



Aus der gynäkologischen Klinik zu Bonn.

Ueber
Graviditas tubaria.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medicinischen Facultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

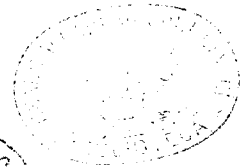
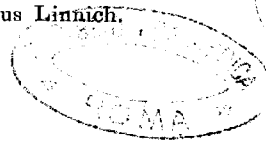
eingereicht

am 24. Juni 1885

von

Heinrich Oldtmann

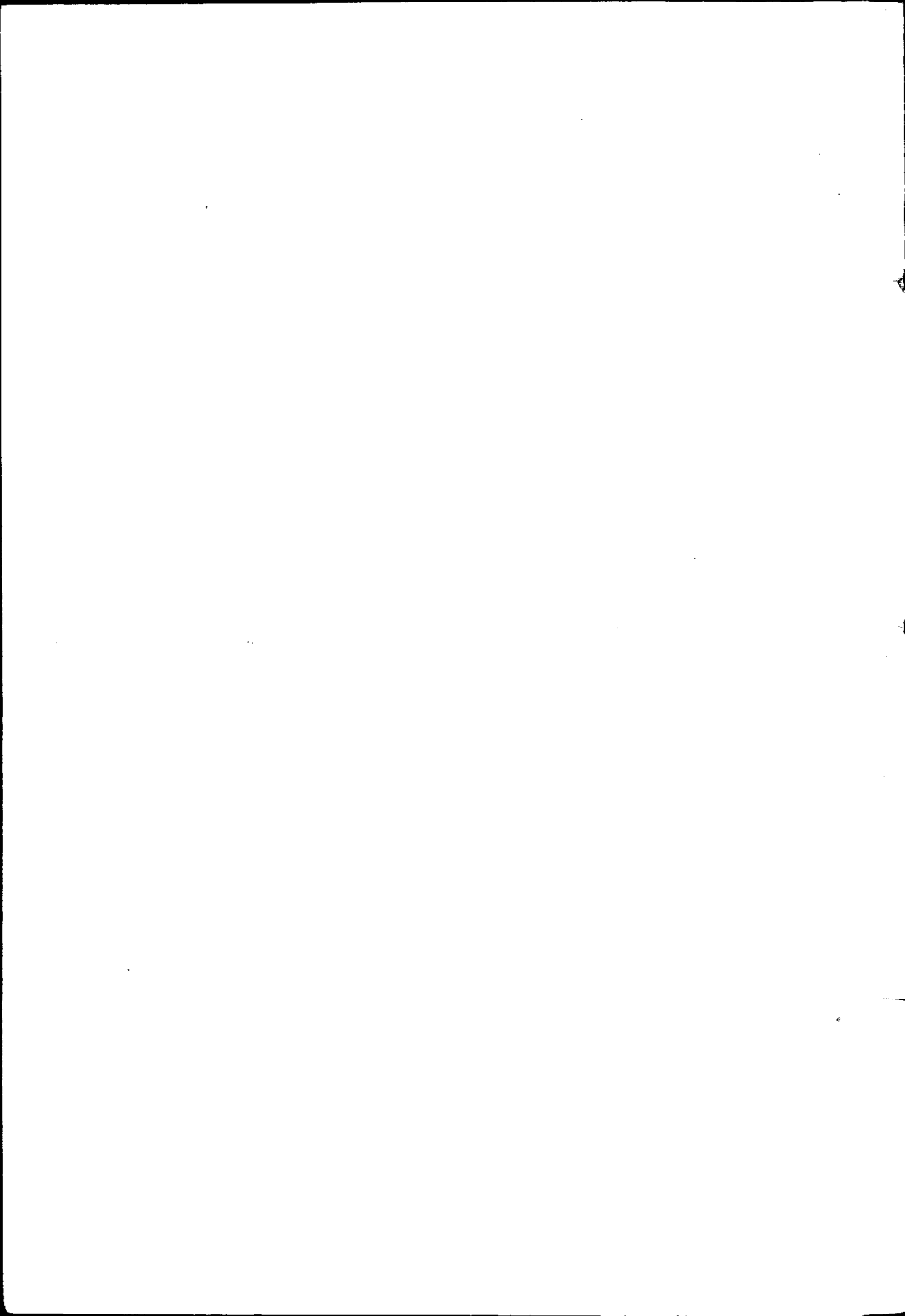
aus Linnich.



