

hülflichen Vereine demonstriert. Die in beiden letzteren anwesenden Herren bestätigten einstimmig die von mir aufgestellte Diagnose eines Uterus didelphys. In der zuerst erwähnten Gesellschaft aber beantragte Herr Prof. Slavjansky eine genauere Untersuchung des Präparates seitens einer ad hoc gewählten Commission. Die Mitglieder der letzteren (die Herren Prof. Slavjansky, Prof. Leshart und Dr. Winogradow) sprachen sich nach Verlauf von 2—3 Minuten, blos nach einem auf das Präparat geworfenen Blick, dahin aus, dass dies eine dilatierte Tuba Fallopia sei. Da die benannten Herren weder ihre Meinung motivirt, noch mir gegenüber etwaige beweisführende Argumente angeführt haben, so fühle ich mich veranlasst, ihrer Meinung keinen besonderen Werth beizulegen und bei der von mir ausgesprochenen Diagnose zu bleiben.

V.

Noch ein Fall von doppelter Gebärmutter und Scheide (Uterus et Vagina duplices), intra vitam diagnosticirt.

Von Dr. P. Kubassow.

(Aus der temporären Frauenabtheilung des Krankenhauses St. Nicolai des Wunderhäters in St. Petersburg.)

Die diesen Bildungsfehler besitzende Frau erschien bei mir auf dem Ambulatorium der Philantropischen Gesellschaft am 18. Juli vergangenen Jahres mit der Klage über Menstruationsstörung und schmerzhaften Coitus. Der Bildungsfehler wurde schon damals erkannt; jedoch um Patientin nicht aus den Augen zu verlieren, wie es ja mit ambulanten Kranken so häufig zu geschehen pflegt, und behufs Demonstration des Falles in medicinischen Vereinen, deren Sitzungen erst im September beginnen, wurde der Kranken die Aufnahme in die von mir geleitete gynäkologische Abtheilung des Krankenhauses St. Nicolai des Wunderhäters vorgeschlagen, worauf sie auch gerne einwilligte.

Nach Verlauf von 2 Wochen, d. h. am 29. Juli, stellte sie sich auch wirklich auf meiner Abtheilung zur Aufnahme ein und gab vor, zeitlich nicht gebunden zu sein und zur Besserung ihrer Gesundheit selbst einige Monate im Krankenhouse verweilen zu können. Dieser Umstand und der Wunsch, der Kranken durch sofortige eingehendere Explorationen nicht zu sehr lästig zu fallen, damit sie unsere Abtheilung nicht verlasse, bewogen mich, Patientin nur selten zu untersuchen. Allein genau eine Woche nach

der Aufnahme, d. h. am 4. August, erschien ihr Mann mit dem dringlichsten Verlangen ihrer Entlassung, angeblich wegen einer zu unternehmenden Dorfreise; die Patientin ihrerseits gab uns übrigens das Versprechen, nach ihrer Rückkehr sich wiederum in unsere Abtheilung aufnehmen zu lassen, so dass unsere Hoffnung, den Fall einem grösseren Kreise sich hierfür interessirenden Collegen zu demonstrieren, noch nicht definitiv verloren ist.

Es blieb also nichts übrig, als Patientin am 5. August zu entlassen, und ich beeilte mich daher, die der Kranken noch zugemessene Aufenthaltszeit im Krankenhause möglichst auszunutzen. Zu diesem Ziele forderte ich einige Collegen zu gemeinschaftlicher Untersuchung auf. Die hierbei erlangten Resultate sind folgende:

Status praesens. Sinaida Moisseeff, 24 Jahre alt, Bäuerin aus dem Gouvernement Twer, seit 2 Jahren in St. Petersburg, Wäscherin, seit 6 Monaten verheirathet, hat weder Geburten noch Abortus gehabt. Sie ist von mittlerem Wuchse, gut gebaut, ihr Knochengerüst (und Becken) regelmässig entwickelt, Musculatur und subcutane Fettpolster mässig. Am Körper keine Structur- oder Entwicklungsfehler zu bemerken, ausgenommen eine Masse namentlich im Gesicht vertretener, in der Kindheit acquirirter Pockennarben.

