Zur Aetiologie des Caput obstipum.

Von

G. Krukenberg, Bonn.

Bekanntlich herrschen noch heute die verschiedensten Ansichten über die Aetiologie des angeborenen muskulären Schiefhalses. Besonders 3 Ansichten stehen sich gegenüber.

Die eine zuerst von Stromeyer aufgestellte Ansicht geht dahin, dass eine Zerreißung des Musculus sternocleidomastoideus während der Geburt die Ursache für den Schiefhals abgibt.

Nach der 2. Ansicht handelt es sich um eine Entwicklungsstörung, welche schon in einer relativ frühen Zeit des fötalen Lebens zu Stande kommt, also um eine Missbildung; so in den bekannten Fällen von Heusinger und Bednar.

Es ist wohl kaum zu bestreiten, dass beide Ansichten zu Recht bestehen; im einzelnen Falle mag es allerdings sehr oft zweifelhaft sein, welche von beiden Ansichten zutrifft.

Eine 3. Ansicht endlich geht dahin, dass es sich beim angeborenen Schiefhals um eine Veränderung handle, welche erst in der letzten Zeit der Gravidität durch den Druck des stark gedehnten Uterus mit oder ohne Wehen zu Stande komme.

Diese 3. Ansicht, welche den Geburtshelfer zu einem Urtheile herausfordert, ist diejenige, welche zur Zeit noch am wenigsten begründet ist. Näher ausgeführt haben dieselbe zwei Autoren, Dieffenbach und M. Schmidt.

Dieffenbach stellt sich die Sache folgendermaassen vor: „Wenn bei einem wenig geneigten Becken der Kopf mehrere Monate vor der gewöhnlichen Zeit in das Becken herabtritt und sich als Caput ponderosum feststellt, so bleibt er während dieser ganzen Zeit in derselben seitlichen Stellung. Da nun erfahrungsgemäss

unter hundert Kopflagen siebenzig Mal die erste Kopflage vorkommt, so mag hierin der Grund liegen, weshalb die angeborene Obstipitas colli viel häufiger auf der rechten als auf der linken Seite vorkommt.“

Dieffenbach präsumirt also einen Hängebauch mit Abweichen der Uterusaxe von der Beckenaxe nach vorn und nimmt an, dass sich die vordere Halsseite des Kindes verkürzt. Sehr plausibel ist diese Erklärung sicherlich nicht. Wohl ist ja zuzugeben, dass bei Hängebauch und fixirtem Kopfe die nach vorn gekehrte Halsseite des Kindes vorübergehend concav gebogen wird. Aber diese Wirkung des Hängebauches tritt erst spät ein, sie ist eine ganz passive, sie vermindert sich im Liegen, ist also nicht einmal eine andauernde. Dass daraus eine Schiefstellung des Kopfes auch nach der Geburt hervorgehen soll, ist mir nicht glaublich.

In anderer Weise begründet M. Schmidt¹⁾ diese Ansicht, dass der Schiefhals in der letzten Zeit der Schwangerschaft entstehe.

Er beobachtete bei einer älteren Erstgebärenden eine 1. Steisslage. Als die Geburt schon fast einen Tag dauerte, extrahirte er den Steiss mit dem Zeigefinger, wobei der Damm bis an den Sphincter einriss. Um so leichter ging nun ohne jede Zerrung die Extraction von Rumpf, Hals und Kopf vor sich. Schmidt scheint die Wöchnerin erst am 7. Tage des Wochenbetts wiedergesehen zu haben und wurde nun erst bei dem Neugeborenen, einem kräftigen Mädchen, das er bei der Geburt nicht näher besichtigt hatte, auf eine Schiefheit von Kopf und Hals aufmerksam gemacht. Der Kopf desselben stand stark nach rechts auf die Schulter geneigt, das Kinn etwas nach links und oben gedreht. Die rechte Halshälfte erschien etwas magerer und kürzer als die linke, insbesondere der Kopfnicker rechterseits etwas knapper, kürzer, härter gespannt als der linke. Von einem Hämatom an demselben keine Spur. Ferner war am Kopf die Gegend des oberen Theiles des Unterkieferastes, des Ohres etwa bis zum äusseren Gehörgang und die Basis der Hinterhauptsgegend fast bis zur Protuberantia occipitalis deutlich und tief grubenförmig vertieft, diese ganze Partie verkleinert und verkümmert erscheinend, als wenn sie durch den Druck eines eiförmigen rundlichen Körpers hier zur Atrophie ge-