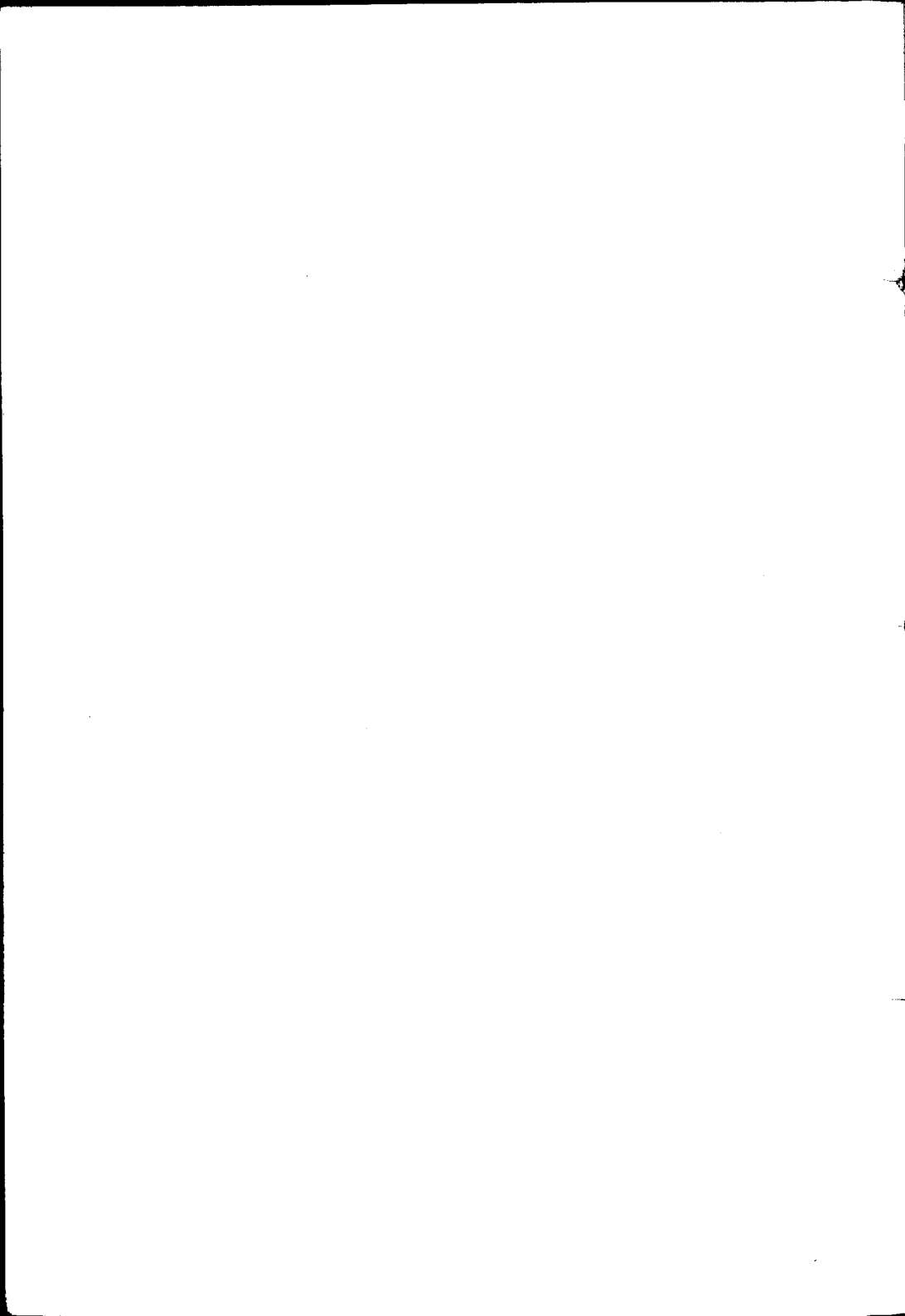
Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1885.



Meinem lieben Vater.



Im October 1884 kam ein Fall von Graviditas tubaria in der Bonner gynäkologischen Klinik zur Beobachtung, dessen Veröffentlichung mir Herr Geheimer Ober-Medicinalrath Professor Dr. Veit gütigst gestattet hat.

Bei dem seltenen Vorkommen der Extrauterinschwangerschaft ist schon jeder neue Fall, auch wenn er sich von den bisher veröffentlichten nicht wesentlich unterscheidet, von einigem Interesse, um so mehr der hier zu berichtende Fall, welcher in mehreren Punkten von der Mehrzahl der bis jetzt beschriebenen Extrauterinschwangerschaften abweicht. Zunächst ist nämlich seine Aetiologie eine andere, als sie in den bisher veröffentlichten Fällen und in den Handbüchern der Geburtshülfe angeführt wird; wie wir später sehen werden, war nämlich Tuberkulose der Tuben die Ursache der extrauterinen Entwicklung des Eies. Ferner ist unser Fall in differentiell-diagnostischer Hinsicht beachtenswerth, indem der Verlauf und der Befund demjenigen bei Retroflexio uteri gravidi ungemein ähnlich war. In Folge dessen wurde auswärts von dem behandelnden Arzte die Diagnose auf Retroflexio uteri gravidi gestellt und die Reposition versucht. Endlich war es bei diesem Falle möglich, mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose auf eine specielle Art der Extrauterinschwangerschaft, nämlich auf Tubenschwangerschaft mit wesentlicher Entwicklung in das Ligamentum latum, zu präcisiren. Diese Momente dürfen eine ausführlichere Erörterung dieses Falles besonders in Hinsicht der Aetiologie, Diagnose und der Therapie rechtfertigen.

Frau K., 36 Jahre alt, aus R., ist angeblich bis zu ihrer jetzigen Erkrankung niemals leidend gewesen; sie hat nie an Haemoptoe gelitten; auch ist Phthise in ihrer Familie nicht erblich; Patientin hat zweimal geboren; die letzte Geburt hat sie vor 8 Jahren überstanden. Der Verlauf beider Geburten war ohne Besonderheiten; ebenso waren die Wochenbette normal, speciell soll niemals eine Unterleibsentzündung vorhanden gewesen sein; Patientin wurde stets regelmässig menstruiert; jede Periode dauerte 5—8 Tage und war von mässigen Schmerzen begleitet. Die letzte Periode trat am 16. Juni 1884 ein; schon vom Beginn der nun folgenden Schwangerschaft an will Patientin Schmerzen und oftmaliges Erbrechen gehabt haben. Erstere steigerten sich etwa vom 26. September ab erheblich und strahlten dabei in das rechte Bein aus, so dass Patientin deshalb Nachts nur noch wenig schlief. Mitte September stellte sich eine 8 Tage hindurch andauernde Blutung ein; dabei soll jedoch nur reines Blut, niemals aber sollen häutige Fetzen abgegangen sein; auch im weiteren Verlauf der Erkrankung sollen sich solche Fetzen nicht entleert haben. Am letzten September trat Urinverhaltung auf, welche von Morgens 2 Uhr bis Nachmittags 2 Uhr andauerte, dann durch einmaliges Katheterisiren gehoben wurde. Seit dem 4. October blieb der Stuhlgang, der schon früher beschwerlich war, aus. Eine neue Harnverhaltung trat ein am 8. October; sie liess nach der Katheterisation nicht nach, so dass Patientin bis zum 10. October täglich zweimal katheterisirt werden musste; am 11. October trat Harnträufeln ein, so dass von weiterem Katheterisiren abgesehen wurde; eine Unterleibsentzündung ist auch während dieser Schwangerschaft nicht eingetreten. Patientin lag niemals andauernd zu Bette, wenn sie auch der heftigen Schmerzen halber sich häufig niederlegen musste. Ebensowenig traten während dieser Schwangerschaft Ohnmachten, Schwindel oder sonstige

Erscheinungen ein, welche man auf eine plötzliche Anaemie zurückführen könnte. Seit vier Wochen will Patientin oftmals an Hitze gelitten haben; die Temperatur ist jedoch niemals gemessen worden.

