Aus der geburtshülflichen Klinik in Strassburg.

Ueber Conglutinatio orificii uteri externi.

Von

Dr. P. Zweifel, Assistenzarzt.

Nicht sowohl die Seltenheit dieser Geburtsstörung, von der in der gesamten Literatur nur ca. 20 Fälle bekannt sind, kann mich veranlassen, einen neuen zu veröffentlichen, sondern die Eigenthümlichkeiten, die sich hier vereinigt hatten.

Der Fall kam, während der Abwesenheit des Herrn Prof. Gusserow in den Ferien, bei einer 38jährigen, kräftig gebauten Frau vor, die den 16. Aug. in das Institut eintrat. Sie war in 11jähriger Ehe kinderlos geblieben und hatte erst im 3. Jahre ihres Wittwenstandes concipirt. Die im 15. Lebensjahr begonnene Periode war immer vierwöchentlich, aber gleich vom ersten Male an mit heftigen Schmerzen. Die Untersuchung ergab, dass die Frau sich am Ende des X. Schwangerschaftsmonats befand.

In der Nacht vom 23./24. Aug. begann die Geburt. Der Kopf war in II. Schädellage schon ziemlich tief im Becken zu fühlen; die Pfeilnaht zwischem quere und II. schrägem Beckendurchmesser. Der Muttermund nicht zu erreichen, was ich einem sehr starken Ausweichen desselben in die Kreuzbeinaushöhlung zuschrieb. Nachmittags wurde vom Practicanten gemeldet, dass der Muttermund nun nahezu verstrichen, sein Rand scharf sei und straff an dem Kopf anliege, die Blase stehe ohne zu spannen.

Wirklich war über den tiefer getretenen Kopf eine feine, glatte Bedeckung gezogen, die sich abheben und in Falten legen liess. Die Wehe vermehrte die Spannung dieser Membran nur unbedeutend. Dem Gefühle machte sie vollkommen den Eindruck einer dem Kopf eng anliegenden Eibläse, doch erwies sich dies als eine Täuschung, denn man konnte die Ränder des vermeintlichen Muttermundes gar nicht in ihrem Umfange verfolgen. Wohl war es möglich, vorn ca. 1 Cm. tief einzudringen, aber je mehr man nach hinten rückte, um so weniger tief konnte man eindringen und ganz hinten war gar kein Muttermundrand vorhanden. Es konnte dies also nur eine Faltung

zwischen dem vordern Scheidengewölbe und dem in das Becken hineingepressten untern Uterinsegmente sein. — Mittels eines Ferguson'schen Speculums liess sich dies bestimmt nachweisen. Diese Einführung geschah in erster Linie, um dem Practicanten zu beweisen, dass die Eihäute nicht vorliegen. Das undurchsichtige, weisslich-fleischige Aussehen bewies hinlänglich, dass wir es mit dem untern Uterinabschnitt zu thun hatten und wurde beim Verschieben des Speculums der Unterschied zwischen der rothen Scheidenschleimhaut und dem gefässarmen Uteringewebe besonders deutlich.

Einen Muttermund konnte ich mit Sicherheit nicht fühlen, obschon ich glaubte, eine ganz feine Querspalte als solchen ansprechen zu dürfen; doch lag diese Stelle unmittelbar über einer Naht und konnte ich mich bei Verziehen und Verschieben derselben von der Richtigkeit meiner Vermuthung nicht überzeugen, andererseits half alles Drücken und Bohren nichts, um diesen vermeintlichen Muttermund zur Eröffnung zu bringen.

Bis Abend waren die Wehen stürmisch geworden, fast keine Pausen mehr. Aus diesem Grunde wurde zu 3 Malen mit Unterbrechung von 20 Minuten je 15 Tropfen Tinct. opii croc. gereicht, wonach die Kreissende für ein paar Stunden in einen festen Schlaf verfiel. Bis dahin waren begreiflicher Weise Versuche zur Eröffnung wiederholt worden, die alle auf die schon bezeichnete Stelle, sei es mit dem Finger oder der Uterinsonde, gerichtet wurden — aber ohne Erfolg.