---

1) Centralbl. f. Chirurgie 1890, S. 570.

bracht worden wäre. Dabei war der Kopf leicht ganz gerade einstellbar. Nach 7 Monaten war die Schiefstellung und Difformität verschwunden. Zur Erklärung nimmt Schmidt an, „dass die Difformität durch andauernd üble Haltung des Kindskörpers in utero entstanden ist, wie wir dies z. B. beim Pes varus voraussetzen. In seiner weiteren Erklärung spricht er dann allerdings nicht mehr von einer Raumbeschränkung im Uterus und dem intrauterinen Druck, wie man aus seinem Hinweis auf den Pes varus eigentlich erwarten sollte, sondern nimmt an, dass der Kopf des in 1. Steisslage befindlichen Kindes auf der schrägen Unterflache der mütterlichen Leber abgeglitten und dadurch sich nach seiner eigenen rechten Seite geneigt hätte. Witzel¹⁾, der sich wiederholt eingehend mit der Aetiologie des Caput obstipum beschäftigt hat, verwirft diese Erklärung wohl mit Recht und weist darauf hin, dass es eigentlich annehmbarer wäre, die Veränderungen in dem Falle Schmidt durch den Druck zu erklären, welcher den Kopf bei der Geburt fast einen ganzen Tag hindurch gegen die Schulter anpresste. Im übrigen bemerkt Witzel zu diesem Falle, dass der spontane und so schnelle Rückgang aller Erscheinungen nicht ganz gewöhnlich sei und dass die Kopfnickerverkürzung keineswegs hochgradig gewesen sein könne, da sich der Kopf so leicht gerade stellen liess. Meine Ansicht über den Fall Schmidt ist die, dass auch durch die Geburtsthätigkeit die hochgradigen Veränderungen, welche sich bei dem Kinde fanden, nicht erklärt werden können und dass ein nicht ermitteltes Moment (asymetrische Gestalt des Uterus, Ausbildung wesentlich des einen Hornes) vorgelegen haben muss, wenn es sich nicht überhaupt um eine Missbildung aus früherer Zeit handelte.

Ob thatsächlich die Vorgänge während der Geburt — von einer Zerreissung und Hämatombildung am Halse abgesehen — zur Entstehung eines Schiefhalses Veranlassung geben können, bleibt für mich eine offene Frage, die ihre Erledigung nur durch genaue Beobachtungen seitens der Geburtshelfer finden kann. Ich theile deshalb den folgenden Fall mit, der bei Heranziehung analoger sonst bekannter Geburtsvorgänge zur Klärung dieser Frage hoffentlich beiträgt:

---

1) Dieses Arch. Bd. 41, S. 135.

Frau R., 23jährige Ipara, von sehr grossem Wuchs und kräftiger Musculatur.

Beginn der Wehen am normalen Ende der Schwangerschaft, nachdem ich schon 4 Wochen vorher bei einer gelegentlichen Untersuchung constatirt hatte, dass der Kopf in erster Lage zum Theil ins Becken eingetreten war. Ich sah die Kreissende Morgens 9 Uhr, nachdem schon seit 12 Stunden Wehen bestanden hatten, fand einen lang gestreckten Uterus, 1. Schädellage, Cervix verstrichen, Muttermund markstückgross, wenig Vorwasser. Kleine Fontanelle links, Pfeilnaht weit hinten, querverlaufend. Kopf z. Th. im Becken. Abends 7 Uhr sprang bei erweitertem Muttermunde die Fruchtblase. Der Kopf war tiefer getreten, stand ganz im Becken. Pfeilnaht noch querverlaufend.