Am 11. October wurde von dem behandelnden Arzte, der auf Grund der obigen Symptome und des Befundes eine Retroflexio uteri gravidii diagnosticirt hatte, mit grosser Mühe der Versuch gemacht, den retroflectirten schwangeren Uterus wieder aufzurichten. Als diese Versuche missglückten, wurde Patientin am 14. October Nachmittags 4 Uhr der gynäkologischen Klinik überwiesen.

Status praesens: Patientin, eine in der Ernährung heruntergekommene Frau, kann sich nur mit grossen Schmerzen aufrecht halten. Dabei stützt sie sich den Unterleib mit den Händen. Im Bette vermag sie nur auf der linken Seite zu liegen; das rechte Bein, in welchem sie heftige Schmerzen empfindet, ist stark gegen den Unterleib angezogen. Patientin wurde, da die in aller Kürze aufgenommene Anamnese und der bei einmaliger nur interner Untersuchung erhobene Befund auf Retroflexio uteri gravidii deuteten, chloroformirt. Vor der Narkose war bereits constatirt worden, dass das Abdomen sehr wenig empfindlich war. Die Pulsfrequenz betrug 110; die Körpertemperatur wurde erst nach der Untersuchung gemessen.

Befund in der Narkose: In den unteren Theilen des Abdomen befindet sich eine bis in die obersten Partien des grossen Beckens hinaufragende Geschwulst von praller Consistenz, welche wesentlich die rechte Beckenhälfte einnimmt; diese Anschwellung blieb auch nach der Entleerung der Harnblase unverändert; die Katheterisation war leicht; die Harnröhrenmündung nicht wie sonst bei incarcerirter Retroflexio uteri gravidii nach innen gezogen, sondern an normaler Stelle; die Harnröhre verlief nach rechts und oben. Es entleerten sich bei der Katheterisation etwa 100 ccm

klaren, hellgelben Urins. Die bimanuelle, von Scheide und Rectum aus vorgenommene Untersuchung ergab zunächst, dass die Scheide genau wie bei der Retroflexio uteri gravidi stark nach oben gedrängt war, dabei nach links und oben verlief; vorn und oben über der Symphyse befand sich der klaffende Muttermund. Den Bauchdecken dicht anliegend und etwas nach links von der Mittellinie abweichend, liess sich jetzt ein kleinerer Tumor von dem grossen Tumor abgrenzen; dieser kleinere Tumor war offenbar der nicht gravide Uterus. Sein Fundus liegt etwas weiter nach links, als die Portio vaginalis, er ist etwas verdickt und verlängert, im Uebrigen von normaler Gestalt; er ragt bis zur oberen Grenze des Tumors nach oben und ist kaum auf demselben verschiebbar. Von seinem oberen rechten Winkel verläuft als stark gespannter Strang das rechte Ligamentum rotundum quer über die Vorderfläche des Tumors nach rechts unten vorn. Hinter der Scheide, bis etwas unter die Mitte derselben herabragend, erstreckt sich der erwähnte grosse Tumor in das kleine Becken herein; derselbe geht rechts tiefer herab als links, wo er sich nur wenig ins kleine Becken hineinerstreckt. Nach rechts erstreckt sich der Tumor bis an die Beckenwand, so dass man weder von der Scheide, noch von dem gleichfalls etwas nach links verschobenen Rectum aus zwischen Tumor und rechtsseitiger Beckenwand in die Höhe dringen und auch den Tumor an der Beckenwand nicht verschieben kann. Die in das kleine Becken hineinragenden Theile des Tumors zeigen eine weniger glatte Oberfläche, als sie bei der äusseren Palpation sich ergibt, man fühlt hier und da einzelne harte Stränge zur Beckenwand verlaufend. Nirgends sind ballottirende Theile wahrnehmbar, dagegen sind über dem grossen Tumor Uteringeräusche zu hören. Da nach diesem Befund eine intrauterine Schwangerschaft ausgeschlossen werden konnte, wurde der Cervicakanal auch höher hinauf auf seine Durchgängig-

keit untersucht, und es gelang ohne jede Mühe durch den innern Muttermund hindurch bis in den Fundus uteri vorzudringen und beide Tubenecken abzutasten; es liess sich auch constatiren, dass keine der Tubenmündungen erweitert war; Deciduafetzen waren nicht zu fühlen. Auch bei dieser combinirten Untersuchung fühlte sich der Tumor prall an. Die Länge des Uterus betrug $8\frac{1}{2}$ Centimeter.

Diagnose: Bei der Aufnahme der Anamnese und bei der ersten nur internen Untersuchung vor der Narkose, welche an der nicht entkleideten Patientin im Bett vorgenommen wurde, hatte sich sofort der Verdacht aufgedrängt, dass ein Retroflexio uteri gravidi vorhanden wäre, wie solche auch auswärts von dem behandelnden Arzte angenommen worden war. Der Eintritt der Urinverhaltung in der 16. Woche der Schwangerschaft mit nachfolgendem Harnträufeln, die Dislocation der Scheide weit nach vorn, die Dislocation der Portio vaginalis nach oben und vorn im Verein mit der von den Bauchdecken aus fühlbaren, etwa der Dauer der Gravidität entsprechenden Anschwellung, berechtigte entschieden zu dieser Vermuthung. Von Anfang an fiel allerdings auf, dass Patientin schon ehe die erste Harnverhaltung eintrat, acht Tage hindurch heftige Schmerzen gelitten hatte. Bei der weiteren Untersuchung war von dem Verhalten bei Retroflexio uteri gravidi abweichend die Stellung der äusseren Harnröhrenmündung. Zur Gewissheit, dass hier eine Retroflexio der schwangern Gebärmutter nicht vorliege, führte die Abtastung des wenig vergrösserten, mit der Portio zusammenhängenden und als solchen erkennbaren Uteruskörpers. Der Krankheitsverlauf andererseits sprach mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Schwangerschaft, welche sonach nur ausserhalb der Gebärmutter sitzen konnte. Es konnte sich handeln um Ovarialschwangerschaft, um Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus, um Tuben- oder um sogenannte interstitielle Schwanger-

