Aus der Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta
in Wien.

Beitrag zur Kenntniss der Geburten bei Uterus bicornis bicolis.

Von

Dr. Josef Halban,

Assistent der Klinik.

(Mit 4 Abbildungen im Text.)

Geburten bei Doppelmissbildungen des weibl. Genitales sind schon vielfach beschrieben worden. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Regel glatt und ohne Complicationen ablaufen, so dass sie meistentheils nur einen zufälligen Nebebefund bei der Untersuchung ergeben. Selbst bei dem höchsten Grade der Doppelmissbildungen, beim Uterus didelphys, ist schon eine Reihe von Geburten beschrieben worden, welche alle ohne Hinderniss von Seiten des missbildeten Organes von Statten gingen.

Ja in gewisser Hinsicht scheinen sie für die Geburt sogar eine gute Prognose mit sich zu bringen, weil sie nämlich, worauf Pfannenstiel (1) — wie es scheint mit Recht — aufmerksam machte, fast immer bei sehr weitem Becken vorkommen.

Ein an der Klinik Schauta zur Beobachtung gelangter Fall zeichnet sich aber durch einen ganz eigenthümlichen, bisher nirgends beobachteten Geburtsverlauf aus, so dass dessen Veröffentlichung gerechtfertigt ist.

Der Fall ist aber auch deshalb interessant, weil hierbei ein Befund festgestellt werden konnte, welcher vielleicht in der Zukunft als Hilfsmittel für die Diagnose der Doppelmissbildungen benutzt werden kann.

M. M., 24 Jahre alt, stets gesund. 1. Menses mit 14 Jahren, 4wöchentlich, 4tägig, spärlich, schmerzlos.

Sie hat bereits einmal geboren und zwar am 5. Januar 1898. (I. Geb.-Klinik). Es handelte sich um eine Steisslage II. Pos. Das Kind (2200 g bei der Geburt) starb nach $3\frac{1}{2}$ Wochen.

Seit der Entbindung fühlte sie sich schwächlich und zu schwerer Arbeit unfähig.

Im October 1898 stellten sich starke Blutungen ein, so dass sie sich ins Maria Theresiahospital aufnehmen liess. (18. 10. 98.)

Herrn Primarius v. Erlach verdanke ich nun folgenden Befund, der damals erhoben wurde: Bei der sonst gesunden Frau findet sich in der Vagina in der halben Höhe derselben beginnend und die Scheide nach hinten in 2 Theile theilend eine median verlaufende, fingerdicke Schleimhautscheidenwand. Rechte Portio normal gross, geringe Erosion, Blutung ex a orificio. Linke Portio klein, Orificium sieht nach hinten und links. Beide durch einen Kamm getrennt. Zwei deutlich getrennte Corpora, rechtes etwas grösser, als das linke, welches sinistrovertirt ist. Adnexe und Parametrium normal. Am 19. 10. wurde ein Laminaria-stift in den rechten Uterus eingeführt und am 20. 10. der rechte Uterus ausgeschabt. Zu gleicher Zeit Durchneidung des vaginalen Septums und Naht (Narkose). Am 26. 10. konnte sie vollständig geheilt entlassen werden.

Die letzte regelmässige Menstruation trat also am 1. September 1898 ein, im October war die starke Blutung, wegen welcher im Maria-Theresienhospital die Ausschabung gemacht wurde und seither hatte sie atypische Blutungen, die ungefähr alle 4 Wochen auftraten und 1—2 Tage andauerten.

Der letzte Coitus soll Mitte September stattgefunden haben, die ersten Kindesbewegungen traten Mitte Januar auf.

Es sprach also die Anamnese für eine Gravidität von 7 Monaten. Die Frau gab nun bei ihrer Aufnahme an, dass sie seit 12 Stunden kräftige Wehen verspürt. Das Fruchtwasser soll noch nicht abgegangen sein.