Unter energischen Presswehen trat der Kopf tiefer, wobei sich die kleine Fontanelle allmählig in den rechten schrägen Durchmesser nach vorn bewegte.

Allmählich wurden die Presswehen weniger ausgiebig; schliesslich presste die Kreissende kaum noch mit. Da seit etwa 1 Stunde kein Fortschritt der Geburt mehr zu bemerken war, legte ich bei tiefstehendem Kopfe gegen 12 Uhr die Zange an. Nach 3 mässig starken Tractionen war der Kopf geboren. Das Gesicht sah noch nach hinten, drehte sich aber bei Druck von oben nach links und nun schnitten die Schultern unter mässigem Zuge am Kopf durch, den schon bei der Geburt des Kopfes entstandenen Dammscheidenriss vergrössernd. Die Fruchtwassermenge war weder auffallend gross noch auffallend gering. Die Nachgeburtsperiode war normal. Der Dammscheidenriss wurde genäht. Das Wochenbett verlief ohne jede Störung, speciell ohne jede Temperatursteigerung.

Das Kind, ein kräftiger nicht asphyktischer Knabe war sehr stark entwickelt. Gewicht 5100 g; es zeigte leichte Zangenmarken der trotz der Grösse des Kindes ziemlich leichten Extraction entsprechend ziemlich symmetrisch auf beiden Seiten des Gesichts. Schädel dem Geburtsmechanismus entsprechend stark nach hinten und rechts ausgezogen. Im übrigen war das Kind bis auf die gleich zu beschreibende Haltung des Kopfes normal, speciell keine Klumpfüsse.

Schon auf den ersten Blick fällt auf, dass der Kopf ganz auf die linke Seite herüberneigt, so dass die linke Backe der linken Schulter aufliegt. Man kann allerdings den Kopf vollständig gerade stellen; er kehrt aber nach wenigen Secunden in die ursprüngliche Lage zurück. Dabei ist eine Drehung des Gesichtes nach rechts und oben, wie sie durch eine Verkürzung des linken Kopfnickers bewirkt werden würde, weder jetzt noch später zu constatiren, auch nicht, wenn man das Kinn des Kindes von seiner Brust entfernt. Die Musculi sternocleido-mastoidei wurden auch an den folgenden Tagen wiederholt untersucht und waren beiderseits ganz gleichmässig ausgebildet. Keine Spur einer Hämatombildung weder rechts nach links. Auch sonst am Halse keine Sugillationen, keine Zangenmarken. Dagegen zeigt sich die linke Halshälfte besonders in ihren unteren Partien blass und fettarmer als rechts; sie ist leicht ausgehöhlt im Vergleich zur rechten Halshälfte und hat tiefere und schärfere Hautfalten als die rechte Seite, auf welcher dieselben sehr oberflächlich sind. Diese tieferen Hautfalten der linken Halsseite schliessen sich erst, wenn der Kopf des Kindes freigelassen wird und sich auf die linke Schulter neigt; dann liegt eine kleine linsenförmige Delle,

welche sich in der Haut am Kieferwinkel befindet, dem Acromion scapulae auf.

Diese Veränderungen, schon am Abend der Geburt constatirt, blieben noch einige Tage nachweisbar, schwächten sich aber vom 4. Tage an merklich ab und waren vom 8. Tage nur noch andeutungsweise vorhanden.

Es handelt sich in diesem Falle also um ein sehr grosses Kind, welches sich in Vorderscheitelbeineinstellung zur Geburt stellte und eine hochgradige Lateral-flexion des Kopfes noch nach der Geburt beibehielt. Die tiefen Hautfalten der betreffenden Halsseite, die Aushöhlung und mangelhafte Fettentwicklung an derselben und die Hautdelle am Kieferwinkel einerseits, das Fehlen jeder Hämatombildung und aller Zangenmarken am Halse andererseits beweisen, dass es sich um eine Veränderung handelt, welche nicht bei der noch dazu leichten Zangenextraction entstanden ist, sondern welche mindestens schon seit Beginn der Geburt, wahrscheinlicher wohl schon aus der letzten Zeit der Schwangerschaft datirt; von der Zeit, wo der Uterus der Ipara für das sehr grosse Kind zu eng wurde.

