

Ich fand nämlich bei der äusseren Exploration den Uterus wohlge-
 stellt, seinen Grund bis 4 Zoll unter dem Schwertfortsatz des Brustbeins
 stehend, was bei der Abwesenheit einer grösseren Fruchtwassermenge da-
 für sprach, dass die Schwangerschaft ihr normales Aussehen zu haben
 musste. Kleinere Kindstheile waren äusserlich links oben zu fühlen, die
 Herzhöhle sehr hart in der rechten Mammale und in der Mitte des Ab-
 domens zu vernehmen. Die Wehen sollten seit 30 Stunden eingetreten
 und der geringe Wasserabfluss bereits vor 14 Stunden erfolgt sein.

Als ich nun unter der Decke die innere Untersuchung vornahm, wollte
 so war es mir trotz längeren Suchens unmöglich, eine Schamspalte mit
 dem Finger anzufinden; derselbe wurde immer durch die ziemlich weite
 dessen vordere Wand hindurchgeführt. Die äussere Untersuchung war nach durch
 ihre verdünnte Substanz den vortretenden Kopf erkennen liess. Mit Leich-
 tigkeit war zu bemerken die Fühlbarkeit in den Querdurchmesser des Beckens
 ausgang verstrichelt mit der kleinen Form der äusseren Geschlechtsorgane. Die
 sehr verbreiterte Harnröhre war ebenfalls wenig vorgewölbt; und, ging
 man nach vorn gegen die Symphyse zu, so liess man, anstatt in die
 Schamspalte zu gelangen, auf einen schwammigen, unregelmäßig hohlen
 grossen, etwas plattebuckeligen Körper, der nun vortretenden
 Ovarienabschnitt vor sich hatte.

Schamspalte zu entdecken, sondern eine glatte abnehmbare Hautfläche, die
 von der Ausdehnung bis zur Symphyse in einer Breite von 2 Zoll
 sich erstreckte, nahm deren Stelle ein, so dass es den Anschein hatte, als
 erstreckte sich der Damm bis zum Nabel. In Mitte dieser Haut-
 fläche, etwas näher der Symphyse als dem Nabel, erhob sich der vorhin
 erwähnte Körper, dessen vordere Wand sich durch die Schamspalte hindurch
 nach aussen vorstülpte. Die äussere Untersuchung war nach durch
 ihre verdünnte Substanz den vortretenden Kopf erkennen liess. Mit Leich-
 tigkeit war zu bemerken die Fühlbarkeit in den Querdurchmesser des Beckens
 ausgang verstrichelt mit der kleinen Form der äusseren Geschlechtsorgane. Die
 sehr verbreiterte Harnröhre war ebenfalls wenig vorgewölbt; und, ging
 man nach vorn gegen die Symphyse zu, so liess man, anstatt in die
 Schamspalte zu gelangen, auf einen schwammigen, unregelmäßig hohlen
 grossen, etwas plattebuckeligen Körper, der nun vortretenden
 Ovarienabschnitt vor sich hatte.

Man nach vorn gegen die Symphyse zu, so liess man, anstatt in die
 Schamspalte zu gelangen, auf einen schwammigen, unregelmäßig hohlen
 grossen, etwas plattebuckeligen Körper, der nun vortretenden
 Ovarienabschnitt vor sich hatte.

Assistenzarzt, der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik.

Meine Herren! Vor einiger Zeit hatte ich einen Geburtsfall zu leiten,
 der mir einentheils wegen seines selteneren Vorkommens, andererseits wegen
 seiner wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung, die er in sich schliesst,
 die Veranlassung gibt, von demselben eine kurze Mittheilung zu machen.

Am 22. vorigen Monates wurde ich mit dem Bemerken, dass Gefahr
 im Verzuge sei, zu der 26jährigen, seit 1½ Jahren verheiratheten Ehe-
 frau L. Sch. von hier gerufen. Die kleine, übrigens wohlgestaltete Figur
 der Kreissenden liess mich eher eine Verengung des Beckens vermüthen
 als das Geburtshinderniss, dessentwegen ich zugezogen wurde. Die Frau
 weiss von einer Erkrankung in ihrer Kindheit nichts; die Menses waren
 mit dem 16. Jahre eingetreten, stets regelmässig wiedergekehrt. Anfangs
 October vorigen Jahres sollen dieselben erst cessirt haben, so dass die
 Frau sich im 7. Monate schwanger glaubte, eine Angabe, die jedoch mit
 dem Ergebniss der Untersuchung keineswegs stimmte.