Status praesens. Gesunde Frau, gut genährt, sehr kräftiger Knochenbau. Temp. 37,1. Puls 84. Uterus oval, nach links verlagert. Fundus steht 3 Finger unter dem Proc. xyphoideus.

Ueber dem Beckeneingang der Schädel, etwas nach rechts abgewichen. Links im Fundus der Steiss. Rücken rechts, kleine Kindstheile links. Herztöne am deutlichsten rechts unterhalb des Nabels.

Rechts handbreit über der Symphyse und etwa 3 Finger ausserhalb der Mittellinie ein dem gravidem Uterus aufsitzender hühnereigrosser, ziemlich harter Körper von der birnförmigen Gestalt eines Uteruskörpers (das rechte Corpus uteri). Zwischen diesem Gebilde und dem gravidem Uterus eine ziemlich tiefe Einsattlung.

An der linken Seite lässt sich das Ligamentum rotundum deutlich palpieren. Es zieht von Oben Innen, schräg nach Unten Aussen zum Leisten canal.

Rechts ist das Ligamentum rotundum nicht zu palpieren, dagegen ist auf der rechten Seite ein deutlicher Strang von der Dicke des Ligamentum rotundum zu tasten, welcher von der Einsattlung zwischen beiden Uteruskörpern nach abwärts zieht, aber nicht zum Leisten canal, sondern zur Blasengegend (s. Fig. 1). Die Bedeutung dieses Stranges war mir zunächst unklar. Eine genaue Ueberlegung

musste aber die Ueberzeugung geben, dass es sich nur um das Ligamentum vesico-rectale handeln könne. Darüber soll später noch etwas eingehender gesprochen werden.

Figur 1.

Die innere Untersuchung ergab nun zunächst sowohl an der vorderen, als an der hinteren Vaginalwand einen sagittal gestellten etwa fingerdicken Schleimhautwulst. (Die Reste des durchschnittenen Septums).

Die Cervix aber giebt einen sonderbaren zunächst nur sehr schwer deutbaren Befund.

Man findet nämlich 3 Oeffnungen in der Cervix. Die mittlere ist die grösste, bequem für 2 Finger durchgängig. Der Cervicalcanal ist verstrichen. Man kommt unmittelbar auf die Fruchtblase, durch welche deutlich der Schädel, hoch und beweglich, zu tasten ist.

Links von dieser scheinbar als Muttermund anzusprechenden Oeffnung findet sich von ihr durch eine etwa 2 cm breite Brücke getrennt eine 2. kreisrunde, scharfrandige, 1 cm im Durchmesser haltende Oeffnung, durch welche man ebenfalls sofort auf Blase und Schädel kommt. Man kann aber auch, wenn man durch die mittlere grosse Oeffnung mit dem Finger eingeht, von Innen längs der Scheidewand bis an die kleine Oeffnung gelangen.

Es erhellt daraus, dass die beiden Oeffnungen in den linken graviden Uterus führen.

Complicirt werden nun die Verhältnisse dadurch, dass man auch rechts von der grossen Oeffnung in eine Oeffnung gelangt, welche ein halbmondförmiges Lumen besitzt und durch einen ebenfalls halbmondförmigen Wall von der mittleren Oeffnung getrennt ist (s. Fig. 2).

Ich deutete diesen sonderbaren Befund in der Weise, dass ich annahm, dass die grosse mittlere und die kleine linke Oeffnung zusammen den linken Muttermund darstellen, welche durch ein Septum in

2 Theile getheilt seien, während ich die rechte Oeffnung für den rechten Muttermund hielt, dessen halbmondförmige Gestalt dadurch zu Stande käme, dass er über den anpressenden Schädel ausgespannt wurde.¹⁾

Figur 2.

Die Geburt erfolgte nun thatsächlich durch die mittlere Oeffnung und zwar um 1 Uhr 20 Minuten Morgens, nachdem kurze Zeit vorher die Blase gesprungen war. Die linke und rechte Oeffnung veränderten sich hierbei nicht mehr.