Die Brüste (*Mammae*), deren Warzen (*Mamillae*) und Warzenhöfe (*Areolae*) sind von rechter Form und Zahl, von mässiger Grösse und normal gelegen. Der Vorberg (*Mons veneris*) und die grossen Schamlippen reichlich mit Haaren bedeckt; die grossen und kleinen Schamfalten (*Labia pudendorum majora et minora*) sind gut und regelmässig geformt und schliessen die Schamspalte, wobei die kleinen Lippen von den grossen vollkommen bedeckt werden und die Schamspalte nicht klappt. Der Kitzler (*Clitoris*) ist von mässiger Grösse und bietet nichts Besonderes dar. Die äussere Mündung der Harnröhre (*Meatus urinarius externus*) befindet sich der Clitoris näher, als in der Norm, und etwas mehr rechts von der durch die Spitze des Kitzlers gezogenen Verticallinie; die obere und untere Commissur der grossen Lippen (*Commissuræ labiorum superior et inferior*) sind stark ausgeprägt, namentlich die untere, welche außerdem noch die weiter unten zu beschreibende Anomalie bietet; Frenulum labiorum und *Fossa navicularis vulvae* fehlen.

Etwas nach links von der äusseren Mündung der Urethra und oberhalb derselben entspringt eine recht dicke Falte, welche bis zur hinteren Commissur der grossen Lippen sich erstreckt und in ihrem oberen Drittel, wo sie zudem bedeutend dicker ist, einen warzenförmigen Vorsprung bildet. Lateralwärts geht sie allmählich in die beiden hier vorhandenen Hymen über, nach unten zu in die hintere Commissur der grossen Schamlippen; nach oben stösst sie fast an die Clitoris. Diese Falte ist, wie weiter unten noch erwähnt werden wird, in die Tiefe zu verfolgen in der ganzen Ausdehnung der beiden durch sie völlig isolirten Scheiden. Der Hymen dexter ist ringförmig, an zwei Stellen (von aussen) eingerissen und für den Finger frei passirbar; der linke Hymen nicht deflorirt, ebenfalls ringförmig, mit

gezacktem freiem Rande (*Hymen fimbriatus*, Luschka) und lässt den Finger schwer durch, wobei letzterer noch die Contractionen des Sphincter (*Constrictor cunni sinister?*) wahrnimmt, was im Introitus der rechten Scheide nicht zu constatiren war.

Die rechte Scheide (*Vagina dextra*) ist recht voluminös, ihre Falten (*Columnae rugarum*) fast verstrichen, der in sie hineinragende Scheidentheil (*Portio vagin. dextra*) konisch, schaut ein wenig nach links und ist leicht zu erreichen; der äussere Muttermund (*Os externum dextrum*) von runder Form, nicht gross und lässt leicht die Uterussonde (mit einem Köpfchen) durch, welche in die Gebärmutterhöhle etwas mehr als auf 7 cm eindringt, wobei der Griff des Instruments zum Theil nach innen und hinten abweicht. Die linke Scheide (*Vagina sinistra*) ist kleiner (enger) als die rechte, ihre Falten stärker ausgeprägt, der zugehörige Scheidentheil (*Portio vag. sinistra*) ebenfalls von konischer Form, doch etwas kleiner als der rechte, und schaut leicht nach aussen (linkshin). Der äussere Muttermund (*Os externum sinistrum*) gleichfalls rund, fast punktförmig, vermittelst Finger kaum palpirbar, lässt das Köpfchen der Sonde nicht durch, aber ein Fritsch'sches Stäbchen von der gleichen Dicke, doch ohne Köpfchen, passirte frei auf etwa 6 Cm., wobei dessen Griff zum Theil nach aussen (linkshin) abwich.

Bei gleichzeitigem Einbringen der Sonden in beide Uteri und bei dem Versuche, durch Verschieben die Instrumente einander zu nähern, begegneten sie sich nicht (berührten sich nicht); im Gegentheil, die Entfernung zwischen ihren Spitzen (in den Uteri) erwies sich bedeutend grösser, als die Distanz zwischen den beiden äusseren Uterusostien, die 4 cm betrug; ausserdem lagen die Sondengriffe zu einander so, dass sie in horizontaler Ebene convergirten, in verticaler aber sich kreuzend divergirten.

Das zwischen den Scheiden gelegene Septum dringt auch zwischen die Uterushälse in eine recht breite und tiefe Furche, welche vorn und hinten zwischen den Uteri leicht zu verfolgen ist; besonders geräumig ist die hintere Furche, welche per rectum sich deutlich abtasten lässt in ihrer ganzen dem explorirenden Finger zugänglichen Ausdehnung, d. h. fast bis an den Fundus der Uteri. Die Palpation der letzteren durch die Bauchdecken (bei bimanualer Exploration) eruiert ein Divergiren der Fundusabschnitte der beiden Uteri und eine bedeutende Einbuchtung an betreffender Stelle; dabei konnte man sich davon überzeugen, dass der rechte Uterusfundus grösser ist und höher hinaufreicht, als der linke, und nach rechts und oben abweicht; selbständige Beweglichkeit der Uteri, d. h. Mobilität des einen, unabhängig vom anderen, gelang uns nicht zu constatiren, so dass eine sichere Entscheidung der Frage über die Art der vor uns liegenden Uterusverdoppe lung schwer fällt. Man kann nur die Behauptung aufstellen, dass ein Uterus septus hier auszuschliessen ist. Einer der Herren Collegen, der die Kranke explorirte, neigte zur Annahme eines Uterus didelphys; ich wiederhole aber auch an dieser Stelle das, was ich bereits öfters in der vorangehenden Arbeit ausgesprochen habe: meistentheils ist nur auf dem Sections-tische eine sichere Bestimmung dieser oder jener Art von Uterusverdoppe-

