

Mittheilung aus der geburtshülflichen und gynäkologischen  
Universitäts-Klinik des Prof. Dr. Dénes v. Szabó.

Ein Fall von Gravidität im rechten rudimentär entwickelten Horne eines  
Uterus bicornis.

Vom Dr. Dezső Malom, Klinischer Assistent.

Die ausserordentliche Seltenheit ähnlicher Fälle rechtfertigt die Mittheilung des folgenden Falles.

Die 25 Jahre alte, verheiratete O. P., L. F. wurde am 2-ten November 1896 auf obige Klinik aufgenommen. Die Frau ist seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren verheiratet; mit 18 Jahren war sie das erstemal menstruiert; seitdem regelmässige Menses, mit 4 tägiger Dauer, vierwöchentlich. Letzte Menstruation vor 1 Jahr. Nach Aussetzen derselben häufiges Erbrechen 4–5 Monate hindurch; vor ca. 5 Monaten konnten aus den Brüsten reichlich Secret herausgedrückt werden. Kindesbewegungen fühlte sie früher ununterbrochen, seit 3 Monaten haben sie aufgehört. Zwei Wochen nach Sistirung derselben blutig tingirter Ausfluss; zwei Wochen hindurch ausgiebig, zwei Wochen in geringer Menge. Während Bestand desselben geburtswehen ähnliche Krämpfe im Unterleibe. Gegenwärtig bestehen Schmerzen im Unterleibe und Ausfluss aus den Genitalien.

Die 160 cm. grosse, 62 kgrm. schwere Frau ist gut entwickelt und genährt, die sichtbaren Schleimhäute normal. Brustorgane, Leber, Milz, Magen und Gedärme zeigen keinerlei Veränderungen. Harn normal. Brüste mittelgross, ergeben kein Secret; an denselben Graviditäts-Narben; Brustwarzen dunkel pigmentirt; Montgomery'sche Drüsen.

In stehender und liegender Stellung wölbt sich der untere Theil des Bauches gleichmässig hervor Nabel eingezogen, Mittel-

linie braun pigmentirt. Die Vorwölbung des Bauches wird durch ein hartes, muskelähnlich anzuführendes Gebilde, von gleichmässig glatter Oberfläche verursacht, welches auf handbreite unter dem Schwertfortsatze mit kugelförmiger Fläche endigt, und aus dem Becken derart herausgehoben werden kann, dass sich die Bauchwand zwischen Geschwulst und Symphyse tief eindrücken lässt. Aus der Schamspalte entleert sich eitriges Secret; die Portio vagin. ca.  $\frac{1}{2}$  cm. Muttermund geschlossen, linsengross. Uteruskörper scheinbar klein, an die Symphyse gedrückt, in der linken Hälfte des Beckens befindlich. Das erwähnte Gebilde kann rechts vom Uterus separat gefühlt werden, beim Aufheben des Gebildes folgt der Scheidentheil des Uterus kaum dem Zuge. Per Rectum derselbe Befund.

Die Diagnose war nach alledem nicht leicht. Die ganze Anamnese sprach für Gravidität, welche mit Rücksicht auf den objectiven Befund extrauterin sein musste. Dieselbe war dann über das zehnte Monat hinaus, und doch waren keine Kindestheile zu fühlen. Unserer Meinung nach kann ohne diesen sicheren Graviditätszeichen eine Gravidität wohl vermuthet, aber kaum sicher angenommen werden. Bei Gravidität im rudimentären Horn kann die Wandung des Sackes allerdings so dick sein, dass sie ein Herausfühlen der einzelnen Theile unmöglich macht, doch fehlten hiefür weitere sichere Anhaltspunkte, so fanden wir keinerlei Strang, der sich von der Geschwulst zur Gegend des inneren Muttermundes gezogen hätte, wir fanden nicht die bogenförmige Gestalt und das spitze Ende des nicht graviden Hornes, — dagegen fanden wir einen gut entwickelten Fundus.

Einen ähnlichen Befund geben auch Ovarialgeschwülste, hauptsächlich bösartige, gegen eine solche sprachen jedoch andere Umstände. Gegen Fibroma sprach das Ausbleiben der Blutung, und der rasche Wachsthum der Geschwulst.

Am 21-ten November nahm Prof. v. Szabó die Laparatomie behufs Entfernung des Tumors vor.

Schnitt der linea alba entlang, oberhalb der Symphyse, drei Querfinger unterhalb des Nabels. Nach Eröffnung des Peritoneums wird ein hartes Gebilde mit glatter Oberfläche sichtbar, das frei beweglich ist, doch wegen der gespannten Rectuse aus der Öffnung nicht herausgerollt werden kann. Verlängerung des Schnittes gegen den Nabel. Das nunmehr herausgebrachte Gebilde ist mannskopf-

gross, rund, von harter Consistenz; an der unteren und äusseren Fläche ist die Tube und das Ovarium sichtbar; das Gebilde steht mittelst breitem Stiele, mit der links befindlichen kleinen Gebärmutter in Zusammenhang. Die Unterbindung des Stieles geschieht in drei Abschnitten mit Seide, dieser wird dann in Billroth gezwängt und ober diesem durchgeschnitten. Der in Billroth gezwängte Theil des Stieles wird durch Ausschneiden von Muskelgewebe dünner gemacht und oberhalb der Unterbindungen mittelst Catgut-Kürschnernaht mit Peritoneum bedeckt. Nach erfolgter Toilette folgt Versenkung des Stumpfes. Dauer der Operation 45 Minuten, Blutung kaum nennenswerth. Die Vereinigung der Bauchwunde in zwei Etagen; die erste — Peritoneal-Naht, — ist eine Catgut-Kürschner-Naht, die zweite betrifft die übrigen Schichten als Seiden-Knoten-Naht. Auf die Wunde wird Dermatol gesträut dann Gaze-Watte-Druckverband.

