

Ein seltener Schwangerschafts- und Geburtsverlauf

beschrieben von

Dr. M. HIRSCH, prakt. Arzt in Mainz.

Nachbeschriebener Geburtsfall wird nicht allein das Interesse der Fachmänner erregen, sondern hat auch seiner Zeit durch den seltenen Verlauf die Aufmerksamkeit des grösseren Publikums auf sich gezogen. —

Frau W. 38 Jahre alt, von Bingen, von gesunden Eltern abstammend und selbst immer gesund, verheirathete sich im Jahre 1860. Im März 1861 zeigten sich bei ihr die ersten Schwangerschaftssymptome, Uebelkeit, Erbrechen, Strangurie, Anschwellung der Brüste. Die Periode, welche sonst stark floss, erschien spärlich, nur eine leichte Absonderung von blutig-wässrigem Schleime und da allmählich Leib und Brüste zunahmen, so hielt sich die Frau und wurde für schwanger gehalten. Im Juli 1861 hatte der Leib an Umfang entsprechend zugenommen, der Uterus war zwischen Nabel und Symphyse zu fühlen, in den Brüsten war dünnwässrige Milch zu bemerken, alle 4 Wochen bisher eine leichte blutig-schleimige Absonderung aus den Genitalien erschienen, welche jedoch von August an sich nicht mehr zeigte. Nach ihrer eigenen Rechnung erwartete sie die Entbindung im December 1861.

Als diese Ende December nicht erfolgte, consultirte mich der Bruder der Frau, Dr. E., der selbst Arzt ist, im Laufe des Monats Januar über den Zustand. Die von mir vorgenommene Untersuchung ergab folgendes Resultat.

Das Allgemeinbefinden ist in allen Beziehungen normal. Der Leibesumfang ist der einer am regelmässigen Schwangerschaftsende befindlichen Frau. Der Fundus uteri steht in der Magengegend, durch die weichen Bedeckungen sind kleine Kindestheile, die beim Zufühlen active Bewegungen zeigen, wahrzunehmen. Fötalpulss links unten undeutlich zu hören,

deutlicher das Placentargeräusch. Die Frau selbst beschreibt das Gefühl der Kindsbewegungen ganz charakteristisch. Die Beckenverhältnisse sind regelmässig, die Hüftbreite und der Abstand der Trochanteren normal, Becken wenig geneigt, Scheide weit, Muttermund hochstehend, kaum zu erreichen, geschlossen, Scheidengewölbe leer, kein harter Körper durchföhlbar.

Nach diesem Ergebnisse constatirte ich ebenfalls eine Schwangerschaft, erwartete in Bälde die Niederkunft, dachte bei dem ausgedehnten Leibe an Querlage oder Zwillinge. Es verstrich jedoch der Januar, Februar, März, April und Mai. Frau W. fühlte sich vollkommen wohl, hatte guten Appetit, die Kindsbewegungen wurden immer stärker, die einzige Beschwerde war die durch den beträchtlichen Leibesumfang hervorgerufene Schwebbeweglichkeit. Sie erregte das Aufsehen der ganzen Stadt durch ihre lange Schwangerschaft und die Diagnose der Aerzte wurde theilweise sehr stark in Zweifel gezogen.

Endlich am 25. Mai 1862, nach 15 monatlicher vermeintlicher Schwangerschaft stellten sich mit Abgang der Fruchtwasser die ersten Wehen ein. Der Muttermund öffnete sich wenig, blieb hoch, so dass der 26., 27. und 28. Mai verstrichen, ohne dass die Geburt mit Ausnahme leiser Wehen und nur Gulden grosser Oeffnung des Muttermundes vor sich gehen wollte. Endlich am 29. Morgens verstärkten sich die Wehen, die vollständige Eröffnung des Muttermundes erfolgte; allein der vorliegende Kopf wollte nicht eintreten, sondern blieb beweglich am Beckeneingange. Verschiedene, vom assistirenden Geburtshelfer angeordnete Lageveränderungen der Kreissenden bewirkten endlich vorübergehend ein besseres Eintreten des Kopfes in den Beckeneingang, die Wehen nahmen gegen Mittag sehr zu und als endlich am Abende des 29. eine allmähliche Erschöpfung einzutreten drohte, versuchte Dr. E. mit der grossen *Ritgen'schen* Zange den Kopf zu fassen und tiefer herab zu holen. Drei Versuche, dieses Resultat zu erreichen, misslangen jedesmal. Die Löffel gleiteten, trotzdem sie im Schlosse befestigt waren, stets am Kopfe ab. Nach diesen vergeblichen Versuchen wurde Abends $\frac{1}{2}$ 7 Uhr College M. hinzugezogen und auch diesem gelang es nicht, durch wiederholte Zangenapplication den Kopf tiefer herabzuführen.

