

dass aber diese Querstellung nicht blos vorübergehend die Knielage einleiten, sondern auch längere Zeit andauern und ein mechanisches Geburtshinderniss setzen könne. Dass die Knielage auch aus primärer Fuss- oder Steisslage sich herausbilden könne, ist nicht ausgeschlossen.

Ueber eine bisher nicht beschriebene, durch Uterusmissbildung gesetzte Geburtsstörung.

Von

Dr. P. Müller,
Privatdocenten in Würzburg.

In seinem Werke „von dem Mangel, der Verkümmern und der Verdoppelung der Gebärmutter“ sagt Kussmaul wörtlich: „Es ist nur zu bedauern, dass trotz der reichen Fülle des angehäuften Stoffes nur der kleinste Theil der Beobachtungen mit der erforderlichen Genauigkeit aufgezeichnet sind. Zur vollständigen, endgiltigen Lösung der hier in Frage stehenden wichtigen Aufgabe: zu ermitteln, auf welche Weise die verschiedenen Formen der doppelten Gebärmutter Regelwidrigkeit des Geburtsherganges veranlassen, ist eine grössere Zahl neuer, in klinischer wie anatomischer Beziehung genauer erforschter Fälle unumgänglich nothwendig.“

Die seit dem Erscheinen des Werkes publicirten hierhergehörigen Fälle haben nur zur Bestätigung der von Kussmaul aufgestellten Sätze gedient und Neues nicht beigefügt. Der folgende Fall dürfte die Zahl der mechanischen Geburtsstörungen in Folge von Missbildungen des Uterus um Eine vermehren, welche für Mutter und Kind von nicht geringer Tragweite sein kann. Freilich fehlt die Bestätigung der gestellten Diagnose durch das anatomische Messer; doch hoffe ich, durch genaue Relation und durch die daran sich knüpfenden Erörterungen die Richtigkeit meiner Deutung bis zu einem hohen Grade wahrscheinlich machen zu können.

Frau S. L., grosser, schlanker Statur, kräftigen Körperbaues, 34 Jahre, hatte leichte bleichstüchtige Erscheinungen im 14. Jahre, die nach Eintritt der Menstruation (16. Jahre) schwanden. Letztere

war von Beginn an regelmässig, und blieb es auch bis zu der Verheirathung im 26. Lebensjahre. Die bald eingetretene Schwangerschaft wurde im 6. Monate ohne nähere Veranlassung unterbrochen. Ein Jahr später trat neue Schwangerschaft ein, die im 4. Monate durch die Geburt einer „Mole“ beendet wurde. Anfangs März concipirte Pat. wieder, die Schwangerschaft verlief dies Mal regelmässig. Die Wehen traten am 7. December ein, dauerten mit grosser Heftigkeit zwei Tage, und da die Aerzte ein beträchtliches Hinderniss fanden, so wurde noch meine Hülfe in Anspruch genommen. Die Untersuchung am 9. März Ab. ergab den Uterusgrund etwas zur rechten Seite geneigt, er zeigte eine ziemlich regelmässige Configuration. Die vom Uterus nicht eingenommene Partie des Abdomens war frei, Herztöne waren nicht nachzuweisen. Bei der inneren Exploration stiess man auf einen nach abwärts nur wenig vorgewölbten Körper von mässiger Consistenz und etwas verschwommener Begrenzung. Er war von dem Scheidenwölbe überzogen und füllte den hinteren und linken seitlichen Umfang des Beckens aus, so dass nur der rechte und vordere Theil des Eingangs frei war. Es war durch den Tumor etwas über die Hälfte des Beckenkanals verlegt. An der freien Partie fand man — also rechts und vorn — den erweiterten Muttermund, in welchen der Kopf hineinragte. Weder Kopf noch Geschwulst waren beweglich, liessen sich in keiner Weise gegen einander verschieben oder nach oben drängen. — Der Blasensprung war frühzeitig erfolgt und nach demselben der Tumor in dem Becken gefühlt. — Es wurde die Diagnose auf ein durch den Kopf heruntergedrängtes und zur Zeit irreponibles Fibroid gestellt. Unter diesen Umständen nahm ich die Perforation vor, und extrahirte mit dem Kephalothryptor nicht ohne Mühe ein Kind von mittlerer Grösse. Schon nach Ausstossung der Placenta wurde die gestellte Diagnose etwas zweifelhaft: Man fand den normal grossen Uteruskörper jetzt fast ganz nach der rechten Seite gerichtet, links lag eine stark apfelgrosse nach oben etwas spitz zulaufende Geschwulst, welche auch bei der inneren Untersuchung, wenn auch weniger deutlich, weil hochstehend, zu betasten war. Am auffälligsten war der Umstand, dass der durch die Bauchdecken fühlbare Tumor nicht direct in die Seitenwand des Uterus überging, sondern durch eine tiefgehende Spalte von demselben, in der oberen Partie wenigstens, getrennt war. Es konnte der Tumor vielleicht auch von dem Ovarium ausgehen. Eine genaue innere Untersuchung war wegen der Erschöpfung der Wöchnerin nicht möglich. Das Wochenbett verlief normal. Befremdend war es für mich, nach einiger Zeit zu vernehmen, dass nicht blos der Uterus regelmässig sich involvire hätte, sondern dass auch der in der linken Unterbauchgegend zu fühlende Tumor in seinem Volumen zurückgegangen und nach kurzer Zeit über dem Beckeneingange verschwunden und nur als ganz kleine Geschwulst bei der inneren Untersuchung zu fühlen wäre. Ich verlor die Frau nicht aus dem Auge und erfuhr später, dass sie im Jahre 1869 abermals ausgetragen habe. Die Füsse des Kindes mit der Nabelschnur seien rasch durchgetreten; der Kopf aber in den Genitalien stecken