Am 22. vorigen Monates wurde ich mit dem Bemerken, dass Gefahr
 im Verzuge sei, zu der 26jährigen, seit 1½ Jahren verheiratheten Ehe-
 frau L. Sch. von hier gerufen. Die kleine, übrigens wohlgestaltete Figur
 der Kreissenden liess mich eher eine Verengung des Beckens vermüthen
 als das Geburtshinderniss, dessentwegen ich zugezogen wurde. Die Frau
 weiss von einer Erkrankung in ihrer Kindheit nichts; die Menses waren
 mit dem 16. Jahre eingetreten, stets regelmässig wiedergekehrt. Anfangs
 October vorigen Jahres sollen dieselben erst cessirt haben, so dass die
 Frau sich im 7. Monate schwanger glaubte, eine Angabe, die jedoch mit
 dem Ergebniss der Untersuchung keineswegs stimmte.

October vorigen Jahres sollen dieselben erst cessirt haben, so dass die
 Frau sich im 7. Monate schwanger glaubte, eine Angabe, die jedoch mit
 dem Ergebniss der Untersuchung keineswegs stimmte.

Ich fand nämlich bei der äusseren Exploration den Uterus wohlgestaltet, seinen Grund bis 4 Zoll unter dem Schwertfortsatze des Brustbeins stehend, was bei der Abwesenheit einer grösseren Fruchtwassermenge dafür sprach, dass die Schwangerschaft ihr legales Ende erreicht haben musste. Kleinere Kindestheile waren undeutlich links oben zu fühlen, die Herztöne sehr laut in der rechten Mutterseite und in der Mitte des Abdomens zu vernehmen. Die Wehen sollten seit 20 Stunden eingetreten und der geringe Wasserabfluss bereits vor 14 Stunden erfolgt sein.

Als ich nun unter der Decke die innere Untersuchung vornehmen wollte, so war es mir trotz längerem Suchen unmöglich, eine Schamspalte mit dem Finger aufzufinden; derselbe wurde immer durch die ziemlich weite nach vorn situirte, über guldengrosse Anusöffnung in das Rectum geleitet, dessen vordere Wand stark ausgedehnt, kugelig vorgewölbt war und durch ihre verdünnte Substanz den vorliegenden Kopf erkennen liess. Mit Leichtigkeit war an demselben die Pfeilnaht in den Querdurchmesser des Beckenausgangs verlaufend mit der kleinen Fontanelle rechts nachzuweisen. Die sehr verbreitete Dammgegend war ebenfalls kugelig vorgewölbt; und, ging man nach vorn gegen die Symphyse zu, so stiess man, anstatt in die Schamspalte zu gelangen, auf einen schwammigen, ungefähr haselnussgrossen, etwas plattgedruckten Körper. — Bei der nun vorgenommenen Ocularinspection war ebenfalls keine Spur von Schamlippen oder von einer Schamspalte zu entdecken, sondern eine glatte unbehaarte Hautfläche, die von der Anusöffnung bis zur Symphyse und in einer Breite von 2 Zoll sich erstreckte, nahm deren Stelle ein, so dass es den Anschein hatte, als erstreckte sich der Damm bis zum mons veneris. In Mitte dieser Hautfläche, etwas näher der Symphyse als dem After erhob sich der vorhin erwähnte schwammige Körper, der sich bei näherer Betrachtung als eine der Nymphen erwies. Letzteres Gebilde war leicht zurückzudrängen und nun zeigte sich eine kaum groschengrosse, kreisrunde, von scharfen und unnachgiebigen Rändern umgebene Oeffnung, durch die sich die kleine Schamlippe hervordrängte. Ging man mit dem Finger in die Oeffnung ein, so war es nur mit grosser Anstrengung möglich, bei der grossen Resistenz der Oeffnungsränder das erste Fingerglied einzuführen. Der zweifellos vorliegende Kopf war nicht zu erreichen.

Die Diagnose war nicht zweifelhaft, man hatte es hier mit einer Geburt bei hochgradiger Verschlussung der äusseren Geschlechtstheile zu thun. Die stürmisch auftretenden Wehen machten ein rasches Einschreiten nothwendig.