Das Wochenbett verlief vollkommen afebril, der Abgang einer zweiten Decidua aus dem nicht graviden Uterus würde, trotzdem darauf geachtet wurde, nicht bemerkt.

Als die Frau am 10. Tage nach der Entbindung einer neuerlichen Untersuchung unterzogen wurde, ergab sich ein Befund, welcher die oben ausgesprochene Deutung modificiren musste.

Man fand nämlich, wenn man die Portio abtastete, zunächst nur 2 Oeffnungen.

Eine linke, vollkommen geschlossene Oeffnung auf der Spitze einer deutlich in die Vagina vortretenden, aber zarten Portio.

Daneben rechts — von der l. Oeffnung etwa 2 cm entfernt — eine zweite, etwas lacerirte Oeffnung, in welche der Finger bequem eindringen konnte. Es hatte also — und das war für den ersten Augenblick überraschend — die Geburt durch den rechten Muttermund stattgefunden, trotzdem die Frucht sich in der l. Uterushälfte entwickelt hatte.

Wenn man aber etwas tiefer — etwa $\frac{1}{2}$ cm — in den rechten Cervicalcanal eindrang, so konnte man mit Leichtigkeit feststellen, dass man einerseits in den rechten kleineren Uterus, an-

1) Ich dachte trotz der drei vorhandenen Oeffnungen selbstverständlich nicht an einen Uterus trifidus, da dieser entwicklungsgeschichtlich ein Unding ist. Auch der von Depage (2) als Uterus trifidus gedeutete Fall ist nach der Beschreibung beigegebenen Zeichnung gewiss nur ein vom Autor unrichtig gedeuteter Uterus bicornis mit gleichzeitiger Extrauterin gravidität und Hämatocoele.

drerseits aber durch eine Oeffnung in dem die beiden Uteri trennenden Septum in den linken grösseren puerperalen Uterus gelangen konnte.

Es gelang ferner nicht unschwer den linken geschlossenen Muttermund mit dem Finger zu erreichen, so dass man auch durch diesen in den linken Uterus eindringen konnte. Ich war ferner ganz leicht im Stande den Finger durch den linken Muttermund einzuführen, durch das Loch im Septum durchzukommen und durch den rechten Muttermund wieder in die Vagina zu führen, so dass man die ganze, etwa $\frac{1}{2}$ cm hohe Brücke zwischen den beiden Muttermündern auf den Finger aufladen konnte. Auch durch die Sondenuntersuchung konnte dasselbe erreicht werden.

Als wichtig muss noch hervorgehoben werden, dass das vaginale Septum sich deutlich zwischen der linken und der rechten Oeffnung an der oben erwähnten Brücke inserirte, was während der Geburt übersehen wurde.

Wäre dieses Verhalten schon damals wahrgenommen worden, so wäre die Auffassung, wie ich sie eben gegeben habe, dass nämlich die beiden linken Oeffnungen zusammen den linken Muttermund darstellen, unmöglich gewesen, weil aus der Insertion des vaginalen Septums klar hervorgeht, dass nur die linke Oeffnung allein dem linken Muttermund entsprechen kann, während alles, was rechts davon liegt, dem rechten Uterus zugezählt werden muss (s. Fig. 3). Wir haben es also mit einem Uterus bicornis bicollis

Figur 3.

zu thun, bei welchem das Septum ein Loch im untersten Antheile aufweist.

Es war aber nach der Erhebung dieses anatomischen Befundes auch ganz klar, wie sich die Geburt abgespielt hat.

Die Frucht, welche im linken Uterus getragen wurde, wurde nicht durch den linken Muttermund geboren, sondern durch das Loch im Septum. Dieses aber wurde durch den andrängenden Schädel in den rechten Muttermund invaginirt, so dass der sonderbare Touchirbefund während der Geburt zu Stande kam, wobei 3 Oeffnungen bemerkt wurden (s. Fig. 2 u. 4).