geblieben; der hinzugerufene Landarzt hatte zwar den Kopf schnell entwickelt, das Kind sei aber bereits abgestorben gewesen.

Zum fünften Male concipirte die Frau L. im August vorigen Jahres. Die Schwangerschaft verlief ganz regelmässig. Am 23. April dieses Jahres constatirte Dr. Gros aus Werneck eine Querlage der Frucht, wendete auf den Kopf durch äussere Handgriffe und durch allgemeine Bäder wurden die Wehen sistirt. Dieselben traten am 1. Mai wieder ein. Ich fand um 12 Uhr ganz den nämlichen Befund, wie vor 5 Jahren. Der Tumor von der nämlichen Grösse verlegte wieder den hinteren und linken Theil des Beckeneinganges, der Muttermund war wieder bis zur Grösse des vom Tumor nicht eingenommenen Theils des Beckeneinganges erweitert, die Blase geborsten, der Kopf lag vor und drängte in den Beckenkanal herunter. Etwas von Bedeutung konnte dies Mal nicht werden, was früher uns vollständig entgangen war. Nahm man nämlich eine genaue innere Betastung des Kopfes vor, so konnte das eine Mal der Schädel direct betastet werden, während bei einer zweiten Untersuchung es den Eindruck machte, als sei der Kopf nur durch eine Membran durchzufühlen. Die Sache klärte sich bei genauer Exploration auf: Eine Scheidewand theilte den oberen Theil der Scheide in zwei Hälften, in denen die eine und zwar die rechte zum erweiterten Muttermunde führte. Wurde nun der Finger in den Blindsack eingeführt, so konnte der Kopf durch die Scheidewand durchgeföhlt werden. Die Anwesenheit dieser Membran klärte aber die Natur des Tumors sofort auf. Bei der äusseren Untersuchung ergab sich der nämliche Befund wie früher; das Kind lebte dies Mal. Mehrmalige Versuche, die Geschwulst über den Beckeneingang hinaufzubringen, misslangen. Um wieder Einkeilung zu vermeiden, entschlossen wir uns zur Wendung auf den Fuss, hauptsächlich auch deshalb, weil die vorhergehende Fussgeburt ziemlich rasch verlaufen war und man annehmen durfte, dass die Entwicklung des zuletzt kommenden Kopfes beschleunigt werden könnte. Aber die Ausführung war mit grösseren Schwierigkeiten verbunden, als wir angenommen hatten. Es wurde der doppelte Handgriff nöthig. Die Entwicklung des Rumpfes war schwer und der Kopf konnte nur durch den Veit-Smellie'schen Handgriff mit grosser Mühe entwickelt werden. Unter diesen Versuchen war das Leben des Kindes erloschen. Abermals konnte nach Ausstossung der Placenta durch die Bauchdecken hindurch neben dem nach rechts gelagerten Uteruskörper links ein kleinf Faustgrosser, von letzterem durch eine Spalte getrennter Tumor constatirt werden, dessen Zusammenhang mit dem Cervix uteri aber die eine Untersuchung ausser Zweifel stellte. — Das Wochenbett verlief normal; Uterus und Tumor gingen eine gleichmässige Rückbildung ein und verschwanden gleichzeitig über dem Beckeneingange.

