen. Dabei entleerten sich aus der Schnittwunde reichlich käsige Massen, die makroskopisch ohne weiteres das Bild der Tuberkulose darboten.

Die Rekonvaleszenz verlief völlig normal und fieberfrei, Patientin wurde am 21. Juni bei gutem Allgemeinbefinden beschwerdefrei entlassen. Das Kind gedeiht gut.

Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Drüse ergab außer dem käsigen Detritus eine starke Rundzelleninfiltration der Drüsenwandungen, mit Tuberkeln und Riesenzellen, keine Bazillen bei Schnittfärbung. Die Impfung auf Meerschweinchen, die ebenso wie die mikroskopische Untersuchung von Herrn Kollegen Aschheim freundlichst vorgenommen wurde, verlief negativ. Eine nach der Entlassung von Herrn Kollegen Oberndörffer vorgenommene Kontrolluntersuchung der Lungen ergab einen linkseitigen Spitzenkatarrh.

Eine diagnostische Klärung des eigenartigen Falles ist somit erst durch die mikroskopische Untersuchung erbracht worden. Die Möglichkeit einer tuberkulösen Drüsenerkrankung war zwar schon vorher in Betracht gezogen worden. Bei der uncharakteristischen Anamnese, die den Nachweis einer sicher festgestellten vorausgegangenen tuberkulösen Erkrankung vermissen ließ, bei dem Fehlen sonstiger nachweisbarer tuberkulöser Veränderungen am Körper und in Anbetracht der Seltenheit des klinischen Bildes konnte es sich jedoch nur um eine äußerst unsichere Wahrscheinlichkeitsdiagnose handeln, die sich im wesentlichen auf den Mangel jeglicher Anhaltspunkte für eine der anderen in Betracht kommenden Erkrankungen stützte.

Erst der mikroskopische Nachweis von Tuberkeln und Riesenzellen in dem exziierten Stück der Inguinaldrüse im Verein mit dem makroskopischen Bilde des käsigen Zerfalles stellt den tuberkulösen Charakter der inguinalen Drüsentumoren sicher und läßt den weiteren Schluß zu, daß auch der dem Kreuzbein aufsitzende Tumor durch eine tuberkulöse Drüsenerkrankung, und zwar der hier allein in Betracht kommenden Sakraldrüsen gebildet wird.

Es handelt sich somit in dem vorliegenden Fall um ein Kaiserschnittsbecken, bei dem die Beckenverengung durch einen tuberkulösen Drüsentumor verursacht wird.