Verlauf günstig, am 24 Tag nach der Operation verlässt Patientin vollkommen wohl, das Bett.

Die Geschwulst wiegt 2800 gm. ist mannskopfgross, fühlt sich consistent an; aufgeschnitten, wird in derselben eine Frucht sichtbar in Steisslage, II. Stellung und normaler Haltung. Bei Eröffnung der Geschwulst entleert sich aus dieser wenig, einer dickflüssigen rothbraunen, geruchlosen Masse. Der untere Theil des Sackes wird durch eine dünne Placenta von grosser Ausdehnung bedeckt. Die Höhe des Sackes beträgt 22 cm., die Breite 15 cm. Die Wand in den oberen Theilen 0·6 cm., in den unteren Theilen 1·6 cm. dick. Tube 12 cm. lang durchgängig; das platte Ovarium hat bei einer Länge von 4 cm., eine Dicke von 0·7 cm. Länge der Frucht 48·5 cm., der gerade Durchmesser des Kopfes 10·8 cm., der biparietale 9·2 cm. Fontanellen und Nähte normal; die Knochen scheinbar gut entwickelt, Erscheinungen der Maceration.

Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung (*Professor Buday*) sind folgende:

An der Stelle des Sackes wo die Placenta erkannt werden kann, zeigt die innere ca, 4·5 mm. breite Schichte, genau die Elemente der mütterlichen und foetalen Placenta. Eine Abweichung besteht nur insoferne als Kernfärbung nicht aufgenommen wird; die Chorion-Zotten an vielen Stellen verkalkt. Das die Placenta bedeckende

Amnion ist ebentfalls zu Grunde gegangen, das Epithel fehlt ganz. Die Musculatur ist gut erhalten, an derselben ist eine schmalere innere und äussere und eine mittlere breitere Schichte sichtbar. Im Bindegewebe zwischen den Muskelbündeln, hauptsächlich um die Blutgefässe herum, zellige Infiltration. An den Randtheilen der Placenta zeigt sich so ziemlich das nämliche Bild. Die Schleimhaut ist 1.5 mm. breit, ihre feinere Structur lässt sich nicht mehr beurtheilen, sie ist vollkommen zugrunde gegangen. Im necrotischen Gewebe braun-rothe Haematoidin-Schollen. Im Fundus des Sackes zeigen die Schnitte einen unregelmässigen Verlauf der Muskeln, so dass hier die 3 Schichten nicht so deutlich zu unterscheiden sind. Hier ist die Schleimhaut erhalten, lässt sich überall gut färben. Ihre Oberfläche ist etwas warzig, gleich den *Palmae plicat.* der Cervix, ihre Oberfläche durch niederes Cylinderepithel bedeckt; ihre Substanz wird durch grosse geschwellte, epithelartigen Zellen gebildet, die an die Zellen der Decidua erinnern. Zwischen diesen reichliche zellige Infiltration. Die deciduaartigen Zellen enthalten an vielen Stellen orangefärbiges Pigment. An den Schnittflächen der Musculatur, dem Stiele des Sackes, entnommen lassen sich mikroskopische Ueberreste des *Canalis cervicalis* überhaupt nicht finden, ein Zusammenhang nach aussen bestand demnach hier nicht. Der rechte Schenkelknochen der Frucht ist 86 mm. lang, in seinem unteren Ende ein Knochenkern von 2 mm. Durchmesser.

Nach dem histologischen Befunde ging mit dem Absterben der Frucht auch jener Theil des Sackes zugrunde, welcher durch die Placenta gebildet wurde.

Die lange Tube, der Ursprung des Stieles des graviden Sackes vom Cervix, schliesst eine Tuben-Gravidität ebenso wie eine interstitial extrauterine aus. Zweifelsohne haben wir es mit einem Uterus bicornis zu thun, in dessen rechten Horn die Gravidität zustande kam. Dieses Horn müssen wir für ein rudimentär entwickeltes halten, wenn wir die Erklärung *Turners* acceptiren, nach welcher ein Horn, das gegen die Cervix hin keine Communication hat, ein rudimentäres ist.

Unser Fall ist demnach nach *Ruge-Sänger* als »Uterus bicornis unicollis latere dextro rudimentarius excavatus gravidus« aufzufassen, und der 7-te bekannte Fall, wo die Frucht bis zum Schluss ausgetragen wurde.



Leider können wir in unserem Falle über die Art der Befruchtung des Eies nichts Bestimmtes sagen, Nachdem gar keine Communication zwischen den beiden Hörnern bestand, konnte der Weg des Samens nur durch das gut entwickelte Horn und dessen Tube führen, ob wir es aber mit einer äusseren Transmigration des Samens oder des befruchteten Eies zuthuen haben, das bleibt unentschieden. Im Ovarium des entfernten rudimentären Horn war ein Corpus luteum nicht zu finden, deshalb ist es möglich, dass das Ei vom linken Ovarium geliefert wurde, es handelte sich also um eine Transmigratio ovuli externa; doch ist es nicht ausgeschlossen dass das Ei dennoch vom rechten Ovarium herrührte und das Corpus luteum nur nicht mehr auffindbar war und es sich dann um eine äussere Transmigration des Samens handelte. Mit Rücksicht, dass der untere Theil des rudimentären Hornes vollkommen geschlossen war, konnten die Menstruationen nur von dem nach aussen communicirenden linken Horn herrühren; sonst würde es zur Bildung einer Haematometra gekommen sein.