Seit der letzten Geburt habe ich Frau L. zwei Mal untersucht, drei und sechs Monate post partum, mit folgendem Resultate. An der vorderen und hinteren Vaginalwand erheben sich kammartige Vorsprünge, die sich in mittlerer Höhe der Scheide unter Bildung eines

Bogens verengen, um dann eine gemeinschaftliche Membran zu bilden, die jedoch nur in ihren unteren Partien in der Richtung von hinten nach vorn verläuft, während sie weiter oben mehr eine Richtung von hinten und links nach vorn und rechts einschlägt. Dadurch wird das Scheidengewölbe in zwei Abschnitte getheilt, von denen der rechts und zugleich nach hinten gelegene blind endigt, während der linke und etwas mehr nach vorn gewendete die durch mehrfache und tiefe Einrisse zerklüftete Vaginalportion aufnimmt. Der Scheidentheil steht nicht ganz in der Führungslinie des Beckens, sondern ist etwas nach rechts gewendet. Neben der Vaginalportion im linken Scheidengewölbe, besonders bei der combinirten Untersuchung ist ein ovales, plattgedrückter, nicht ganz hühnereigrosser härthlicher Körper zu fühlen, der mit einem etwas schmälern Theile in den Cervix uteri und zwar in den supravaginalen Theil desselben übergeht. Die Uterussonde dringt nur $5\frac{1}{2}$ Cm. ein und wendet sich nach rechts, was besonders bei der äusseren Betastung zu constatiren ist.

Ich kann mir die erzählten Vorgänge nicht anders deuten als durch ein rudimentäres — aber gleichzeitig stark entwickeltes — Uterushorn, welches durch die Schwangerschaft stark hypertrophirte, bei der Geburt durch den Kopf heruntergedrängt, den Eingang des Beckens verlegte. Vor Allem wird man auf diese Erklärung hingelenkt schon durch die Untersuchung der Scheide. Die Membran, welche das Scheidengewölbe in zwei Abschnitte theilte, von denen der eine blind endigte, während der andere die Vaginalportion aufnimmt, spricht zweifellos für eine doppelte Scheide, der Umstand, dass die blinde Abtheilung die rechte Beckenhälfte etwas verlässt, sich nach oben und hinten wendet, lässt sich leicht durch die Drehung des Genitalstranges um seine Axe während der embryonalen Entwicklung erklären, welche für doppelte Anlage um so deutlicher sich manifestiren muss. Uebrigens zeigt eine Reihe von beschriebenen Fällen diese Eigenthümlichkeit. Wenn nun auch eine Doppelbildung der Scheide für sich allein vorkommen kann, so verleiht die Existenz derselben Erscheinungen, die für eine Duplicität des mittleren Abschnittes des Genitalrohres sprechen, einen höheren Grad von Beweiskraft. Schon die Anwesenheit eines nicht ganz eigrossen Körpers über dem linken Abschnitte des Scheidengewölbes, welcher in der Höhe der Portio supravaginalis sich mit dem Uterus in Verbindung setzt, dürfte auf ein rudimentäres Uterushorn hinweisen. Unterstützt wird diese Annahme durch die Lage und Configuration des eigentlichen Uteruskörpers. Bei beiden Geburten lag letzteres in der Nachgeburtsperiode ganz in der linken Seite; der Fundus dem linken Hypochondrium zugeneigt, ein Umstand, auf den wenig Gewicht zu legen wäre. wenn nicht auch ausserhalb des Puerperalzustandes der Uterus nach dieser Seite abgewichen wäre.

Ferner ist eine Juxtaposition der Vaginalportion nach rechts zu constatiren, die Spitze der Sonde wendet sich nach rechts, wohin auch die Curvatur derselben gerichtet ist.