Erst $3\frac{1}{2}$ Uhr Morgens nach dem Erwachen der Kreissenden gelang es bei der ersten Wehe, die Sonde in den Muttermund einzubringen, und leicht war es nun, in die gemachte Oeffnung den Finger nachzuschieben und dieselbe bis auf Frankengrösse zu erweitern. Die Blase war darunter sofort zu fühlen und fing an, sich zu spannen. Trotz der energischen Wehen ging die Eröffnung fast gar nicht vorwärts, so dass Abends 5 Uhr sie erst bis auf 5-Frankenstückgrösse gekommen war. Die Anwendung von warmen Vollbädern, Sitzbädern, Scheidendouchen, von Opium und Belladonna hatte bis zur künstlichen Beendigung der Geburt nicht mehr erreichen können. Beim Sprengen der Blase floss wenig Fruchtwasser ab.

Nachts 11 Uhr schienen die Uteruscontractionen unregelmässig zu werden; Muttermund noch vollkommen gleich gross, eng dem Kopf anliegend; die Temperatur der Frau 38,4 C., Puls 120; Fötaltöne 140, ganz geringe Kopfgeschwulst.

Nach $1\frac{1}{2}$ Stunden der Muttermund etwas schlaffer, aber kaum mehr eröffnet. Puls der Mutter sehr klein, 132, vom kindlichen Herzschlage nicht mehr zu unterscheiden. Gesichtsausdruck der Kreissenden ganz entstellt, beständiges Jammern über heftige Schmerzen auf der linken obern Seite des Uterus und trotz dieser Klagen keine Contractionen mehr da. Katheterisiren erleichtert vorübergehend. Wegen dieses Zustandes werden mit dem geknüpften Bistouri kleine

Einschnitte in den Muttermund gemacht, wobei das Gewebe ordentlich knirschte.

Da nach der langen Geburtsthätigkeit das Fieber, der kleine, rasche Puls, die heftigen Schmerzen im Leib und die Wehenlosigkeit an eine Ruptura uteri denken liessen, hielt ich die möglichst schleunige Entbindung indicirt. Die Application der Zange bot wegen der Kleinheit des Muttermundes und des hohen und schiefen Kopfstandes viele Schwierigkeiten und die Extraction war äusserst mühsam. Das Kind war todt. Gleich nach der Operation trat eine sehr heftige Blutung aus den Genitalien auf, doch wurde das Massiren des Uterus möglichst unterlassen, in Rücksicht auf eine etwaige Ruptur. Der Puls wurde in kurzer Zeit unzählbar klein und nöthigte in kaum einer Viertelstunde zur Placentarlösung. Beim Eingehen in den Uterus entdeckte ich an der vordern linken Gebärmutterwand einen mannsfaustgrossen Tumor, an welchen die Placenta angepresst und der über der Geschwulst liegende Theil derselben förmlich incarcerirt wurde. Der Druck des Muttermundes auf meinen Arm war während der Lösung der Placenta ungewöhnlich gross; nach dem Eingriff sistirte die Blutung sofort.

Im Wochenbette hatte die Frau die ersten 4 Tage Fieber bis zu 39 ° C., grosse Schmerzhaftigkeit des Uterus und einen sehr fötiden Ausfluss. Dies dauerte bis zum 8. Tage, von da an war der Verlauf sehr gut, die Anämie besserte sich.

Wegen des Tumors wurde die Frau vor ihrer Entlassung noch einmal genau untersucht. Von aussen war wegen des sehr starken Fettpolsters nichts durchzufühlen, bei der innern Durchsuchung ebenfalls ein negatives Ergebniss. Die Sonde ging in normaler Länge und Richtung ein, ohne auf ein Hinderniss zu stossen. Wir hätten also bei dem interstitiellen Fibroid, denn als solches glaube ich die Geschwulst ansprechen zu dürfen, den schon öfter beobachteten Vorgang vor uns, dass das Puerperium eine Schmelzung und Rückbildung veranlasst hatte.

Was nun die Conglutinatio orificii uteri externi anbelangt, so ist es besonders Nägele, der eine kritische Zusammenstellung der damals bekannten Fälle in den Heidelberger medicinischen Annalen Bd. II, Jahrgang 1836, veröffentlicht hat. Neuere Mittheilungen bieten im Wesentlichen nur eine Wiederholung des bekannten Bildes; keine bringt aber neue Aufschlüsse über die Bedeutung und Entstehung, alle schliessen sich der durch Nägele aufgestellten Theorie an.