In der nächsten halben Stunde, die ich nöthig hatte, um die erforderlichen Instrumente beizuschaffen, hatte der Kopf seine Drehung um die

Längsachse ausgeführt; bei meiner Ankunft fand ich durch die vordere Wand des Rectums die Pfeilnaht in dem geraden Durchmesser des Beckenausgangs stehend, zugleich war der Kopf tiefer herabgedrängt, die Damm- und Anusgegend bedeutend hervorwölbend. Ich liess nun die Perinaeal- und Aftergegend von der Hebamme kräftig unterstützen und nahm nun die Erweiterung des hochgradig verengten Genitalieneinganges vor. Auf der Hohlsonde und später auf dem Finger wurde von der vorhandenen Oeffnung aus nach oben gegen die Symphyse zu die verschliessende Membran $\frac{1}{2}$ Zoll lang nach abwärts auf eine Länge von $1\frac{1}{2}$ Zoll mit dem Kopfbistouri gespalten, worauf der Kopf gegen die so neugebildete Schamspalte sich andrängte. Bei der grossen Unnachgiebigkeit der Ränder der neu angelegten Rima war es jedoch für den Kopf unmöglich, hindurchzutreten, ohne weitreichende vom hintern Wundwinkel ausgehende ZerreiSSung befürchten zu lassen. Als nun der Kopf unter den kräftigen Wehen die Spalte zur Kronenthalergrösse erweitert und die Ränder etwas verdünnt hatte, machte ich nun zwei neue Schnitte mit der Scheere, welche vom untern Wundwinkel ausgingen, in schräger Richtung nach den beiden Sitzknorren verliefen, und sich auf $\frac{3}{4}$ Zoll von dem Mastdarm fern hielten. Bei dem weiteren Durchtreten des Kopfes wurden die angelegten Incisionen auf $1\frac{1}{2}$ Zoll Länge allmählig vergrössert, worauf der Kopf die Schamspalte passiren konnte. Die Blutung war wegen der Durchschneidung grösserer Venen nicht unbeträchtlich.

Das Kind war lebend, männlichen Geschlechts und hatte die Entwicklung eines reifen Kindes. Die Nachgeburt folgte bald nach.

Bei der nun genauen Besichtigung der Genitalien fand man, dass die abnorme Verschliessung keineswegs auf die oberflächlichen Parthien der äussern Genitalien sich beschränkte, sondern noch mehr in die Tiefe gegriffen hatte. Von grossen Schamlippen war Nichts mehr zu bemerken, ebenso wenig etwas von dem rechten kleinen Labium, von der linken Nympe war nur die obere Hälfte erhalten, die, wie bereits erwähnt, das hahnenkammartige Gebilde darstellte, welches den verengten Eingang zu den Genitalien verlegte. Von Clitoris war Nichts mehr zu sehen, ebenso wenig eine Andeutung eines Hymens. Von den ziemlich dünnen Rändern aus verdickte sich die obturirende Membran sehr rasch, so dass dieselbe in der Höhe des Orificiums der Harnröhre bereits $\frac{1}{2}$ Zoll Dicke hatte, und nach abwärts sich die Verengung sogar noch auf den Anfang der Scheide erstreckte, so dass ein $\frac{1}{2}$ bis 1 Zoll dicker unnachgiebiger Ring die noch übrig gebliebene Genitalienöffnung umgeben hatte, welche letztere in einen über $1\text{--}1\frac{1}{2}$ Zoll langen, in seinem Querdurchmesser kaum einige Linien breiten und nach innen zu sich etwas erweiternden Kanal übergegangen

war, der die innern intacten Genitalien mit der Körperoberfläche verbunden hatte. Bei genauer Besichtigung waren auch einige kleine hellere Stellen der Haut in den beiden Hüftbeugen zu entdecken, welche bei näherer Besichtigung sich als Narbengewebe ergaben.

Um einer Verunstaltung der äussern Genitalien und langwieriger Eiterung vorzubeugen, nahm ich nun eine Wiedervereinigung der zuletzt divergirend angelegten und vom untern Wundrande der künstlich angelegten Schamspalte ausgehenden Incisionen in der Weise vor, dass die rechte etwas längere Wunde mit 3, die linke etwas kürzere mit 2 blutigen Hefen vereinigt wurde. Dagegen wurde in den neuen Introitus genitalium ein Schwamm eingeführt, um der Wiederverwachsung der Ränder vorzubeugen.