Zu erklären ist dies dadurch, dass der stark sinistrovertirte und flektirte linke Uterus die Frucht nach rechts hin auszustossen bestrebt war, so dass der Schädel gegen das Septum und den rechten Muttermund zu, und nicht in die Richtung des linken Muttermundes getrieben wurde.

Figur 4.

Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht auch die zu Beginn der Geburt bemerkte Abweichung des Schädels von der Medianlinie nach rechts.

Ob nun das Loch im Septum schon früher bestanden hat, oder ob es erst während der Geburt zu einer Zerreissung des Septums durch den andrängenden Schädel gekommen ist, ist natürlich nachträglich mit Sicherheit nicht mehr zu entscheiden.

Wir möchten uns mehr der letzteren Annahme hinneigen, denn das Bestehen eines Defectes im Septum bei Uterus bicornis bicollis duplex ist wohl unwahrscheinlich. Auch wurde das Loch bei dem seinerzeitigen Aufenthalte der Frau im Maria Theresienhospitale

nicht constatirt, obwohl es bei der Auskratzung wohl hätte auffallen müssen.

Es ist daher doch eher anzunehmen, dass das vielleicht von Haus aus dünne Septum während der Geburt einriss und das Loch dem Schädel als Durchgangspforte diente. Es wäre diese Zerreissung in Analogie zu setzen mit den queren Cervixrissen während der Geburt. Bekannt ist ja in dieser Hinsicht der von Schauta (3) beschriebene Fall, bei welchem — ganz ähnlich wie in unserem Falle — die Geburt nicht durch den Muttermund, sondern durch den Cervixriss hindurch stattfand. Nach Schauta lag auch in diesem Falle die Ursache darin, dass der Schädel nicht so sehr in der Richtung gegen den Muttermund, als gegen die vordere Cervicalwand getrieben wurde.

Wir haben es in unserem Falle mit dem merkwürdigen Zufalle zu thun, dass die Frucht aus dem linken Uterus durch den rechten Muttermund geboren wurde. Eine derartige Beobachtung findet sich nirgends in der Litteratur beschrieben. Am meisten Aehnlichkeit hat sie mit einem von Jakesch (4) beschriebenen „Partus bei Uterus bicornis duplex subseptus bicollis cum vagina duplici.“ Es fand sich dabei eine Querlage, die so angeordnet war, dass der Schädel im linken, den Steiss und die Placenta sich im rechten Uterus befanden. Die Geburt wurde operativ (Kranioclasie) durch den linken Muttermund beendet. Die sofortige Austastung des Uterus ergab, dass es sich um eine gemeinschaftliche Höhle handelte, in welcher aber noch das „Septum als schlaffes Segel tastbar“ war.

Der Fall unterscheidet sich von unserem aber wesentlich dadurch, dass sich bei ihm offenbar die Gravidität von Haus in beiden Uterushälften entwickelt hat, denn beide Uteri waren annähernd gleich gross.

Eine gewisse entfernte Aehnlichkeit mit unserem Falle hat der Fall von Rossa (5). Es handelte sich um eine Gravidität mit Vagina duplex, wobei aber die Vagina der graviden linken Seite nach unten zu verschlossen ist. Die Geburt erfolgte nun durch ein Loch des Septum vaginale aus dem linken Uterus in die rechte Scheide.

Wäre das Septum vaginale in unserem Falle erhalten gewesen, so würde die Geburt ohne Zweifel durch die rechte Vagina erfolgt sein, obwohl die Frucht im linken Uterus sass. Allerdings in Folge eines anderen Mechanismus als in dem Falle von Rossa.

Was nun die sonstigen Einzelheiten unseres Falles betrifft, so möchte ich zunächst darauf hinweisen, dass unsere Frau ein sehr weites, breites Becken hatte. D. Sp. 27 $\frac{1}{2}$. D. Cr. 32. D. Tr. 35.