Nägele schreibt S. 191: „Fragen wir uns, wie die Verklebung des Muttermundes entstehe, so ist wohl hier, wie bei andern Verwachsungen anzunehmen, dass ihr ein vorausgegangener entzündlicher Zustand zu Grunde liege.“ Dass diese Entzündung aber nicht zur Kenntniss des Arztes komme, liege in ihrer Localisation an einem so insensiblen Theile. Es ist gewiss richtig, an Verwachsung zu denken, wenn man die Grösse des Geburtshindernisses ins Auge fasst,

die eine solche Affection hervorrufen kann. Wer aber Gelegenheit hat, zu fühlen, mit welcher Leichtigkeit dieses grosse Hinderniss zu beseitigen ist, der muss nothwendig zuerst auf den Gedanken kommen, dass es ein viel einfacherer Process sei und jedenfalls nichts mit Verwachsung zu thun haben könne. Es scheint aber auch aus der Nägele'schen Monographie hervorzugehen, dass erst die Bearbeitung des Themas, erst das Suchen nach einer Erklärung für das grosse Hinderniss ihn von der einfachern Auffassung abgebracht habe. Schreibt er doch im Anfang seiner Abhandlung: „Neben wirklicher Verschlussung des Muttermundes kommt noch eine andere Art vor, durch ein haut- oder fadenartiges Gewebe, bei welcher, so heftig auch die Symptome sein mögen, mit denen der Zustand auftritt, die Cur doch meist auf einfachere und weniger gefährliche Weise gelang und für welche die Bezeichnung Verklebung einstweilen ganz passend erscheint, einestheils, weil die Zeichen wahrer Verwachsung hier durchaus fehlen, dann auch weil zu hoffen steht, dass die an letztere Bezeichnung sich knüpfende Idee einer blutigen Operation dadurch verbannt werden wird.“

So sehr die klinische Seite Nägele's zu adoptiren ist, glaube ich betonen zu müssen, dass die ganze Affection ohne irgend welche Läsion der Epithelien zu denken ist und ich möchte diese Verklebung am ehesten vergleichen mit der Verklebung der Augenlider durch das verdickte Secret der Conjunctiva, natürlich mit Berücksichtigung der ganz veränderten Bedingungen, Zutritt von äusserer Luft u. s. w. Schliessen wir an diesen Vergleich eine kurze Analyse der einzelnen Symptome an, so will auf den ersten Blick der Abgang von Blut, den Einzelne erwähnen, mit blosser Verfilzung ohne eine Continuitätstrennung der Schleimhaut nicht stimmen. Es spricht gerade die Zerreiissung von Gefässen für einen innigeren Zusammenhang der gegenüberliegenden Schleimhautflächen. Wir vermissen aber für die betreffenden Fälle genauere Angaben, wie die Eröffnung gemacht wurde, ob nicht der Fingernagel die Verletzung der Schleimhaut erst gesetzt hat, und wissen anderseits, wie bei verklebten Lidern ein brusques Eröffnen auch einzelne Capillaren zerreiissen kann. Gehen wir weiter die Angaben früherer Fälle mit Rücksicht auf unsere Hypothese durch, so erwähnt Nägele, beim Durchtrennen das Gefühl wie bei Zerreiissung von Fasern oder Fäden gehabt zu haben; Siebold¹⁾ beschreibt die verschliessende Substanz als fadenartiges Schleimgewebe; Leopold²⁾ als zusammengebackenen Schleim; Stoltz als Mucosités épaissies — Alles Momente, die nur zur Erhärtung meiner Ansicht dienen.

Die blosse Verklebung setzt nun weiter voraus, dass die Schleimabsonderung innerhalb des Cervicalkanals nicht stark sei. Auch hier kommen wir wieder in einen Widerspruch mit Nägele's Angaben,

1) M. f. Geb. Bd. XIV. S. 96.

2) l. c. S. 58.

dass in einzelnen Fällen weisser Fluss zugegen war; er selbst führt einen Fall an, der aber nichts beweist, weil es nach seiner Angabe keine blosse Verklebung war.

Dagegen ist in dem Falle von Lang³⁾ eitriger Ausfluss lange Zeit hindurch constatirt, welcher eintrat nach einer sehr schweren Entbindung mittels des Forceps und darauf folgender Wochenbetts-erkrankung: Nichtsdestoweniger kam die Frau nach etwas mehr als neun Monaten wieder mit einem ausgetragenen Kinde nieder. Hier ist nun wahrscheinlich eine wirkliche Verwachsung der stark lädirten Cervicalschleimhaut zu Stande gekommen, wenn gleich bei der Geburt der Muttermund auch mit blossen Finger wieder durchgängig zu machen war. In den weiteren noch bekannten Fällen wird entweder von abnormer Secretion gar nichts erwähnt oder es findet sich in anderen, wie z. B. auch in unserer die Angabe, dass nie eine Spur von weissem Flusse sich zeigte und die Vagina beim Touchiren sich eher durch ihre Trockenheit auszeichnete.