lung möglich; intra vitam aber müssen wir uns auf allgemeinlautende Diagnose, d. h. eines doppelten Uterus überhaupt (*Uterus duplex*) beschränken.

Was die Menstruation betrifft, so geht dieselbe im gegebenen Falle in jedem Uterus von dem anderen ganz unabhängig vor sich; denn als die Kranke am 17. Juli auf dem Ambulatorium der Philantropischen Gesellschaft erschien, menstruierte damals gerade der rechte Uterus, in der linken Gebärmutter und Scheide aber war nicht einmal ein Tropfen Blut vorzufinden; bei der in der temporären Abtheilung am 4. und 5. August, also 2 Wochen später vorgenommenen Exploration menstruierte der linke Uterus allein.

Ferner erhellt, dass der Coitus bei der Kranken per vaginam dextram ausgeübt wurde, wobei derselbe in solchem Falle nur etwas schmerhaft war; bisweilen aber steigerten sich die Schmerzen dermaassen, dass Patientin denselben nicht dulden konnte; letzteres muss durch Coitusversuche per vaginam sinistrum erklärt werden.

Anamnesis. Von sehr grossem Werthe für die Aetiologie des gegebenen Falles sind einige anamnestische Daten, welche überdies darauf hinweisen, dass beide Uteri von einander unabhängig menstruiren, dass jeder von ihnen seinen Menstruationstypus selbstständig ändern kann, d. h. wenn der eine regelrecht menstruiert, der andere verschiedene Menstruationsstörungen darbieten kann, und dass bei dieser physiologischen Function des Uterus der Coitus keine indifferente Rolle spielt.

Die Moisseeff wusste vor ihrer Verehelichung selten von Menstruationsstörung und der Typus der Menses war damals folgender: zum ersten Male im 17. Lebensjahre erschienen, kamen sie allemal von der 3. auf die 4. Woche, waren spärlich, ohne Schmerzen, hielten im Ganzen 3—4 Tage an und nur selten kehrten sie nach 2 Wochen wieder; nach der Verheirathung veränderten sich die Regeln sofort, besonders der Typus derselben, und zwar sind sie anfänglich allmählich anhaltender geworden, so dass sie jetzt 1½—2 Wochen dauern; alsdann aber stellen sie sich auch nicht zur rechten Zeit ein; die letzte Zeit z. B. erschienen sie alle 10—14 Tage.

Diese Menstruationsstörung lässt sich folgendermaassen erklären: Vor der Verheirathung stellten sich die Regeln, höchst wahrscheinlich in beiden Uteri zumeist gleichzeitig ein, weshalb sie denn auch nicht über eine Woche andauerten; nach der Heirath, möglicherweise unter dem Einflusse des Coitus, hat einer der Uteri seinen Menstruationstypus geändert und zwar darin, dass seine Regeln später einzutreten anfingen, erst um 1—2 Tage, alsdann um 3—4 Tage u. s. w., wodurch natürlich die Dauer der menstrualen Blutung eine stets grössere wurde, so dass dieselbe schliesslich 10—12 Tage erreichen konnte, von denen die ersten 4—5 Tage höchst wahrscheinlich auf Rechnung der ersten Gebärmutter mit unverändertem Menstruationstypus

kommen, die übrigen Tage aber dem zweiten Uterus anheim-fallen; endlich konnte das Spättereintreten der Menstrua in demselben Uterus dermaassen bedeutend werden, dass seine Regeln zu einer Zeit eintraten, wo der andere Uterus seine Periode bereits eingestellt hatte, woraus ein nicht zeitgemäßes Eintreten der Blutungen resultirt. Dabei dauern dieselben, wie es auch die Mittheilung der Kranken bestätigt, in letzterem Falle nicht so lange an, als wenn sie zur Zeit eintreten, da hier die Blutung die Menstruation jedes der beiden Uteri einzeln repräsentirt. Selbstverständlich habe ich den allergewöhnlichsten Fall genommen, d. h. wenn die Menstruationsstörung nur in einem Uterus statt hat; es mag jedoch leicht geschehen, dass sie in beiden Uteri gleichzeitig zu Tage tritt, alsdann wird natürlich die Menstruationsstörung eine sehr verschiedene sein.