Es wurde bekanntlich schon von Rokitansky (6) auf die starke Breitenentwicklung der Frauen mit Doppelmissbildung des Uterus hingewiesen und Pfannenstiel ist sogar geneigt, darin die Ursache für ihre Entstehung zu erblicken, indem er annimmt, dass bei einem breiten Becken die Müller'schen Fäden und Wolffschen Körper primär weiter von einander entfernt liegen und daher die Müller'schen Fäden schlechter oder gar nicht zur Verschmelzung gelangen.

Als wichtig möchte ich hervorheben, dass die Frau während der ganzen Gravidität — wenn auch unregelmässig — menstruierte, höchst wahrscheinlich aus dem nicht graviden rechten Uterus. Gewöhnlich hört bei doppeltem Uterus die Menstruation vollständig während einer Gravidität auf, weil es auch im anderen Uterus zu einer Deciduabildung kommt. Von den von Pfannenstiel zusammengestellten 18 Fällen von Uterus didelphys sistierte die Menstruation mit Ausnahme des von P. Müller beschriebenen Falles stets vollständig während der Gravidität.

Vielleicht hängt mit der mangelhaften Entwicklung einer Decidua in unserem Falle der Umstand zusammen, dass der Abgang einer Decidua aus dem nicht graviden Uterus — wie dies sonst fast immer beobachtet wurde — nicht beobachtet werden konnte — trotzdem wir darauf achteten.

Es lässt sich, da bei der ersten Geburt der Frau die Duplicität des Uterus übersehen wurde, schwer mit Sicherheit feststellen, in welchem Uterus die erste Schwangerschaft stattgefunden habe.

Mit Wahrscheinlichkeit ist dies wohl für den rechten anzunehmen.

Erstens sprechen dafür die am rechten Muttermund sich findenden Lacerationen, während der linke Muttermund vollständig glattrandig war. Man müsste nur annehmen, dass sich derselbe merkwürdige Vorgang auch bei der ersten Geburt abgespielt habe, wie bei der zweiten. Ferner spricht dafür das Auftreten einer Endometritis im rechten Uterus, welche doch wahrscheinlich als Folge einer puerperalen Affection aufzufassen sein dürfte.

Interessant ist immerhin auch die Thatsache, dass bei bestehender einmonatlicher Gravidität links der rechte Uterus ausge-

schabt wurde, ohne dass die Schwangerschaft irgendwie dadurch beeinträchtigt worden wäre.

Es ist vielleicht nicht unwichtig, darauf hinzuweisen, dass sowohl das erste, als das zweite Kind vor der normalen Zeit geboren wurde (2200 g und 1700 g).

Es scheint nämlich bei der Durchsicht der Litteratur, als ob es doch verhältnissmässig oft zu Frühgeburten bei Duplicität des Uterus kommen würde.

Zur Diagnostik dieser Fälle ist noch folgendes zu erwähnen. Vor Allem, dass das von Schatz (8) angegebene Symptom, nach welchem bei Uterus bicornis der nicht schwangere Uterus während der Geburt in Folge der Weenthätigkeit in die Höhe gezogen wird, auch in unserem Falle besonders deutlich zu beobachten war. Der rechte Uterusfundus war nämlich handbreit über der Symphyse zu tasten, während er nach der Geburt, viel tiefer sank.

Dagegen konnte das Zeichen, auf welches Pfannenstiel so viel Werth für die Diagnose der einseitigen Graviditäten legt, nicht beobachtet werden.

Während nämlich Pfannenstiel angiebt, dass durch die Neigung des schwangeren Uterus, sich nach vorn zu drehen, das Lig. rotundum der Medianlinie genähert wird, und vor dem Uterus senkrecht zum Leistencanal zieht, konnte in unserem Falle leicht beobachtet werden, dass das linke Ligamentum rotundum am Fundus etwa 4 Finger ausserhalb der Mittellinie beginnend nach links Aussen abwärts zum Leistencanal zog (s. Fig. 1).