Die Lateralflexion ist also ein Effect der Wehen im weiteren Sinne: der Schwangerschafts- und Geburtswehen.

Etwas Auffallendes, einzig Dastehendes und einer besonderen Erklärung Bedürftiges kann ich in einer solchen nach der Geburt fortbestehenden starken Lateralflexion nicht erblicken. Ich stelle sie vielmehr in vollkommene Parallele mit dem Verhalten, welches wohl jeder Geburtshelfer nach Gesichtslagen beobachtet hat und worüber sich Olshausen¹⁾ in folgender Weise äussert:

„Auch eine eigenthümliche Haltung des Kopfes zum Rumpf und eine besondere Form des Rumpfes kann nach schwieriger Geburt (sc. in Gesichtslage) für längere Zeit zurückbleiben. Das Kind bringt, man mag es legen wie man will, den Kopf immer wieder gegen den Nacken und liegt auf seiner Unterlage mit hohlem Rücken wie bei Opisthonus. Es gelingt in solchen Fällen oft noch nach Tagen ohne Schwierigkeit den Hinterkopf des Kindes bis an den unteren Theil des Rückens oder selbst bis an die Hinterbacken zu bewegen“.

---

1) Schröder's Lehrb. d. Geburtsh., X. Aufl., S. 192.

Wie bei Gesichtslagen Dorsalflexion entsteht und nach einigen Tagen schwindet, so entstand auch hier und schwand nach 8 Tagen die Lateralflexion. Ob sie gelegentlich längere Zeit anhält und dann zum typischen Caput obstipum führen kann, ist eine Frage, die nur nach weiteren Beobachtungen beantwortet werden kann. Wahrscheinlich ist es mir nach Analogie der Dorsalflexionen bei Gesichtslagen allerdings nicht. Es scheint mir zunächst nicht wahrscheinlich, dass die Vorgänge während der letzten Zeit der Schwangerschaft und der Geburt ohne Bluterguss und ohne Muskelzerreissung zu einem dauernden und typischen Schiefhals führen.

Das schnelle Schwinden der Lateralflexion im Laufe einer Woche spricht auch gegen die Annahme, dass die Lateralflexion hier das Primäre und die beschriebene Einstellung des Schädels während der Geburt das Secundäre gewesen sei.

Es bleibt mir nur noch übrig auf die Frage einzugehen, weshalb solche Lateralflexionen nach der Geburt nicht öfters beobachtet werden.

In dieser Beziehung ist erstens zu berücksichtigen, dass die Vorderscheitelbeineinstellung des kindlichen Schädels zwar die Vorbedingung für eine Lateralflexion ist, aber mit ihr noch durchaus nicht identisch ist. In hochgradiger Lateralflexion wird sich die Halswirbelsäule des Kindes nur dann befinden, wenn die Uterusachse von der Beckeneingangsbachse nach hinten abweicht¹⁾ und selbst in diesem Falle wird sie sich post partum nur dann noch zeigen, wenn sie längere Zeit, jedenfalls nicht nur einige Stunden bestanden hatte. In der grossen Mehrzahl der Fälle besteht aber bei Vorderscheitelbeineinstellung ein enges Becken und bei diesem bekanntlich ein mehr oder weniger ausgesprochener Hängebauch. Dann bewirkt aber die Vorwölbung der Bauchdecken, dass selbst im Uterus eine Lateralflexion trotz Vorderscheitelbeineinstellung nicht zu Stande kommt.

Zweitens wird jeder Geburtshelfer zugeben, dass seine Aufmerksamkeit dem neugeborenen Kinde oftmals nur in geringem Grade zu Theil wird; hat doch z. B. Schmidt in seinem oben erwähnten Falle die Abnormitäten am Kinde erst bemerkt, als er am 7. Tage darauf aufmerksam gemacht wurde.

---

1) Küstner im Handb. d. Geburtsh., redigirt von Müller, Bd. 2, S. 698.