Das Wochenbett verlief mit Ausnahme eines Schüttelfrostes, der am 4. Tage auftrat und mit Chinin bekämpft wurde, ganz gut. Der Uterus involvirte sich rasch; die äussern Genitalien zeigten keine entzündlichen Anschwellungen, die vereinigten Incisionen verheilten per primam, so dass am 4. Tage 3 Hefte entfernt werden konnten, während die zwei andern Nähte, die im Anfange der divergirenden Einschnitte eingelegt waren, bis zum 10. Tage liegen blieben, um die Zerrung der in der Vernarbung begriffenen seitlichen Incisionswunden von Seite des in der Schamspalte liegenden Schwammes zu verhüten. Letzterer wurde zum Zwecke der Auseinanderhaltung der wunden Seitenränder der neuangelegten Schamspalte eingelegt. Um eine raschere Ueberhäutung der wunden Flächen zu erzielen, wurde der Schwamm anfänglich in eine schwache Tanninlösung getaucht und da dies zu viel Schmerzen verursachte, später mit einer Zink- und Cyaninsalbe bestrichen. Ausserdem wurden in den ersten Tagen kalte Umschläge auf die äussern Genitalien angewendet, die später mit solchen von Chamillenabguss vertauscht wurden. Mit der gleichen Flüssigkeit wurden mehrmals täglich Injectionen in die Vagina vorgenommen. — Unter dieser Behandlung ist jetzt nach etwas über drei Wochen die Ueberhäutung der Wundränder der Schamspalte fast vollendet, letztere bildet eine Rima von $1\frac{1}{2}$ —2 Zoll Länge.

Wenn wir nun nach der Ursache dieser hochgradigen Verbildung fragen, die uns in dem vorliegenden Falle begegnet, ob dieselbe als eine congenitale Missbildung oder als ein acquirirtes Leiden zu betrachten sei, so unterliegt es keinem Zweifel, dass wohl Letzteres der Fall sein dürfte. Gestatten Sie mir, etwas weiter auszuholen.

Die Verschlüssungen der Vulva kommen, was den geringeren oder höheren Grad des Leidens anlangt, in zwei Zuständen vor, entweder als vollständige Verschlüssungen, die wir mit dem Namen der Atresie belegen

wollen, oder als unvollständige Occlusion, die man am besten, nach der Analogie der Verschlüssungen anderer Körperkanäle, als Stenosen bezeichnet, wobei nun die Verbildung entweder blos auf die grossen oder kleinen Labien beschränkt, oder beide miteinander ergriffen oder sich selbst noch auf die Scheiden erstrecken kann.

Die vollständigen Verschlüssungen kommen nur angeboren vor und zwar entweder als Theilerscheinung sonstiger Missbildungen nicht lebensfähiger Früchte oder die Atresie tritt bei normalen innern Genitalien und regelmässiger Körperbildung auf. Eine erworbene Atresie, wo also die Verschlüssung im spätern Lebensalter sich bilden müsste, gibt es nicht, trotzdem sie immer noch in Lehrbüchern der Gynaekologie erwähnt und mit casuistischen Beweisen belegt wird. So ist z. B. der bekannte Fall *Dupuytren's*, wo eine vollständige Verwachsung der Vulva in Folge einer Violation eingetreten und durch Monate existirt haben und durch Spaltung der verwachsenen Labien geheilt worden sein soll, gewiss nur eine Verwachsung des Scheideneingangs gewesen, die vielleicht die äusseren Genitalien etwas mehr oder weniger in den Vernarbungsprozess eingezogen hatte. Denn die Excretion des Urins duldet eine solche Verwachsung nicht und wenn sie auch momentan zu Stande kommen könnte, so würden gewiss solche gefahrdrohende Erscheinungen eintreten, die mit Fortbestand des Lebens nicht vereinbar wären. Die Stenose dagegen, in ihren verschiedenen Abstufungen von dem geringsten Grade bis zur Annäherung an fast vollständige Verschlüssung, kann congenital oder acquirirt sein. Die angeborenen Stenosen unterscheiden sich ziemlich scharf in zwei Gruppen, von denen die erste wieder als Theilerscheinung einer Zwitterbildung auftritt, des sogenannten Hermaphroditismus lateralis muliebris, wo die Stenose den übrig gebliebenen Urogenitalkanal vorstellt, während in der zweiten Form bei vollständig ausgeprägtem weiblichem Habitus und normaler Bildung der inneren Genitalien der unvollständige Verschluss durch eine Verbreiterung des Damms, oder, wenn man will, durch ein die rima pudendi mehr oder weniger verschliessendes, vergrössertes und verdicktes frenulum labiorum bewirkt wird, eine Erscheinung, die auch hereditär auftreten kann, wie u. A. der Fall von *Scanzoni* beweist, wo von einer seit 3 Jahren verheiratheten Frau nach Spaltung der verschliessenden Membran, 11 Monate später ein Kind geboren wurde, das die nämliche Missbildung an sich trug. Das bei weitem grössere Contingent der Stenosen ist im spätern Lebensalter erworben und zwar in Folge von Entzündungsprocessen, die durch die verschiedensten Ursachen, (wie Traumen, Verbrennungen, violent ausgeübten Coitus, Verletzungen bei der Geburt etc.) oder durch Allgemeinerkrankungen, die ihre Producte an

