

Die zirkuläre Abreißung der Cervix uteri sub partu.

Von

H. Peham.

(Aus der I. Universitäts-Frauenklinik in Wien [Vorstand: Hofrat Prof. H. Peham].)

Mit 1 Textabbildung.

Spontan entstandene, einen Teil oder den ganzen Umfang betreffende Querabriss der Vaginalportion sind ein sehr seltenes Ereignis und ihrer Ätiologie nach in zwei Gruppen zu teilen. Die erste Gruppe sind Abrisse, welche auf Einklemmung, Quetschung und Usur zurückzuführen sind und welche in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei protrahiertem Geburtsverlauf, besonders beim engen Becken vorkommen. Unter diesen sind wieder die Fälle in der Mehrzahl, wo es schließlich zu operativer Beendigung der Geburt mittels Zange kommt und wo dann durch den mit der Zange entwickelten Kopf und den dadurch vermehrten Druck die ohnedies schon stark verdünnte und in ihrer Ernährung geschädigte Gewebspartie vollends abgequetscht wird. Die zweite Gruppe von Rissen gehört zu den richtigen Rupturen. Infolge von Unnachgiebigkeit des Muttermundes kommt es schließlich unter fortschreitender Wehentätigkeit zum Abriß der maximal überdünnnten Partie. Die Unnachgiebigkeit des Muttermundes kann nun durch bestehende Narbenbildung verursacht sein und jedem erfahrenen Geburtshelfer sind die Gefahren von bestehenden Narben an der Cervix bekannt, sei es, daß dieselben von vorgenommenen gynäkologischen Operationen, Plastiken am Muttermunde, Portio-Amputationen, Operationen nach Blasen-Scheiden- oder Blasen-Uterusfisteln herrühren oder durch Verätzung zustande gekommen sind. Nicht selten ergibt sich bei solchen narbigen Gewebsveränderungen die Notwendigkeit zur Schnittentbindung per laparotomiam¹⁾. Wenn in diesen Fällen die narbige Beschaffenheit des Gewebes die Ursache der herabgesetzten Erweiterungsfähigkeit und der schließlichen Zerreißung unter der Geburt darstellt, so gibt es eine aller-

¹⁾ Ich selbst habe u. a. einen Fall von hochgradiger Narbenbildung im Bereiche der Cervix und des Scheidegewölbes beobachtet, wo die Narben von einer Verätzung mit konzentrierter Carbolsäure herrührten, die in der Absicht, einen Abortus herbeizuführen, in die Vagina und in den Cervicalkanal auf Wattébäuschehen von der Frau selbst eingebracht worden war.

dings sehr seltene Art von Fällen, wo der Muttermund unter der Geburt sich nicht erweitert, ohne daß die anatomische und histologische Untersuchung des Gewebes eine abnorme Beschaffenheit erkennen läßt. Diese Art von Verengung oder der Verschuß des Muttermundes wird als Conglutinatio bezeichnet. In diese letztere Gruppe gehört ein Fall, der vor kurzer Zeit an meiner Klinik zur Beobachtung kam.

J.-Nr. 119 ex 1922. 30 jähr. I-Para l. M. 21. IV. 1921. Wehenbeginn am 7. II. 1 Uhr früh bei gleichzeitigem Abgang von Fruchtwasser, Frucht in zweiter Hinter-

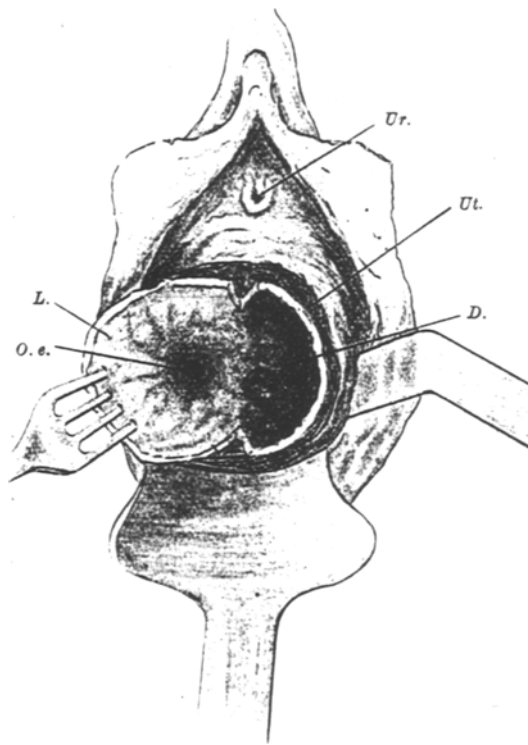


Abb. 1.