schaft. Von diesen Möglichkeiten liess sich zunächst die interstitielle Schwangerschaft sofort ausschliessen, weil das Ligamentum rotundum vom rechten oberen Uteruswinkel aus über den Tumor verlief. Eben deshalb liess sich mit ziemlicher Sicherheit eine Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus ausschliessen; es sprach ausserdem gegen eine solche der Umstand, dass der Uterus vollständig normale Form hatte; gegen Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn sprach ferner die enge Verbindung des Fruchtsackes mit der rechten, seitlichen Beckenwand; dieselbe war eine so innige, dass man annehmen musste, der Tumor habe sich innerhalb des Parametriums entwickelt. Eine Ovarialschwangerschaft liess sich mit diesem Befund gleichfalls nicht vereinigen, ebensowenig allerdings auch eine gewöhnliche Tubenschwangerschaft; dagegen erklärte sich der Krankheitsverlauf und der Befund sehr gut durch die Annahme einer Tubenschwangerschaft, welche sich mit allmählicher Dehnung der unteren Wand in das rechte Parametrium hinein entwickelt hatte. Die Diagnose wurde deshalb mit grosser Wahrscheinlichkeit dahin gestellt. Die vorausgegangene Blutung und die Zugängigkeit des Uteruskörpers bei fehlender Deciduabildung sprachen dafür, dass der Foetus bereits abgestorben war. Vorläufig bestand keine unmittelbare Lebensgefahr für die Patientin; es wurde deshalb beschlossen, jedenfalls noch einige Zeit von einem operativen Eingriff abzusehen und den weiteren Verlauf der Erkrankung zu beobachten.

Verlauf: Am 14. October Abends ergab die Vaginalmessung, die etwa 1 Stunde nach der Untersuchung vorgenommen wurde, eine Temperatur von 37,8.

Am 15. October betrug die Temperatur (Vaginalmessung) 39,0, Puls 120.

Patientin hatte Nachts viel über Schmerzen im Leibe und im rechten Bein geklagt, wie sie dieselben auch sonst

immer gehabt habe. Eine Verschlimmerung der Beschwerden war nicht bemerkbar; der Leib war nicht aufgetrieben und auch jetzt nur wenig empfindlich. Auf die Frage, ob sie heute stärkeres Hitzegefühl habe, als sonst, antwortete die Patientin verneinend. Erbrechen trat nicht ein. Abends betrug die Temperatur (Vaginalmessung) 39,4, Puls 120. Status idem. In der Nacht wurde Patientin unruhig, warf sich im Bett umher und stand auf, ohne dass das Sensorium benommen war.

Am 16. October betrug die Temperatur (Vaginalmessung) 39,2, Puls 125; Abends 39,4; Puls 130; auch jetzt war der Zustand der Patientin derselbe wie früher; eine Verschlechterung des Befindens war nicht zu constatiren; der Leib war allerdings etwas aufgetrieben.

Am 17. October war Patientin Nachts wieder sehr unruhig gewesen, hatte zu wiederholten Malen das Bett verlassen und in dasselbe zurückgebracht werden müssen; Morgens 6 Uhr collabirte sie ziemlich schnell; die bis dahin zwar frequenten, aber gut fühlbaren Pulse wurden unfehlbar, verabreichte Analeptica waren ohne Erfolg; Morgens 8 Uhr trat der Tod ein.

Am 16. October erschien bei dem andauernden Fieber, bei dem Steigen der Pulsfrequenz und bei der zunehmenden, wenn auch noch geringen Anschwellung des Leibes ein für die Patientin günstiger Ausgang ohne operativen Eingriff unmöglich, die eingetretene Vereiterung des Fruchtsackes war in hohem Grade wahrscheinlich. Es war deshalb beschlossen worden, am folgenden Tage Morgens 7 Uhr eine Incision der Bauchdecke vorzunehmen, sich von dieser aus über den Befund weiter zu orientiren, um, falls die Diagnose hierdurch nicht widerlegt werden sollte, alsdann den Tumor von der Bauchhöhle aus zu entleeren oder die Bauchwand wieder zu schliessen und den Inhalt des Tumors, den man, vom Foetus abgesehen, für flüssig halten musste, durch eine

Incision von der Vagina aus zu entleeren, resp. den erweichten Foetus durch diese Incision zu extrahiren.

Als Patientin am anderen Morgen um 6 Uhr collabirte, war nicht mehr zu erwarten, dass dieser Eingriff von Erfolg sein würde.

Die am 17. October von Herrn Professor Dr. Koester ausgeführte Section ergab:

Anatomische Diagnose: Graviditas extrauterina; Tuberculosis tubaria et suprarenalis sinistra; Tuberculosis miliaris pulmonum.

Abgemagertes Individium; sehr blasses Colorit der Haut; Brüste schlaff; bei Druck entleert sich Colostrum. Bauch etwas aufgetrieben; Bauchhaut sehr schlaff, mit zahlreichen striae. Beim Anschneiden desselben entleert sich stinkendes Gas. In der Bauchhöhle eine grosse Quantität schmutziger, schwarzgrauer Flüssigkeit, doch ohne allen kothigen Geruch. Die Hauptmasse der Flüssigkeit ist in den oberen Partien. Der untere Theil der Bauchhöhle wird eingenommen durch einen Tumor von Kindskopfgrosse. Gedärme und Tumor von dem ebenfalls grau verfärbten Netz bedeckt. Dünndärme sehr eng. In der rechten fossa iliaca ist ein Strang des Netzes mit dem Tumor theils verklebt, theils verwachsen. Links über dem Tumor liegt der obere Theil des S. romanum, stark mit Koth gefüllt. Beim Anziehen desselben entleert sich aus einer stecknadelkopfgrossen Oeffnung des Tumors dunkelgraurothe Flüssigkeit. Der absteigende Theil des S. romanum ist ebenfalls mit dem Tumor verwachsen. Zwischen Tumor und Symphyse ragt die Spitze der fest contrahirten Blase hervor. Das Beckenperitoneum ist durch den Tumor hervorgehoben, woraus folgt, dass der Tumor subperitoneal sitzt.