Um 8 Uhr ebenfalls gerufen, fand ich bei der Untersuchung den Kopf beweglich am Beckeneingang, die Kopfknochen verschiebbar, wie bei Hydrocephalus congenit. mit rudimentären Kopfknochen, ich entdeckte mit dem Finger eine $\frac{1}{2}$ '' grosse Oeffnung in den weichen Kopfbedeckungen des fötus, welche in den Schädelinhalt führte, und welche Oeffnung in Folge der wiederholten Zangenapplication entstanden zu sein schien.

Ich machte den Collegen den Vorschlag, von einer nochmaligen Zangenapplication abzustehen und einen Wendungsversuch vorzunehmen. Zu dieser Zeit war der Fötalpulss noch zu hören, ebenso das Placentargeräusch, ein fester Körper, wie der Steiss des Kindes fühlte sich durch den enorm ausgedehnten Leib. Mit Uebereinstimmung der Collegen legte ich die Frau à la vache, schob den weichen nachgiebigen Kopf bei Seite, wobei eine Hand vorfiel und am Rumpfe des Kindes in die Höhe gehend, um die Füsse zu erreichen, traten mir bandartige, ligamentöse Streifen entgegen und ich stiess zugleich auf eine runde, kugelförmige, enorm grosse fluctuirende Geschwulst, welche mit den bandartigen Streifen in Zusammenhang war, und welche mir den Zugang zu den Füssen des Kindes unmöglich machte. Es wollte mir auf keine Weise gelingen an dieser Geschwulst, welche den ganzen, enorm ausgedehnten Fundus uteri einnahm und an den falschen Rippen des Kindes anfang, weiter vorwärts zu dringen und die Füsse zu erreichen. Welcher Natur war diese Geschwulst und wie hing dieselbe mit dem Kinde zusammen? Dem Gefühle nach nahm sich dieselbe wie ein Hydatidenbauch oder etwa wie ein Ascites congenitalis aus und so dachte ich anfangs daran, diesen fluctuirenden Körper mit dem Perforatorium anzustechen und so den vermeintlichen Ascites zu entleeren. Gegen die Annahme eines solchen sprachen jedoch die rechtsseitigen ligamentösen Streifen und so stand ich bei näherer Erwägung wegen der Dunkelheit des Falles und der hohen Lage von einem solchen Eingriffe ab. Wir hielten erst nach gemeinschaftlicher Berathung für gerechtfertigter den schon geöffneten Kopf mit der Hand herabzuziehen, zu excerebriren und dann bei der zu Tageförderung des Oberkörpers mehr Licht über die pathologische Geschwulst des Bauches zu erhalten. Ich drang mit der Hand in den geöffneten Kopf, entfernte eine Parthie Gehirn und so zogen wir, uns wechselseitig ablösend, ohne grosse Mühe und nachdem wir vorstehende Spitzen der Schädelknochen abgebrochen hatten, den Kopf an den Beckenausgang. Vermittelst dieses Manöuvres der manuellen Perforation gelang es uns allmählig Kopf und Rumpf zu extrahiren, wobei zu unserer Verwunderung und theilweisen Beschämung ein normal gebildetes, ausgetragenes, kurz vor der Extraction noch lebendes Kind zu Tage kam. Unsere Vermuthung von Ascites, monströser Entartung, mangelnden Extremitäten u. s. w. war nicht in Erfüllung gegangen! Das Kind war in allen Theilen normal gebildet, wog etwa 8 ℔. die Nabelschnur gehörig. Als ich hierauf mit der Hand einging, um wegen der Erschöpfung der Frau die Placenta zu lösen und gleichzeitig mir über die früher vorhandene Geschwulst Klarheit zu verschaffen, traf ich in dem enorm ausgedehnten, äusserst dünnwandigen Uterus wieder auf die bandartigen Stränge und auf die früher