Ur. = Urethra. Ut. = Uterus. D. = Defekt. L. = Abgerissener Lappen. O. e. = Orificium uteri externum.

hauptschlage. Nach 30 stündiger Wehentätigkeit war der Muttermund wulstig, Schädel im Becken, Herztöne gut. Acht Stunden später steht der Schädel am Beckenboden normal rotiert und vor demselben hängt ein wulstiges, blutig suffundiertes, ödematöses, lappenförmiges Gebilde. Spontangeburt eines 3400 g schweren, 52 cm langen, lebenden Knaben. Nach erfolgter Geburt ragt aus der Scheide ein scheibenförmiges ca. 7 cm im Durchmesser haltendes Gewebsstück, an dem eine kreisförmige etwa 1 cm im Durchmesser betragende Öffnung sich erkennen läßt. Die Einstellung mit Spateln ergibt, daß es sich um einen zirkulären Abriß der Portio handelt, der die ganze linke Hälfte betrifft, aber sowohl vorne wie hinten die Medianlinie wesentlich überschreitet, so daß der abgerissene Anteil nur in einer Ausdehnung von etwa 2—3 cm an der rechten Seite mit der Portio in Zusammenhang steht (s. Abbildung). Es blutet aus der Rißstelle gar nicht. Der Lappen wird vollständig abgetragen, die Abtragungsstelle durch Nähte versorgt. Der Wochenbettverlauf war afebril. Die mikroskopische Untersuchung des abgerissenen Lappens zeigt eine wesentliche Hyperämie und nahe der Rißstelle ausgebreitete Durchblutung einer sonst normalen Portio. Narbengewebe ist nicht nachweisbar.

Wenn auch bereits in der älteren geburtshilflichen Literatur vereinzelte Fälle von Verklebung des Muttermundes berichtet worden sind

hauptschlage. Nach 30 stündiger Wehentätigkeit war der Muttermund wulstig, Schädel im Becken, Herztöne gut. Acht Stunden später steht der Schädel am Beckenboden normal rotiert und vor demselben hängt ein wulstiges, blutig suffundiertes, ödematöses, lappenförmiges Gebilde. Spontangeburt eines 3400 g schweren, 52 cm langen, lebenden Knaben. Nach erfolgter Geburt ragt aus der Scheide ein scheibenförmiges ca. 7 cm im

Durchmesser haltendes Gewebsstück, an dem eine kreisförmige etwa 1 cm im Durchmesser betragende Öffnung sich erkennen läßt. Die Einstellung mit Spateln ergibt, daß es sich um einen zirkulären Abriß der Portio handelt, der die ganze linke Hälfte betrifft, aber sowohl vorne wie hinten die Medianlinie wesentlich überschreitet, so daß der abgerissene Anteil nur in einer Ausdehnung von etwa 2—3 cm an der rechten Seite mit

(*Paul Portal* 1685), so stammt die erste sorgfältige Beobachtung und Beschreibung von *W. J. Schmitt* 1825 und der *Mme. Lachapelle*. Wie selten diese Anomalie vorkommt, geht wohl daraus hervor, daß berühmte Geburtshelfer wie *Skanzoni*, *Michaelis* und *Velpeau* aus eigener Beobachtung den Zustand nicht kannten, und *Schauta* als Assistent *Spät's* im Jahre 1880 nur 15 einschlägige Fälle aus der Weltliteratur sammeln konnte. Im wesentlichen besteht das Leiden darin, daß der äußere Muttermund den normalen Geburtswehen Widerstand leistet, daß der gegen den Beckenausgang vorrückende Kopf schließlich und endlich von dem maximal verdünnten unteren Uterinsegment bedeckt ist, so daß dasselbe wie eine Membran sich anfühlt. Besonders bemerkenswert ist ein von *Latz* beschriebener Fall, wo der Kopf von der Uteruswand umschlossen geboren wurde. In der Mitte des vorliegenden Teiles der Gebärmutter zeigte sich eine stecknadelkopfgroße Öffnung, von der aus vier Einschnitte gemacht wurden, worauf es erst gelang, das Kind zu entwickeln. Das Kind kam tief asphyktisch zur Welt, konnte aber wieder belebt werden, das Wochenbett in diesem Falle verlief ohne böse Komplikationen. Ich selbst habe einen einschlägigen Fall, eine 35jährige Erstgebärende betreffend, beobachtet, wo nach dreitägiger Wehentätigkeit der Schädel am Beckenboden stand, der Muttermund nahe dem Promontorium als ein kleines, für die Fingerkuppe einlegbares Grübchen zu tasten war und wo, nachdem ich vier radiäre Incisionen am Muttermunde machte, die Geburt innerhalb kürzester Zeit spontan erfolgte. In solchen Fällen, wo die vordere Wand der Cervix durch den herabtretenden Kopf weit in die Scheide vorgewölbt und so enorm verdünnt wird, daß man die Nähte und Fontanellen des Kopfes deutlichst zu tasten imstande ist, während der Muttermund in dem Maße als die vordere Wand der Portio vorgewölbt ist und tiefer tritt, immer weiter nach hinten verdrängt und deshalb schwer für den Finger zugänglich ist, kann es leicht zu Verwechslungen mit vollkommenem Verstrichensein des Muttermundes kommen und es können sich dabei bei nicht genügender Erfahrung und nicht vollkommener Beherrschung der Untersuchungstechnik übelste Zufälle bei dem Versuche der operativen Entbindung der Frau ergeben. Wenn in solchen Fällen von einem in der Geburtshilfe minder erfahrenen Arzte der Versuch einer Zangenoperation gemacht und dabei schwere Verletzungen der Mutter, wie z. B. Perforation des Scheidegewölbes erzeugt wird, so kann ein solches Vorkommnis, in Anbetracht der besonderen Seltenheit der Sachlage, bis zu einem gewissen Grade entschuldigt erscheinen. Wenn man bei einer solchen Anomalie den Verlauf der Geburt sich selbst überläßt, so kommt es schließlich und endlich zum Abreißen der den Schädel bedeckenden Uteruspartie, entsprechend der ad maximum gedehnten und verdünnten Stelle und, wie die Erfahrung lehrt, zu Abrissen in querer