Die Leber überragt nicht den Rippenraum; Zwerchfell beiderseits im 3. Intercostalraum. Ferner existirt zwischen Leber und Diaphragma eine Reihe von strangförmigen Ver-

wachsungen. In beiden Pleuraräumen nur etwas leicht getrübe Flüssigkeit und einige fibrinöse Fäden. Die Lungen gut retrahirt. Herzbeutel mit klarer Flüssigkeit gefällt. Herz gross. In den Vorhöfen Cruor und Speckhaut, besonders viel rechts. Speckhaut auch im linken Ventrikel.

Tricuspidal- und Pulmonalklappen normal. Endocardium auf den Papillarmuskeln und Trabekeln vielfach sehnig verdickt. Muskulatur blass, schlaff, mit einigen trüben Fleckchen durchsetzt. Mitralis contrahirt; der linke Ventrikel fast leer, an den Klappensegeln nur geringe Verdickungen. Auch links ist das Endocard über den Papillarmuskeln und Trabekeln verdickt, einzelne Sehnenfäden verwachsen. Aortenklappen normal. Muskulatur blass, leicht diffus trübe; keine Heerderkrankungen.

Linke Lunge leicht, gross, lufthaltig; Schnittfläche sehr anämisch; lufthaltig und durchsetzt von einer geringen Zahl miliärer Knötchen. Im Unterlappen kaum stecknadelkopfgross, im Oberlappen bis linsengross und theilweise verkäst. Die bronchialen Lymphdrüsen klein, schwarz pigmentirt, ohne allen Käse. Rechte Lunge von derselben Beschaffenheit. Auf der Oberfläche einzelne miliäre Knötchen, sonst spiegelnde Schnittfläche, hochgradige Anämie; Zahl der Knötchen wie links.

Milz 19:11:4 cm; weich, Kapsel grauschwärzlich, Schnittfläche grauroth, Follikel verwaschen, Pulpa fest, die Trabekel nicht zu erkennen.

Linke Nebenniere fest mit der Niere verwachsen, nur etwas vergrössert; zu einem vollständig gelben, käsigen Körper verwandelt.

Linke Niere sehr gross; beim Abziehen der Kapsel eröffnet sich eine Anzahl kleiner Abscesse, während andere an der Oberfläche hervorspringen. An der Verbindungsstelle der Nebenniere mit der Niere eröffnet sich eine Reihe von Abscessen, die auch bis in die Nebenniere eindringen und

diese erweichen. Auf der Schnittfläche der Niere ist die Substanz ebenso blass, wie die Oberfläche und mit gelblichen Fleckchen durchsetzt. Markkegel abgeplattet; Nierenbecken sehr erweitert; Schleimhaut derselben glatt. Miliare Knötchen hier nicht zu erkennen.

Rechte Nebenniere sehr klein; dünn, fast atrophisch.

Die rechte Niere ist sehr gross, anämisch; auf der Oberfläche zahlreiche Abscesse, ebenso auf der Schnittfläche; sonst wie links; Nierenbecken erweitert.

Die hintere Symphysenfläche springt kegelförmig vor. Im S. romanum und vorn im Rectum ist kothiger, gelber Brei; Schleimhaut etwas grau verfärbt. Am Uebergang ins Rectum zwei haselnussgrosse Stellen der Schleimhaut scharf demarkirt und schmutzig graugelb verfärbt.

In der Harnblase einige Tropfen trüben Urins; Schleimhaut blass.

Vagina weit, in derselben fast kein Inhalt. Orificium externum nach links verschoben; in demselben Schleim, durch den sich dünne trübe Streifen hindurchziehen. Der Uterus streckt sich mit langem Hals nach oben und links, birnen-gross, derb. Im unteren Abschnitt graurothe Flüssigkeit und Blutcoagula. Uteruswandung dick, derb; in der Mitte des Körpers 24 mm. Nach hinten an den Uterus legt sich der obige Tumor an, links vom Uterus eine fluctuirende Höhle mit klarer, gelber Flüssigkeit. Die Höhle ist mit einer serösen Membran ausgekleidet. Die Hauptmasse des grossen Tumors ist zum Theil fluctuirend. Zwischen Uterus und Rectum eröffnet sich zunächst eine Höhle mit graurother Flüssigkeit gefüllt. Diese Höhle bildet eigentlich einen Kapselraum um einen Tumor, der auf dem Durchschnitt in der Mitte aus gelbröthlicher, speckiger Masse besteht, aussehend wie geronnenes Fibrin. Diese Masse schickt Züge nach der Peripherie des Tumors, zwischen denen Blutcoagula liegen, die sich jedoch nicht scharf gegen die

speckigen Massen abgrenzen. In der nach unten liegenden Basis der Geschwulst ist wieder eine Höhle, die mit einer knolligen, köckigen, auf der Innenfläche aber glatten Wandung versehen und von einer sehr dünnen, leicht zerreisslichen Membran, in der vorerst Vaskularisation nicht zu erkennen, überzogen ist. Die in die Höhle vorspringenden Höcker bestehen fast nur aus Blutcoagulis, von der genannten Membran überzogen. Nach Entfernung einiger Coagula aus dieser Höhle kommt dann in der Tiefe des Tumors, entsprechend einer Stelle die hinter dem hinteren Scheidengewölbe liegt, ein röthlicher, macerirter Embryo mit einer stark torquirten Nabelschnur hervor. Die Länge des Embryo beträgt 14 cm. Derselbe ist ganz platt gedrückt und weich. Die Länge der Nabelschnur ist 12 cm.

Die Adnexa des Uterus rechterseits werden quer durchschnitten. Hier ist die Tuba zu erkennen als eine aus mehreren Knollen bestehende käsige Masse. Diese käsige entartete Tube erstreckt sich einige Centimeter lang in der Wand des Tumors weiter. Weiter nach oben kommt wieder ein Kanal zum Vorschein, der sich aber nicht mit vollständiger Sicherheit bis in den Kapselraum des Tumors verfolgen lässt.

Linkerseits sind einzelne Strecken von der Tuba aus zu verfolgen. Man findet von der Tuba einen dicken Strang, der in eine gelbliche Masse verwandelt ist. Er umgreift die linke Seite des Tumors bis nach hinten.