den Genitalien setzen, (wie Syphilis, Typhus, Puerperalfieber, acute Exantheme etc.) herbeigeführt werden.

Welcher Kategorie gehörte nun unser Fall an? Wenn man blos die Beschaffenheit der verschliessenden Hautfläche, auf der auch nicht eine Spur von Narbenbildung zu sehen war, sondern eine ganz glatte Beschaffenheit darbot, berücksichtigt hätte, so hätte man um so eher an ein congenitales Leiden denken können, als es die Frau selbst als solches erklärte; aber die weissen Flecken, die in der Leistenbeuge sich zeigten, und die bei genauerer Besichtigung als Narbengewebe zu erkennen waren, deuteten darauf hin, dass man es mit einem im spätern Lebensalter abgelaufenen Prozesse zu thun hatte, was auch durch die Aussagen der Mutter der Wöchnerin bestätigt wurde. Dieselbe erzählte, dass ihre Tochter in ihrem 3. Lebensjahre an einer fieberhaften Krankheit durch mehrere Wochen darnieder gelegen sei, welches Leiden mit einem Ausschlag und Anschwellung der Genitalien verbunden gewesen sein soll. Ein zweiter hinzugezogener Arzt hatte später die gebildete Verwachsung getrennt, die Oeffnung hätte sich jedoch immer wieder verkleinert.

Dergleichen Verwachsungen bilden sich im kindlichen Alter nicht selten aus, da hier Erytheme, Excoriationen und tiefer greifende Entzündungen in Folge einer mangelhaften Reinhaltung der Genitalien und des Einflusses des sich zersetzenden Harnes und der Faecalmassen zu dergleichen Oclusionen sehr disponiren. So wurde vor einigen Semestern ein blühendes Mädchen auf der hiesigen Klinik mit einer Vulvarverwachsung vorgestellt und operirt, wo nur am vorderen Ende des Dammes eine kleine Oeffnung für den Abfluss des Menstrualblutes und des Urins übrig geblieben war, und wo es nicht zweifelhaft blieb, dass diese hochgradige Stenose im Kindesalter erworben worden war. Ist die Verwachsung nur eine oberflächliche, sogenannte epitheliale, wo keine Narbenzüge und Stränge sichtbar sind, so dürfte oft dieselbe als eine congenitale imponiren, und es ist leicht denkbar, dass viele als ursprüngliche Bildungsfehler angesehene Stenosen nur in der Kindheit erworbene Verwachsungen sind. So macht auch der von *Fouille* publicirte Fall, wo ebenfalls statt einer Schamspalte eine glatte Hautfläche zwischen Symphyse und After mit einer kleinen Oeffnung in der Mitte, aus der sich der Urin und das Menstrualblut ergoss, und mit einer „Raphé“, die sich in verticaler Richtung über die verschliessende Membran verlief, den Eindruck, als sei die Atresie erst erworben, obgleich *Foerster* diese Verbildung als ursprünglichen Bildungsfehler hinstellt, was jedoch *Klob* ebenfalls bestreitet. Denn die Raphé in der Mitte darf ebenso wenig für eine Missbildung als der Mangel derselben in unserem Falle gegen eine erworbene Atresie sprechen.