Ferner wäre zu bemerken, dass die Moisseeff früher an keiner Krankheit gelitten hat mit Ausnahme der bereits in der Kindheit durchgemachten Pocken und eines (wahrscheinlich katarrhalischen) Icterus im verflossenen Jahre, in Folge dessen sie 2 Wochen lang im Krankenhouse behandelt wurde.

Die Mutter der Moisseeff hatte 12 Kinder, darunter 3 Töchter; ihre Entbindungen waren stets schmerhaft und anhaltend, und sie kränkelte lange post partum; besonders schwierig verlief bei ihr die letzte Entbindung, nach welcher sie einige Monate bettlägerig war und späterhin nicht mehr concipirte, obwohl sie damals kaum 40 Jahre alt war.

Die ältere Schwester der Patientin lebt noch, ist 35 Jahre alt, seit ihrem 19. Jahre verheirathet, doch hatte sie nicht geboren und wurde nie schwanger; die jüngere Schwester aber, in ihrem 17. Lebensjahre verheirathet, hatte im Laufe von 6 Jahren keine Kinder (wurde nicht schwanger), concipirte aber im 7. Jahre nach der Verheirathung und kam, wie es scheint, rechtzeitig nieder, jedoch unter so schweren Erscheinungen, dass sie am 2. oder 3. Tage post partum starb.

Alle diese Umstände führen unwillkürlich auf den Gedanken, ob es sich im gegebenen Falle nicht um einen vererbten Bildungsfehler handle, da ja aus dem eben Geschilderten zu ersehen ist, dass sowohl bei der Mutter, als auch bei den Schwestern der Patientin, namentlich bei der jüngeren, irgend welche Ab-

normitäten in der Genitalsphäre existirten, welche bei der Mutter stets schwere und langdauernde Entbindungen mit schwerer Puerperalerkrankung, bei der älteren Schwester Unfruchtbarkeit, bei der jüngeren langes Ausbleiben der Conception, alsdann aber den Tod am 2.—3. Tage post partum verschuldet haben. Der nach der Geburt so schnell eingetretene letale Ausgang konnte nur die Folge irgend eines schweren Traumas der Sexualorgane sein, z. B. einer Gangrän eines zwischen den Scheiden und den Uteri befindlichen Septum, wie solches nicht selten bei ähnlichen Bildungsfehlern zur Beobachtung kommt. Leider konnte man weder etwas über die Entbindung der jüngeren Schwester noch über die Ursache ihres Todes in Erfahrung bringen.

Ausser mir untersuchten die Moisseeff folgende Herrn Collegen: Dr. Fichsen, Oberarzt der temporären Abtheilung, Dr. Ochotschinsky, Ordinator daselbst, und Dr. Rubinstein, vormals Assistent des Herrn Prof. Horwitz an der Marien-Entbindungsanstalt. Die Aussagen der benannten Herren insgesammt stimmten mit der von mir gestellten Diagnose völlig überein.

Von den intra vitam erkannten Fällen dieses Bildungsfehlers (des doppelten Uterus, Uterus duplex) sind in die Literatur ausser den von mir in meiner oben citirten Arbeit angegebenen, folgende aufgenommen:

- Freund, Beitr. z. Pathol. des doppelt. Genitalkanals. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. I. Hft. 2. S. 244 (Uterus bicornis).
 Borinsky, Arch. f. Gynäk. Bd. X. Hft. 1 (Uterus bicornis).
 Löwenson, Archiv für forensische Medicin. 1873. Bd. II. Abth. II. S. 34 (russisch) — Uterus duplex septus.
 Staude, Doppelter Uterus und Scheide. Medicinische Rundschau (russisch). 1874. Bd. II. S. 154 (ohne genaue Angabe).
 Breisky, Ovariotomie. Berl. klin. Wochenschr. No. 23.
 Jadley, The Chicago Medical Journal and Examiner. 1875. Bd. XXXII. S. 735. (Gravidität im rechten Uterus).
 Suegireff, Moskauer medic. Zeitung. 1875. S. 588, russ. (ohne genaue Angabe).
 Dobronrawow, Moskauer medic. Anzeiger (russ.). 1876. Bd. III. S. 300 (ganz ungenau) u. Annalen d. Moskauer Chirurg. Gesellschaft 1876. (russisch) Bd. I. S. 686.
 Remmert, Medicinischer Anzeiger (russisch). 1872. S. 110.
-