Auf der rechten Seite des Tumors geht ein weisslicher Strang zum Coecum, der sich bei der Präparation als Processus vermiformis ergibt. In demselben etwas graugelblicher Brei. Die Spitze desselben ist platt mit der Wandung des Tumors verwachsen. An dem Processus vermiformis und zwischen den Verwachsungen des Netzes mit demselben sitzt ein kirschkerngrosser Körper, der auf dem Querschnitt in der Mitte von einer gelbgrauen, an der Peripherie von hellgelblicher Masse gebildet ist.

Rechts neben dem Uterus, unterhalb des Tumors in schwieligen Bindegewebsmassen liegt fest angewachsen das rechte Ovarium. Nach rechts aussen in ihm liegt eine kirschkerngrosse Cyste mit gelblicher Flüssigkeit und glatter Membran. Ein Corpus luteum ist nicht zu finden.

Im Magen etwas dunkelbraune Flüssigkeit.

Im Duodenum galliger Inhalt.

Leber gross, Schnittfläche trüb, theilweise fettig.

Peritoneum nicht injicirt, wenig getrübt; an einzelnen Stellen ältere, schwärzliche Zotten.

Dieser Sectionsbefund bestätigte also die in vita gestellte Diagnose, ergab aber weiter einen ganz unerwarteten Aufschluss über die Aetiologie der vorhandenen Tubenschwangerschaft. Bekanntlich entsteht die Graviditas tubaria dadurch, dass das befruchtete Ei ausnahmsweise nicht in den Uterus gelangt, sondern in der Tube aufgehalten wird und sich hier weiter entwickelt. Hierbei übernimmt die Tubenschleimhaut annähernd die Funktionen der Uterusschleimhaut, sie wird hypertrophisch und bildet die Decidua; das Ei bildet sich in der gewöhnlichen Weise weiter. Das Hinderniss für die Weiterwanderung des befruchteten Eies liegt in den meisten Fällen in einer durch pathologische Vorgänge hervorgerufenen Veränderung der Tuben. Seltener sind congenitale Missbildungen der Eileiter Ursache der Tubenschwangerschaft. Der Tubenkanal kann durch Adhäsionen, welche durch peri- oder endometritische Prozesse entstanden sind, an irgend einer Stelle verschlossen sein; durch die Folgen vorhergegangener Peritonitiden kann derselbe geknickt oder verengt und dadurch unwegsam geworden sein; die Tubenschleimhaut kann sich durch Neubildungen oder durch Katarrh verdicken, anschwellen und durch diese Entartung den Canal verengen; es kann endlich die Funktion des Flimmerepithels gestört sein oder gänzlich fehlen

und hierin das Hinderniss für die Weiterwanderung des befruchteten Eies liegen. Da Mehrgebärende den oben genannten Schädlichkeiten mehr ausgesetzt sind, als Erstgebärende, findet man die Tubenschwangerschaft viel häufiger bei jenen, als bei diesen.

Trotz dieser krankhaften Veränderung der Tuben kann die Befruchtung des Eies in der normalen Weise vor sich gehen. Das Sperma kann bei Verengerung des Eileiters den Canal noch passiren, zum Ei gelangen und dasselbe befruchten, während das Volumen des befruchteten Eies zu gross ist, um durch die verengte Stelle hindurch dringen zu können. Bei vollständigem Verschluss einer Tube kann das Sperma durch die andere Tube zur Bauchhöhle gelangen und entweder ein Ei des Ovariums derselben oder der entgegengesetzten Seite befruchten. Dieses Ei kann dann von der pathologisch veränderten Tube aufgenommen werden und dort zur Entwicklung gelangen. Diese Art der Befruchtung nennt man die äussere Ueberwanderung des Sperma, resp. des Eies. Endlich kann das befruchtete Ei durch die eine Tube in den Uterus und von dort aus in die entgegengesetzte Tube wandern, hier stecken bleiben und weiter wachsen.

In unserm Falle nun trifft wahrscheinlich als mechanisches Hinderniss für die Weiterwanderung des Eies ein bisher nicht beobachtetes Moment zu. Ich habe wenigstens in der mir zugänglichen einschlägigen Literatur keinen einzigen derartigen Fall veröffentlicht gefunden. Das Hinderniss für die Weiterwanderung des Eies bestand höchst wahrscheinlich in den durch die bei der Section festgestellte Tubentuberculose hervorgebrachten Veränderungen der Eileiter. Die Tuberculose der Eileiter bewirkt zunächst katarthalische Veränderungen der Schleimhaut; dann bilden sich kleine graugelbliche Knötchen in der Schleimhaut, welche sich im weiteren Verlauf der Krankheit zu tuber-

culösen Geschwüren entwickeln, bis endlich im späteren Stadium sich die ganze Tubenschleimhaut in eine käsige eitrigte Masse verwandelt. Bei¹⁾ soweit vorgeschrittener Erkrankung degeneriren die Tuben häufig zu stark geschlängelten, hier und da Einschnürungen zeigenden käsigen dicken Strängen. Es bringt also die Tuberculose in den Tuben ganz ähnliche und in ihren Wirkungen ganz gleiche Veränderungen hervor, wie sie gewöhnlich als die Ursachen der Tubenschwangerschaft geschildert werden, im Anfangsstadium Schwellung und Verdickung der Schleimhaut, sodann Einknickungen der Tuben, zuletzt vollständigen Verschluss des Kanals, hier durch die käsige tuberculöse Masse.

Da sich nun bei der Section ergab, dass in unserem Falle die Tube vollständig käsig-tuberculös entartet war, darf man wohl annehmen, dass hier diese durch die Tuberculose hervorgebrachten Veränderungen der Tube das Hinderniss für die Weiterbeförderung des befruchteten Eies bildeten. Man könnte dagegen einwenden, dass die Tuberculose erst während der Gravidität entstanden sei, wie dies ja häufiger beobachtet ist; wenn man aber bedenkt, dass die Tuberculose bereits in ihrer höchsten Entwicklung sich befand, dass die Tube schon vollständig käsig entartet war, während die Schwangerschaft erst im vierten Monat war, und wenn man andererseits bedenkt, dass ein anderer Grund für die Tubenschwangerschaft wenigstens nicht auffindbar war, so erscheint die Annahme, dass in der That die durch die Tuberculose hervorgebrachten Veränderungen der Tube die Weiterwanderung des Eies aufgehalten haben, doch die ungezogenste.