Was in unserem Falle wohl das grösste Interesse erregt, ist der Umstand, dass bei einer so hochgradigen Verwachsung noch eine Conception möglich werden konnte. Ist es schön/schwierig zu erklären, wie bei einer unvollständigen hymenalen Artresie die Fortbewegung des Sperma vor sich gehen soll, so wird doch in solchen Fällen immer noch die Glans penis von der fossa narialis aufgenommen und bei der grubenförmigen Gestalt der Letzteren die Spitze des Penis in den tiefen Theil derselben, welche dem hymenalen Verschlusse entspricht, hingeleitet, so dass es leicht möglich ist, dass das orificium der männlichen Harnröhre und die Durchbohrungsstelle des Hymens sich decken können. Auf diese Weise ist eine Ejaculation des Sperma in die Scheide denkbar, wobei dann derselbe vielleicht durch Contractionen der vagina, die durch den örtlichen und psychischen Reiz der Cohabitation hervorgerufen werden könnten, zum Uterus hingeführt würde. — Alle diese noch relativ günstigen Umstände fallen in unserem Falle vollständig weg. Von einer immissio penis kann keine Rede sein, da die Oeffnung viel zu klein für die Reception des penis war, und die Ränder derselben hart und so resistent, dass wohl an eine durch den Druck des Gliedes bewirkten Nachgiebigkeit und Dilatation, wie dies wohl bei einem Hymen möglich ist, nicht gedacht werden kann. Als weiterer die Conception erschwerender Umstand tritt das übrig gebliebene kleine Labium auf, das sich ans der Stenose herfordrängt und die Oeffnung verlegt. Und wenn nun auch das Sperma an die äussere Oeffnung der Stenose ejaculirt wurde, was brachte dasselbe durch den 1—1½ Zoll langen, von starren, nicht contractilen Narbenmassen gebildeten Kanal in die vagina? Zur Erklärung des Zustandekommens der Conception ist man fast einzig und allein auf automatische Bewegungen der Samenzellen hingewiesen: und unser Fall dürfte gerade beweisen, dass auch bei regelmässigen Genitalien der Hauptfactor für die Fortbewegung des Sperma in dem Vermögen seiner Zellen, eine lebhafte und rasche Ortsveränderung auszuführen, gesucht werden müsse, wozu erst in zweiter Linie als Adjuvantia Contractionen der vagina, des Uterus und der Tuben, sowie die Fimmberebewegung der die beiden letzten Organe auskleidenden Epithelzellen hinzutreten würden. — Auch in forensir Hinsicht scheint mir der Fall von Wichtigkeit, indem er zeigt, dass in den Fällen, wo bei einer vorgefundenen Virginität der äusseren Genitalien eine Gravidität vorhanden ist, die Behauptung, es sei keine Immissio penis, sondern bloss die Ejaculation des Sperma's an die Genitalien hin erfolgt, nicht einfach als Erdichtung von vornherein betrachtet werden dürfte. — Uebrigens muss bemerkt werden, dass, wenn auch eine so hochgradige Stenose der Vulva zu den Seltenheiten gehört, eine Gravidität bei einer solchen Verengerung relativ

noch seltener anzutreffen sein dürfte; ich habe wenigstens in der Litteratur nur zwei Fälle auffinden können und zwar den von *Sarbois*, den auch *Chamlon* in seiner *Traité des maladies des femmes* erwähnt, der dem unsrigen ähnlich ist und wo bei einer durch eine Verbrennung herbeigeführten Occlusion der äussern Genitalien eine Schwangerschaft bestand; ferner einen weiteren Fall von *Lenger*, wo die Vulva von einer pergamentartigen Haut verschlossen war, die in der Mitte nur eine für eine Sonde durchgängige Oeffnung hatte.

Kommt es nun in einem solchen Falle zur Geburt, so dürfte dieselbe, wenn nicht ärztlicher Beistand in der Austreibungsperiode vorhanden ist, für die Kreissende von den traurigsten Folgen sein. Wenn bei normalen Geschlechtstheilen die Enge der äussern Genitalien dem Durchtritt des Kopfes ein Hinderniss in den Weg stellt, so wird die Schamspalte — sofern nicht künstlich eingeschritten wird — dadurch erweitert, dass ein mehr oder weniger grosser Perinaealriss dem Kopf den Austritt gestattet. Anders verhält sich die Sache, wenn die Schamspalte auf ein Minimum reducirt und diese Oeffnung noch von einem festem, derben und dicken Narbengewebe umgeben ist. Die Gewalt der Wehen ist hier nicht im Stande, diese derben Massen zu dilatiren oder zu zerreissen. Die nöthige Folge ist, wenn von der einen Seite der Kopf durch die Contraction des Uterus tiefer gepresst, der Ausgang aber verschlossen ist, dass der Kopf von der Führungslinie des Becken- und Genitaliausganges in der Richtung der Diagonale der beiden auf den Kopf wirkenden Kräfte nach unten abweicht, durch Zerreissung der hintern Scheiden- und vordern Mastdarmwand des Sphincter ani und der hintern Dammgegend sich einen Weg nach aussen bahnt und dadurch jene in seinen Folgen so schwere sogenannte erworbene Cloakbildung herbeiführt. Auch in unserem Falle war ein solcher Ausgang bei der tiefen Vorwölbung der Perinaeal- und Analgegend zu fürchten.