Es ist aber auch vollständig unerklärlich, wie das Lig. rot. senkrecht nach abwärts ziehen kann, wenn seine uterine Insertion stark der Mittellinie genährt ist. Es muss sich, da der Leistencanal einen fixen Punkt darstellt, schräg stellen, wie in unserem Falle. Nur bei einer geringen Verschiebung des Uterus gegen die Mittellinie tritt ein gestreckter Verlauf des Ligamentum rotundum ein. — Da die Verlagerung des Ligamentum rotundum aber bei jeder seitlichen Verlagerung des Uterus, wie sie so oft vorkommt, eintritt, so dürfte der diagnostische Werth des Pfannenstiel'schen Zeichens ein geringer sein. Besser dürfte eventuell die andere Angabe Pfannenstiel's für die Diagnose zu verwenden sein, das nämlich das Ligamentum rotundum vor dem Uterus nach abwärts zieht. Von einer Constanz dieses Symptomes kann aber keine Rede sein, denn in den drei an der Klinik Schauta zur Beobach-

tung gelangten einschlägigen Fällen, konnte es mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Dagegen glaube ich in unserem Falle eine Beobachtung gemacht zu haben, welche wohl diagnostisch verwerthbar sein dürfte.

Ich konnte nämlich, wie ich schon gelegentlich der äusseren Beschreibung erwähnt habe, ausser dem linken Ligamentum rotundum noch einen zweiten Strang tasten, welcher an Dicke dem Ligamentum rotundum ungefähr gleichkommend, von der Mittellinie in der Blasengegend beginnend nach aufwärts rechts aussen zog und in der Gegend der Einsattlung zwischen gravidem und nicht gravidem Uterus endete. (s. Fig. 1.)

Ich konnte mir zunächst diesen Befund nicht erklären. Nur soviel war mir klar, dass es nicht das Ligamentum rotundum der rechten Seite sein konnte, da es nicht zum Leistencanal, sondern zur Blasengegend zog.

Ich dachte an das Ligamentum vesicocumbilicale laterale dextr., doch musste auch diese Annahme fallen, da dieses Ligament erstens kaum durchzutasten ist, zweitens aber von der Seite der Blase nach oben gegen den Nabel hätte ziehen müssen, während der Strang in unserem Falle von der Gegend des Blasenscheitels, also von der Mitte nach oben, aussen vom Nabel zog.

Wenn man jedoch die Lage des oben erwähnten Stranges genauer betrachtet, so kann wohl kaum ein Zweifel bestehen, dass wir es mit dem Ligamentum vesicorectale zu thun haben, also jenem Ligament, welches bei Uterus bicornis von der Blase zur Wand des Uterus und zwar bis zur Bifurcation zieht und sich von da nach hinten bis an das Rectum fortsetzt.

Es ist ziemlich klar, dass beim Höhersteigen des gravidem Uterus das Ligamentum vesico-rectale mit nach aufwärts gezogen wird. Dadurch wird der freie Rand stark gespannt und kann bei stärkerer Entwicklung des Ligamentes als Strang gefühlt werden.

Der Verlauf ist ein ganz klarer. Es muss vom Scheitel der Blase bis zur Bifurcation der Uteri ziehen. Man tastet also nur den vorderen Antheil des Ligamentum vesico-rectale und es dürfte sich aus diesem Grunde empfehlen, einen vorderen und hinteren Antheil desselben zu unterscheiden und dieselben ungezwungen als Ligamentum vesico-uterinum und Ligamentum utero-rectale zu bezeichnen.

Nur das erstere ist von aussen zu tasten, für das letztere wäre eventuell die rectale Untersuchung angezeigt.

Die Entwicklung des Ligamentum vesico-rectale ist nicht in allen Fällen eine sehr starke. Nur wenn es gut entwickelt ist, wird man es durchtasten können. Doch scheint dies nicht so selten zu sein und gerade der freie Rand ist gewöhnlich dicker als der Rest des Ligamentes. [Dalla Rosa (9), Israel (10).] Erst kürzlich demonstirte Opitz (11) in der Berl. gyn. Ges. ein Präparat von Uterus bicornis bicollis mit sehr kräftiger Entwicklung des Ligamentum vesico-rectale. Auch in der grossen Sammlung des Wiener pathologischen Institutes, deren Durchsicht mir Herr Professor Weichselbaum gütigst gestattete, finden sich viele Fälle mit sehr dickem Ligamentum vesico-rectale.