Weiter ist dieser Fall in diagnostischer Hinsicht bemerkenswerth, zunächst in sofern nicht nur die Anamnese

1) Handbuch der Frauenkrankheiten von Prof. Dr. Billroth. II. Bd. pag. 39.

sondern auch der Befund bei der ersten Untersuchung die Diagnose „Retroflexio uteri gravidi“ sehr nahe legten.

In der That ist auch die Differentialdiagnose zwischen Extrauterinschwangerschaft und Retroflexio uteri gravidi nicht immer richtig gestellt worden. J. Veit¹⁾ und Bandl²⁾ geben an, dass die Verwechslung beider Diagnosen häufig vorgekommen sei und warnen dringend vor den verhängnissvollen Folgen, welche die auf Grund der falsch gestellten Diagnose gemachten Repositionsversuche für den Verlauf der Extrauterinschwangerschaft haben; bestimmte Literaturangaben finden sich jedoch bei ihnen nicht. Auch ich selbst habe in der ganzen mir zugänglichen Literatur nur drei Fälle finden können, in denen diese Verwechslung der Extrauterinschwangerschaft mit Retroflexio uteri gravidi ausführlich beschrieben ist. Sie sind von Hecker, Barbour und Vuillet veröffentlicht. Es liegt auf der Hand, wesshalb so wenig Fälle publicirt worden sind.

Den ersten Fall veröffentlicht Hecker³⁾ in seinen „Beiträgen zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle.“

Patientin, eine Frau von 28 Jahren, war kräftig und gut gebaut; sie hatte vor drei Jahren leicht geboren; das Wochenbett war normal. Nach dieser Zeit war die Menstruation stets regelmässig gewesen, vor Kurzem jedoch ausgeblieben, welcher Umstand in Zusammenhang mit dem Auftreten ähnlicher, aber heftigerer Erscheinungen wie in der ersten Schwangerschaft den Verdacht einer abermals stattgehabten Conception erregten. Während der nächsten

1) Dr. J. Veit, Die Eileiterschwangerschaft, 1884, pag. 37 und 67.

2) Prof. Billroth, Handbuch der Frauenkrankh. II. B. pag. 56.

3) Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten XIII. Bd. 1859 pag. 84.

3 Monate will Patientin sich auch ganz wohl gefühlt haben, nur will sie oft von einem Ohnmachtsgefühl befallen worden sein. In den letzten Tagen, bevor ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde, empfand Patientin vielfache Harnbeschwerden, konnte den Urin nicht lassen und durch eine wiederholte Katheterisation wurde die Harnblase nicht entleert. Der hinzugerufene Arzt fand die Frau auf dem Rücken liegend und über die heftigsten Schmerzen in der Blasengegend klagend. Die innere Untersuchung ergab, dass die Portio vaginalis ganz an die Schambeinfuge ange-drückt und der Douglas'sche Raum durch eine pralle, elastische, dem Uterus im dritten Monat der Schwangerschaft an Grösse gleich kommende Geschwulst ausgefüllt war, welche auch für die retroflectirte Gebärmutter gehalten wurde. Man versuchte nun in der Seitenlage durch allmähliches Schieben mit zwei Fingern die Reposition; dieselbe schien auch insofern Erfolg zu haben, als grosse Massen Urin aus der Harnblase hervorstürzten; nach 10 Minuten jedoch trat bei der Frau, welche in keiner Weise bei dem Repositions-versuch über Schmerzen geklagt hatte, ein bedrohlicher Collaps ein, welcher nach einer halben Stunde den Tod zur Folge hatte.

Bei der schnell und unter unbequemen Umständen ausgeführten Section fand man in der Abdominalhöhle einen Bluterguss von 4—5 Pfund; der Uterus war ungeschwängert, vergrössert und mit einer deutlichen Decidua ausgekleidet; hinter dem Uterus war eine Cyste von der Grösse eines Kopfes von einem zweijährigen Kinde. Die Wand derselben war dünn; sie hatte grosse Aehnlichkeit mit einem hydro-pischen Ovarium; an einer Stelle war sie weit eingerissen und ihr Inhalt bestand aus einem sehr wohl erhaltenen und normal gebildeten Foetus männlichen Geschlechtes; seine Grösse entsprach ungefähr einer Schwangerschaftsdauer von 18—20 Wochen. Von der betreffenden Tube war nichts zu

entdecken und die Diagnose hätte vollständig dahingestellt bleiben müssen, wenn nicht schliesslich am unteren Theil der Cyste ein Wulst aufgefallen wäre, der sehr leicht als Ovarium erkannt werden konnte; er hatte die Grösse und die Gestalt eines Ovariums, auch die gefurchte Oberfläche, und er enthielt deutliche Graaf'sche Follikel.

Es handelte sich bei Hecker's Fall mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine Ovarialschwangerschaft, die Diagnose ist allerdings nicht absolut sicher zu stellen, jedoch glaubte auch Schroeder¹⁾, dass dieser Fall wohl ohne Zweifel für eine Ovarialschwangerschaft zu halten sei; derselben Ansicht ist Spiegelberg²⁾.

In diesem Falle scheint durch den Repositionsversuch der Fruchtsack geplatzt zu sein, da ja die Frau sofort nachher plötzlich collabirte und eine halbe Stunde später starb. Auch spricht das Resultat der Section für diese Annahme.

Den zweiten Fall veröffentlichte Barbour³⁾ in einem am 19. Juli 1882 vor der Edinburger gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag.