Richtung. Das Reißen in querere Richtung ist anatomisch durch das seit *Köllikers* grundlegenden Untersuchungen bekannte Überwiegen der zirkulär angeordneten Muskelfasern gegenüber den Längsmuskelfasern der Cervix erklärt.

Diejenigen Fälle, in welchen der untere Uterusabschnitt pathologische Veränderungen im Sinne von Narbenbildungen aufweist oder das Gewebe durch fettige Entartung (*Häfner*), lokale Muskelarmut (*Beyer*) oder lokale Teleangiektasie (*Staude*, *Bauereisen*, *Lange*) verändert ist, bieten keine Schwierigkeit für die Erklärung der dabei zustande kommenden Ruptur. Bei vollständig normaler Gewebsbeschaffenheit aber bedingt die Undehnbarkeit des Muttermundes allein kein genügend ätiologisches Moment für das Zustandekommen des seltenen Ereignisses, denn selbst in jenen Fällen, wo es tatsächlich zu einer echten Conglutinatio gekommen ist, wo nur ein ganz kleines, kaum ausgedehntes Grübchen, ein kleiner Wulst auf dessen Kuppe eine stechnadelkopfgroße Vertiefung die Stelle des Muttermundes erkennen läßt, genügt oft die Anwendung mäßig stumpfer Gewalt durch Einbohren mit dem Finger, um das papierdünne Gewebe zur Erweiterung zu bringen und das Zurückweichen desselben über den im Becken stehenden Kindeschädel zu bewirken. Es kann die Lösung des Verschlusses mit dem Finger vollzogen werden, ohne daß man Spuren Blut abgehen sieht. Ich möchte dieses Verhalten mit *Zweifel* mit der Verklebung des Augenhilfes vergleichen und damit sagen, daß, wenn es auch zu nahezu vollständigem Verschuß des Muttermundes gekommen zu sein scheint, der Verschuß keineswegs ein fester, schwer trennbarer ist. Es kann also die Unnachgiebigkeit des Muttermundes nicht in der Festigkeit einer bestehenden Verwachsung liegen, sondern es muß die Erklärung für das Vorkommen in andern Umständen gesucht werden. Es handelt sich bei diesen Geburtsfällen um Erstgebärende, in der Regel um *alte* Erstgebärende mit kleinem Muttermunde, der in der Mehrzahl der Fälle weit nach hinten gegen das Promontorium zu gerichtet und der gelegentlich nicht median, sondern gegen eine Seite gewendet ist. Der untere Uterusabschnitt wird unter der Wehentätigkeit nach entsprechender Erweiterung des inneren Muttermundes über den vorliegenden Kindesteil in die Höhe gezogen und dabei die Wand des Cervicalkanals allmählich stark verdünnt. Wir haben damit ganz ähnliche Verhältnisse wie beim Cervicalabort, nur daß beim letzteren der Uterus deshalb zur Ruhe kommt, weil das kleine Ei schließlich vollständig in die gedehnte Cervix ausgetreten ist. Bei einer Geburt am normalen Schwangerschaftsende, bei welchem entweder gar kein Wasser vorhanden oder es wie in beiden von mir beobachteten Fällen zu vorzeitigem Abgang des Wassers gekommen ist, fehlt jedes technische Moment, welches in diesem Stadium durch Druck und bei den papierdünn gewordenen Wandungen