Ich glaube nun, dass dieses Symptom diagnostisch zu verwerthen ist.

Wenn man nämlich bei der äusseren Untersuchung einen Strang findet, welcher von der Blasengegend nach aufwärts zieht, so muss man an das Ligamentum vesico-rectale und damit an die Möglichkeit einer Duplicität des Uterus denken.

Ich habe seither eine grössere Anzahl von Schwangeren daraufhin untersucht und möchte nur vor einer Verwechslung die dabei eventuell unterlaufen könnte, aufmerksam machen. Es kann nämlich der freie Rand des Musc. rectus abdominis bei bestehender Diastase einen in ähnlicher Richtung verlaufenden Strang vortäuschen. Die Unterscheidung ist aber sehr leicht. Wenn man die Frau aufsetzen lässt, müsste ein Ligamentum vesico-rectale verschwinden, während der Rectusrand nur deutlicher wird.

Ich möchte im Anschluss an den eben berichteten Fall auch einer zweiten an der Klinik Schauta beobachteten Geburt (1892, Pr. No. II. 572) bei Uterus bicornis bicollis (mit Vagina simplex) kurz erwähnen, die sich nach einigen Gesichtspunkten ganz typisch für derartige Complicationen verhält.

X. Y., primipara. Die Menses haben während der Schwangerschaft vollständig aufgehört. Die Gravidität sitzt im linken Uterus, während der rechte etwas vergrössert dem linken etwa handbreit über der Symphyse und 3 Finger ausserhalb der Mittellinie als birnförmiger Körper aufsitzt. Es ist also auch in diesem Falle das Schatz'sche Symptom deutlich ausgeprägt. Per vaginam deutlich beide Portiones zu tasten.

Die Frucht findet sich in Steisslage II. Position. Das Ligamentum rotundum der linken Seite verläuft auch in diesem Falle nicht im Sinne Pfannenstiel's senkrecht, sondern zieht von links oben aussen nach rechts unten innen.

Das Becken ist ebenfalls weit: D. Sp. $26\frac{1}{2}$, D. Cr. $30\frac{1}{2}$, D. Tr. 31. Erwähnenswerth ist, dass es sich auch in diesem Falle um eine Früh-

geburt handelte (2476 g, 46 cm). Die Decidua des nicht graviden Uterus ging 6 Stunden post partum ab.

Ein dritter ähnlicher, an der Klinik beobachteter Fall (Uterus didelphys mit Gravidität) kam zur selbstständigen Publication (Spitzer (12.))

Literatur.

- 1) Pfannenstiel, Festschrift der Deutschen Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. 1894. S. 330.
 - 2) Depage, Arch. de Tocol. et Gyn. XXI. 1894.
 - 3) Schauta, Wiener med. Presse. 1880. No. 35.
 - 4) Jakesch, Centralbl. f. Geb. u. Gyn. 1897.
 - 5) Rossa, Wiener klin. Wochenschr. 1892. S. 501.
 - 6) Rokitansky, Zeitschr. d. Gesellsch. der Aerzte zu Wien. 1859.
 - 7) P. Müller, Die Krankheiten des weiblichen Körpers. Stuttgart 1888. S. 221.
 - 8) Schatz, Arch. f. Gyn. Bd. I.
 - 9) Dalla Rosa, Zeitschr. f. Heilk. Bd. IV. 1883.
 - 10) Israel, Charité-Annalen. 11. Jahrg.
 - 11) Opitz, Berl. gyn. Gesellsch. Sitzungsber. vom 13. Januar 1899.
 - 12) Spitzer, Wiener klin. Wochenschr. 1897. No. 14.
-