gefühlte Geschwulst die noch im Fundus sass und die Ausdehnung bewirkte. Placenta nach links und vorne sitzend, war ungelöst. Ich stand vorläufig von einer Lösung der letzteren ab; gönnte der Frau Ruhe, labte sie mit Wein, Fleischbrühe, liq. anod., Tinct. Cinn. u. s. w. legte einen Sandsack auf und nach 1 Stunde, als die Schwäche nicht abnahm, äusserlich war wenig Blut abgeflossen, jedoch bedeutende Bluteoagula in der Scheide, die drohende Metrorrhagia interna erkennen liessen, löste College M. die Placenta wobei er ebenfalls die Anwesenheit der Geschwulst constatirte und dieselbe für ein grosses Fibroid hielt. — Während dessen nahmen Schwäche und Anämie immer mehr zu, wir comprimirten äusserlich den Uterus, ich wollte mit der Hand eingehen, um die Wandungen zu verstärkten Contractionen anzuregen und fand dabei einen Theil des Maanskopfgrossen Körpers tiefer fast bis zur Scheide herabgesunken. Der Fundus uteri war dabei tiefer in der Nabelgegend und mehr contrahirt zu fühlen. Inzwischen fiel die Neuentbundene aus einer Ohnmacht in die andere und Abends um 11 Uhr war sie eine Leiche. — Die Section wurde nicht gestattet, jedoch mir erlaubt am anderen Morgen die Natur der in der Leiche aus den äussern Genitalien herausragenden Geschwulst zu untersuchen. Dieselbe hatte die Grösse eines Mannskopfes, man konnte neben ihr her mit der Hand in den Uterus durch den ausgedehnten Muttermund dringen und fühlte an ihrer oberen Hälfte noch die oben beschriebenen ligamentösen Stränge. Ihr äusseres vor den Genitalien liegendes Segment bot eine glatte, feste seröse Oberfläche. Beim Einschneiden in ihre etwa $\frac{1}{2}$ " dicke feste fleischige Wandung zeigte sie sich als eine hohle mit blässröthlicher Flüssigkeit und dicken Bluteoagulis angefüllte Kugel, wie ein Amnioskavum, in welchem ausserdem einzelne feste, zusammengeschrumpfte fleischige Theile, den Rudimenten eines Embryo ähnlich, herumschwammen. Das Ganze stellte also einen fleischigen Sack dar, der Structur und Bildung nach eine umfangreiche Mola carnea. Die äussere Oberfläche schien das Chorion, die innere ebenfalls glatte Oberfläche ein entartetes Amnion gewesen zu sein.

Nun erst konnten wir uns über den Verlauf der Schwangerschaft und das Geburtshinderniss einiges Licht verschaffen.

Die Anamnese ergibt, dass die Frau im März 1861 concipirt hat, dass sich zu dieser Zeit Schwangerschaftssymptome gezeigt, und dass von da an ganz richtig von ihrem beobachtenden Bruder Dr. E. die Niederkunft auf den Monat Decbr. 1861 berechnet worden war. Inzwischen fand nur eine Molenschwangerschaft statt, und das degenerirte Ei, die Mole wurde nicht, wie diess gewöhnlich der Fall ist, in den ersten vier Monaten ausgestossen, sondern ging eine feste Adhäsion mit dem Fruchthalter ein. Gleichzeitig mussten die anatomischen Verhältnisse während der Molen-

schwangerschaft im Septbr. 1861 der Art sein, dass eine zweite Conception mit normalen Eibildungsprocesse statt haben konnte. Durch den Fortgang der normalen Schwangerschaft und die damit verbundene Ausdehnung des Uterus hatte die Mole Raum sich zu einem so bedeutenden Umfange zu entwickeln, andererseits lieferte die gesteigerte productive Thätigkeit der Gebärmutter wieder vermehrtes Material zu ihrem Wachsthum und zu ihrer Ernährung. Mit dem Gewicht und der zunehmenden Schwere der Mole mussten sich durch stete Zerrung die Adhaesionen zu einer so beträchtlichen Länge und Ausdehnung entwickeln.

Die Mole sass ausschliesslich in der rechten Uterushälfte, die linke Tuba sowohl wie die linke Uterushälfte musste also während der Molenbildung frei geblieben sein, dort konnte sich keine Decidua gebildet haben und daraus erklärt sich die Möglichkeit einer wiederholten Conception, indem das nicht geschlossene Orificium uteri die Zugänglichkeit des Saamens zum linken Eierstock ermöglichte. Es hatte in diesem fatalen Falle allerdings eine fünfzehnmonatliche Schwangerschaft stattgefunden, nur dass der Uterus 6 Monate lang eine Mole beherbergt hatte, als die normale Empfängniss mit normaler Entwicklung stattfand. Der letztere Vorgang bildete sich ausschliesslich in der linken Uterushälfte; hier sass die Placenta, hier lag das normal gebildete Kind, während die mit dem Uterus durch die Bänder vereinigte Mole sich in der rechten Uterushälfte entwickelt hatte.

Dieser selten beobachtete Fall ist gewiss im Stande die Aufmerksamkeit der Physiologen und Geburtshelfer zu erregen. Ich gebe Demjenigen, der nachträglich ein anderes Verfahren am Bette der Kreissenden einzuschlagen wüsste, zu bedenken, wie leicht sich die Sache auf dem Papiere macht, wie schwierig, dunkel und unsicher jedoch die Erkenntniss im Leben war und wie die Schwierigkeit des Handelns durch die Nothwendigkeit des momentanen Eingriffes erhöht ward! —