Den höchsten Grad von Wahrscheinlichkeit erlangt die Annahme eines rudimentären Uterushornes durch die Veränderung der Grösse der Geschwulst. Nur das Uterusgewebe selbst ist im Stande, solche Metamorphosen durchzumachen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die bei der letzten Untersuchung constatirte Geschwulst der Ueberrest jenes Tumors war, der als Geburtshinderniss nachgewiesen worden war; die allmälige Abnahme der Grösse konnte im Verlaufe des Wochenbetts verfolgt werden. Freilich war der Tumor bei der Geburt etwas gross für ein rudimentäres, wenn auch hypertrophisches Uterushorn: es findet sich in der Literatur kein Fall, wo ein Nebenhorn eine solche Grösse erreicht: in den wenigen Fällen von bedeutender Vergrösserung war die Communication zwischen den beiden Hörnern eine weite, und die Auftreibung wurde durch Fruchtwasser oder durch die Placenta bedingt, es sind das also Fälle, wo die zweite Höhle sich nur als eine Ausbuchtung des Uteruscavums darstellte. In unserem Falle scheint jedoch keine Verbindung durch einen Zwischenkanal zu existiren. Denn erstens zeigte der Tumor während der Geburt nicht die Erscheinungen eines durch Flüssigkeit ausgedehnten Hohlraumes, sondern fühlte sich an wie ein „weiches“ Fibroid; es trat bei der Geburt keine Verkleinerung desselben ein, was bei Entleerung eines Inhaltes hätte geschehen müssen, sondern er fühlte sich eher grösser an, nachdem er von dem Drucke des Kopfes entlastet, wieder über den Beckeneingang sich erhoben hatte. Auch die tiefegehende Spalte zwischen dem Uterus und dem Tumor nach der Geburt, ferner die Unmöglichkeit, unmittelbar nach der Geburt und später mit der Sonde eine Seitenöffnung im Cervix nachzuweisen, spricht ebenfalls für einen vollständigen Mangel eines Verbindungskanals beider Uterinhälften. Ob der Tumor solid sei oder eine Höhle besitze, dürfte nicht nachzuweisen sein. Aber wenn man die Entwicklung des Uterus bei extrauterinem Sitze des Eies erwägt, so ist auch die Annahme gestattet, dass ein rudimentäres Horn in so intensiver Weise an dem Schwangerschaftsprocesse Theil nimmt, dass es wohl über die Hälfte des Beckeneinganges verlegen kann. Auch durch Exclusion kommen wir zu gleichem Schlusse. Geschwülste, von der Beckenwand ausgehend, dürften wohl ausgeschlossen sein, da der Tumor beweglich war, eine harte Geschwulst des Ovariums wäre einer solchen abwechselnden Vergrösserung oder Verkleinerung nicht fähig; näher läge ein Fibromyom des Uterus, wie auch bei der ersten Geburt, der ich assistirte, angenommen wurde: sollen ja dergleichen Geschwülste bei der Schwangerschaft sich vergrössern und im Puerperium wieder abschwellen. Aber die Excursion der Curve wäre gewiss zu gross für diesen Process, abgesehen davon, dass das Fibroid ein subperitoneales sein müsste, Geschwülste, die sich bekanntlich bei der Schwangerschaft ganz passiv verhalten.

Nimmt man ein rudimentäres Uterushorn als Grund der Geburtsstörung an, so dürfte der Mechanismus der letzteren unschwer zu erklären sein. Bei allen Missbildungen des Uterus, bei denen die Spaltung sehr weit nach abwärts geht, divergiren die oberen Enden

der Hörner und neigen sich, statt in der Mittellinie des Beckens zu bleiben, mehr oder weniger stark zur Seite. Tritt nun eine Schwängerung und dadurch Vergrößerung des Organes ein, so wächst letzteres oder seine beiden Hälften in dieser angenommenen Richtung weiter, und der Fundus der geschwängerten Hälfte lagert sich in die Hypochondrien, statt in die Herzgrube. Tritt die Geburt ein, so wird der vorliegende Kindestheil nicht in der Richtung der Beckenaxe, sondern gegen die dem Uterusgrunde entgegengesetzte Seite gedrängt. Ist das Nebenhorn klein geblieben, so wird dasselbe kein mechanisches Hinderniss abgeben; anders wenn es vergrößert ist. Im Niveau des inneren Muttermundes liegend, erhebt es sich wenig oder gar nicht aus dem Beckeneingange und kann unter ungünstigen Umständen (z. B. Lagerung auf der Seite des rudimentären Hornes u. s. w.) in den Beckenkanal vor dem vorliegenden Kindestheil getrieben werden, wobei denn der eigentliche Uterus seine seitliche Richtung aufgibt und mehr die des Beckeneinganges einnimmt. Wird das herabgedrängte Horn nicht bald über die Linea innominata hinaufgeschoben und der vorliegende Kindestheil an seiner Stelle eingeleitet, so kann der letztere den Tumor in den Beckenkanal noch mehr hineintreiben, selbst aber nach Abfluss des Fruchtwassers in dem von dem Tumor freigelassenen Theil des Beckeneinganges sich einkleimen, wie wir in beiden Geburten die Situation vorfanden. Dass es aber nicht immer so kommen müsse, lehrt die in der Mitte der von uns beobachteten so schweren Entbindungen liegende Geburt, wo wahrscheinlich der weniger voluminöse Steiss oder die Füße leichter zwischen Tumor und Beckenwand sich hineindrängten und ersteren in die Höhe schoben, der voluminöse nachfolgende Kopf aber die Geschwulst wieder in den Beckenkanal herabdrängte und so sein Austritt erschwert wurde. Dieser Vorgang giebt auch einen Fingerzeig für die Behandlung künftiger Geburten: frühzeitig den Tumor über den Rand des kleinen Beckens in die Höhe zu schieben und gleichzeitig den vorliegenden Kindestheil einzuleiten, eine Vorschrift, die ja für alle beweglichen Tumoren des Beckeneinganges gilt.

Die sogenannten dynamischen Störungen waren als Folge der Missbildung in unserem Falle gering; unser Interesse wird nur in Anspruch genommen durch die Art der mechanischen Störung, wie sie bis jetzt noch in keinem Falle von Bildungsfehlern des Uterus berichtet wurde.