Nun bleiben wir aber die Hauptfrage zu beantworten schuldig, wie die blosse Verklebung des äusseren Muttermundes eine solche Geburtsstörung verursachen könne?

Dies dürfte sich so erklären, dass während der Geburt der kindliche Kopf (denn wir haben diese Affection ausschliesslich nur bei Schädellagen notirt) blos die vordere Gebärmutterwand vor sich her treibt. Die Folge davon ist, dass der Muttermund weit nach hinten ausweicht, was wir bei tiefem Kopfstande der Erstgeschwängerten sogar als Regel annehmen, und dass beim Vorrücken des Kopfes immer nur die vordere Uterinwand tiefer ins Becken gepresst wird, die hintere und der Muttermund aber gegen das Kreuzbein hin mehr und mehr ausweichen. Die Längsaxe des kindlichen Körpers ist dann viel mehr gegen die Symphyse gerichtet und es fängt sich der Kopf vergleichsweise in einer Tasche, die blos aus der vorderen Uterinwand besteht. So ist es begreiflich, dass bei einer ganz geringen Verklebung des äusseren Muttermundes dieser stumpfe Keil, der noch von einer elastischen Schichte, nämlich der mit dem Vorwasser gefüllten Eibläse, umgeben ist, das Hinderniss nicht wegzuräumen im Stande ist. Es braucht also zum Entstehen dieses Hindernisses wohl in erster Linie eine ungünstige Einstellung des Kopfes, welche zu gleicher Zeit verhindert, dass viel Vorwasser sich bilden kann.

Ich glaube aus der mir zugänglichen Literatur auch für diese Auffassung genügende Belege beibringen zu können. Abgesehen von unserem Falle, ist gerade in dem schon oft citirten Nägele'schen hervorgehoben, dass der Muttermund ungewöhnlich hoch, nach hinten und etwas links gerichtet war, ja bei der Beschreibung des Verlaufes einer Conglutinatio bestätigt er vollkommen die angegebene Erklärung: „Wie heftig und dringend aber auch die Wehen sein mögen,

1) N. Z. f. Geb. Bd. XIV. S. 144.

der äussere Muttermund bleibt hartnäckig verschlossen, ja er scheint selbst, wie mehrere Beobachtungen lehren, in dem Maasse, wie die Wehenthätigkeit sich steigert, noch mehr nach der Seite und aufwärts zu weichen.“ Dass es sich aber nicht immer blos um ein Herunterdrängen der vorderen Wand und um ein entsprechendes Ausweichen des Muttermundes nach hinten handelt, beweist der Fall von Willert, bei dem sich der Muttermund dicht hinter der Schoosfuge befand. Es wäre also hier, statt wie gewöhnlich die vordere Gebärmutterwand, einmal die hintere einseitig tiefer gedrängt worden und dadurch das Ausweichen nach vorn zu Stande gekommen.

Zur Therapie ist nur zu bemerken, dass eine künstliche Herstellung eines Muttermundes dadurch, dass man mit schneidenden Instrumenten die vordere Uterinwand durchtrennt, bei Conglutinatio orificii ut. ext. nie zu entschuldigen ist. Wenn meine Theorie richtig ist, so sollte in künftigen Fällen eine Douche warmen Wassers, aber nur wenn sie durch ein Speculum direct auf den verdickten Schleim geleitet wird, eine Aufweichung ermöglichen. Ueberhaupt ist von der Verwendung des Speculums, das früher von Depaul schon angegeben worden, noch in mancher Beziehung Aufklärung zu erwarten, nur muss man es nicht machen wie Depaul, der entgegen dem gutem Rathe in keiner Weise mit Lösung des Schleimes sich abmühte, sondern einfach aufgeschnitten hat. Der zweite Punkt wäre dann noch, auf die Einstellung des Kopfes sein Augenmerk zu richten und diese in entsprechender Weise zu behandeln.

Ueber eine Endemie von Morbus bullosus neonatorum in der Entbindungs-Anstalt zu Leipzig.

Von

Dr. Ahlfeld.

Im 3. und 4. Vierteljahre 1872 hatten wir Gelegenheit, eine Endemie des sogenannten Pemphigus neonatorum non syphiliticus in der hiesigen Anstalt zu beobachten.

Leider wurden die ersten Fälle, welche ziemlich einzeln auftraten, nicht recht beobachtet, so dass ich folgende Angaben über den Anfang der Endemie nicht nach eigener Beobachtung, sondern