Dieser zu befürchtende Ausgang schreibt aber auch klar das einzuschlagende therapeutische Verfahren vor. Es muss nämlich erstens durch einen kräftig auf die Analgegend ausgeübten Gegendruck der Kopf von seiner falschen Richtung abgelenkt und zugleich zweitens demselben an der normalen Stelle ein Ausweg gebahnt werden. Der ersteren Indication genügt eine kräftige manuelle Unterstützung der bedrohten Gegend, der zweiten die Bildung einer künstlichen Schamspalte. Allein die einfache verticale Spaltung der Verschlussstelle dürfte doch allein nicht genügen, da das die künstliche Schamspalte umgebende Nebengewebe keiner solchen Ausdehnung fähig ist als die normale Vulva. Es müssen deshalb noch seitlich Erweiterungsschnitte ausgeführt werden. Bei der Anlegung der In-

cisionen liess ich mich von dem Verfahren leiten, welches von *Scanzoni* zur Erweiterung der Schamspalte bei engen äusseren Genitalien angegeben und auf der hiesigen Klinik geübt wird, und das in der Ausführung zweier von dem hinteren Umfange der Schamspalte ausgehenden Seitenschnitte besteht. Dass diese Schnitte tiefer und länger ausfallen mussten, versteht sich bei der Resistenz des Narbengewebes wohl von selbst. Nicht immer dürften derartige Incisionen für sich allein hinreichen, dem Kopf den Austritt zu gestatten, die Zange dürfte oft noch in Anwendung gezogen werden müssen, besonders wenn die Kraft der Wehen durch das Hinderniss abgeschwächt ist. *Dieffenbach* empfiehlt bei hochgradiger Verwachsung der äusseren Genitalien ein anderes Verfahren, welches wesentlich darin besteht, dass am unteren Ende der neugebildeten Schamspalte ein horizontal laufender Schnitt angelegt wird, und von den beiden Endpunkten desselben zwei weitere Schnitte vertikal nach abwärts geführt werden, wodurch sich

folgende Figur  ergibt. Der durch die drei letzten Schnitte gebildete

Hautlappen wird nun abpräparirt, die hinter demselben liegenden callösen Massen entfernt und schliesslich der Lappen an die Schleimhaut der Scheide befestigt. Es soll hauptsächlich durch dieses letztere Verfahren der erneuten Narbencontraction und Wiederverschliessung vorgebeugt werden.

Nun ist allerdings eine solche Befürchtung, wenn Kanäle durch Narbengewebe künstlich angelegt werden, nur zu gerechtfertigt; allein auf der andern Seite muss doch auch zugegeben werden, dass ein consequent, nicht durch Tage, sondern durch Wochen und, wenn nöthig, sogar durch Monate fortgesetztes Einlegen von Dilatationsapparaten den Zweck ebenso gut erreicht, ohne mit der dem *Dieffenbach*'schen Operationsverfahren doch nothwendigen Entstellung der Genitalien verbunden zu sein. Auch in unserem Falle werde ich die Patientin, sobald die Ueberhäutung der Narbenränder eingetreten, noch durch längere Zeit einen dem *Czermak*'schen Aetzmittelträger ähnlichen Apparat, dessen Dicke mit der Zeit etwas vergrössert werden kann, tragen lassen und bin überzeugt, dass die neu angelegte Schamspalte einer künftigen Geburt keinen bedeutenden Widerstand entgegensetzen wird.

Erklärung der Tafel.

1. Linkes kleines Labium.
2. Linker Rand der Genitalöffnung.
3. Vordere Mastdarmwand.
4. Anusöffnung.
5. Richtung der Incisionen.