der Cervix auch durch Zug eine Erweiterung bzw. ein Hinaufziehen des kleinen äußeren Muttermundes bewirken könnte. Es fällt die Wirkung des im Sinne der Beckenachse sich erstreckenden Geburtsdruckes bei dem meist maximal nach hinten gelegenen Muttermunde nicht in die Richtung desselben und es wird schließlich zu einer Ruptur an der am meisten verdünnten Stelle kommen, die entweder zunächst die vordere Wand oder bei exzentrischer Seitenlage des Muttermundes die vordere und seitliche Wand betreffen wird. Durch den entstandenen Riß erfolgt schließlich die Geburt des Kindes. Der dabei sich abspielende Vorgang hat eine gewisse Analogie, wie er bei dem Zustandekommen der Cervixlaquear-Fistel angenommen wird. Allerdings erfolgt bei diesen in der Mehrzahl aller Fälle ein Platzen der hinteren Cervixwand. Es wurde in neuerer Zeit besonders durch *Wiczynski* für die letzteren Fälle eine angeborene individuelle Konstitutionsanomalie im Sinne der Hypoplasie bei maximal anteflektiertem Uterus angenommen, eine Annahme, der sich auch *Hiess* bei Besprechung seiner an der Klinik beobachteten Fälle anschließt. Ob nicht bei einer Anzahl dieser Fälle vorangegangene Traumen einen Locus minoris resistentiae in der Cervicalwand schufen, läßt sich nicht mit Sicherheit beantworten. Was die Folgezustände einer solchen spontan entstandenen Cervixruptur anlangt, so liegt in einer etwa durch sie entstehenden Blutung keine wesentliche Gefahr für die entbundene Frau. An der maximal verdünnten Cervixwand befinden sich wohl kaum größere klaffende Gefäßlumina, und sind solche erweiterte Gefäße vorhanden, so kommt es bei diesen analog den bei ähnlichen Verletzungen an anderen Körperteilen gemachten Beobachtungen zu Retraktion derselben und dadurch zum Gefäßverschluß. Ein viel größeres Gefahrmoment liegt wohl in der bei unvollständigem Abriß nur zu leicht eintretenden Gewebnekrose in dem nur unvollständig ernährten Cervixanteil und in der daraus entstehenden Infektionsmöglichkeit. Was die Therapie anlangt, so dürfte es wohl nur in den seltensten Fällen möglich sein, durch eine entsprechende Naht die abgerissenen Teile wieder zur Anheilung zu bringen und dadurch eine Wiederherstellung einer Portio zu erzielen. In den meisten Fällen wird eine vollständige Abtragung der nur mit einer kleinen Gewebsbrücke mit der Cervix in Zusammenhang stehenden abgerissenen Partie sich als notwendig herausstellen. Dieses Vorgehen hat als Endergebnis einen nahezu vollständigen Defekt der Portio vaginalis zur Folge, so daß bei schließlicher Ausheilung die Scheidewand direkt in den Cervicalkanal übergeht. Dieses vollständige Fehlen der Portio kann natürlich bei weiteren Schwangerschaften nur zu leicht Veranlassung zum Abortus bieten.

Die große gerichtsärztliche Bedeutung für das Zustandekommen der Cervixlaquear-Fisteln hat *Haberda* im Lehrbuch für gerichtliche

Medizin ausdrücklich betont. Auch die Spontanzerreißung der Cervix bei der Geburt am normalen Ende, ebenso wie die Schwierigkeit der Beurteilung eines Falles von Geburtsverlauf bei Conglutinatio des äußeren Muttermundes dürfte gerichtsarztlichen Interesses nicht ganz entbehren.

Literatur.

v. *Winkels* Handb. der Geburtsh. II. Bd., 3. — *Schauta*, Wien. med. Presse 1880, Nr. 35. — *Latz*, Berl. klin. Wochenschr. 1870, Nr. 35. — *Staudé*, Referat in Prager Vierteljahrsschr. f. prakt. Heilk. 29. 1872. — *Wiczynski*, Zentralbl. f. Gynäkol. 1919, Nr. 46. — *Hiess*, ebenda 1920, Nr. 48.