A. B. 24 Jahre alt, IV para.

Vor 5 Monaten blieb die Periode zweimal aus. Vor 3 Monaten hatte Patientin zwei- oder dreimal im Monat unregelmässige, manchmal sehr starke Blutungen. Zu derselben Zeit litt sie zuweilen an Schmerzen im Kreuz und im Abdomen; diese waren oft so stark, dass sie nichts thun konnte; zu Bett hat Patientin jedoch nicht gelegen. In den letzten 6 Wochen bekam sie Stuhlbeschwerden und seit drei Wochen musste Patientin wegen Harnverhaltung katheteri-

1) Prof. Dr. Schroeder, Geburtshülfe, 1884, pag. 427.

2) Prof. Dr. Spiegelberg, Archiv für Gynäkologie VIII. Bd. pag. 74.

3) Edinbourg medic. Journ. Sept. 1882 I. Part. The Diagnosis of advanced Extra-Uterine Gestation after the Death of the Foetus.

sirt werden. Bei der ersten Untersuchung war Patientin in sehr schlechtem Zustande. Der Puls war weich; sie hatte heftige Schmerzen. Bei der Palpation fand sich eine cystenartige Geschwulst, die von der Symphyse bis zum Epigastrium reichte. Vermittelst des Katheters wurden 100 Unzen Urin entleert; die Geschwulst war die ausgedehnte Blase. Jetzt fühlte man einen Tumor im Becken, der sich ungefähr 3 Zoll über die Symphyse erhob. Die Vagina war gegen die Symphyse angedrängt und nach aufwärts gezogen; das Scheidengewölbe war nicht zu erreichen. Bei der Rectaluntersuchung fühlte man einen Tumor, der das Rectum drückte. Bei bimanueller Untersuchung ergab sich, dass dieser Tumor mit dem vorher gefühlten in Verbindung stand. Patientin wurde zum Spital gebracht.

Eine genaue in der Chloroformnarkose vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes. Der Tumor war von halbelastischer Gestalt und lag im Becken. Der Cervix konnte von der Vagina aus nicht erreicht werden, nur glaubte man die hintere Lippe der Portio vaginalis zu fühlen. Die Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut sprach für Schwangerschaft. Trotz der sorgfältigsten Palpation konnte man den Uterus nicht von dem Tumor trennen. Ballotement war nicht vorhanden; die Auskultation ergab weder Uteringerausuch noch foetale Herztöne; die Mammæ waren pigmentirt und entleerten auf Compression Colostrum.

Die Diagnose schwankte noch zwischen Retroflexio uteri gravidi, Extrauterinschwangerschaft und Haematocele im Douglas'schen Raum als Folge einer Ruptur bei Tubenschwangerschaft. Da aber die Symptome derart sich gestalteten, dass ein sofortiger Eingriff nöthig war, wurde der Versuch gemacht, den Tumor aus dem Becken hinaufzudrängen. Es wurde vom Rectum aus mit 2 Fingern versucht, die Reposition auszuführen, was jedoch misslang. Nunmehr stach Professor Simpson den Tumor mit einer

Aspirationsnadel von der Scheide aus an und er erhielt einige Unzen klaren Blutes. Hierauf wurde zur Blutstillung die Vagina tamponirt. Die Sonde wurde zur Diagnose nicht gebraucht, weil die Retroflexio uteri gravidi trotz des misslungenen Repositionsversuches nicht ausgeschlossen werden konnte.

Hierauf erholte sich Patientin für einen Tag; am dritten Tage jedoch nahm der Schmerz zu, die Temperatur stieg und der Tumor wurde nach links hin grösser. Die Patientin war in einer zu schwachen Verfassung, um einen beabsichtigten Bauchschnitt auszuhalten. Am sechsten Tage starb Patientin.

Die Section ergab eine durch Ruptur des Fruchtsackes entstandene Haematocele retrouterina. Im Fruchtsack befand sich der abgestorbene Foetus von einer Grösse, die einer Schwangerschaftsdauer von 4 Monaten entsprach.

Barbour vermuthet selbst, dass die Ruptur des Sackes mit Bildung der Haematocele die Folge der Probepunction war, es ist jedoch auch denkbar, dass der Fruchtsack in Folge der Repositionsversuche geplatzt ist. Obgleich also die Diagnose nicht bestimmt auf Retroflexio uteri gravidi gestellt wurde, so war doch die Behandlung eine solche, wie sie bei der Annahme einer derartigen Retroflexio statthaft war. Man kann deshalb diesen Fall mit unter die Reihe der vorgekommenen Verwechslungen zählen.

Vuillet's¹⁾ Fall ist folgender:

Frau M., 30 Jahre alt, hatte die erste Menstruation mit 13 Jahren. Von Anfang an war die Periode stets schwach und unregelmässig gewesen. Im Jahre 1874, in ihrem 21. Lebensjahre, wurde Frau M. zum ersten Male schwanger. Der Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes war normal und es war kein Grund vorhan-

1) Crede's Arch. für Gynäkologie. XXII. Bd.

den, den Ursprung der nachfolgenden Erkrankung einer Puerperalkrankheit zuzuschreiben. Ihr Kind hat sie selbst nicht gestillt. Seit dieser Geburt wurde ihr Befinden immer schlechter und es traten dysmenorrhische Schmerzen ein. Während und zuweilen auch ausser der Periode war sie gezwungen, wegen Kreuz- und Abdominalschmerzen das Bett zu hüten. Ihr Mann behauptet, dass seit ihrer Entbindung keine einzige Woche ohne Unterleibsbeschwerden verflossen sei; dabei litt sie an beständiger Verstopfung, Stuhlgang und Cohabitation verursachten ihr heftige Koliken. Alle anamnestischen Angaben berechtigten zu der Annahme, dass Patientin von chronischen Entzündungen im Becken mit acuten Exacerbationen vielleicht schon vor, sicher aber nach der ersten Geburt befallen wurde. Während neun Jahren trat, trotz regelmässiger und vollständiger Cohabitation keine Schwangerschaft ein.

Am 11. Dezember 1882 kam zum letzten Male die Periode in normaler Weise. Im Januar und Februar 1883 zeigten sich nur geringe Blutspuren. Ende Februar wurden die Schmerzen immer quälender; Erbrechen und alle gewöhnlichen Zeichen der Gravidität wurden empfunden; Patientin war selbst fest überzeugt, in Hoffnung zu sein. Im Mai ging sie in ein Privatspital, wo sie vier Wochen lang behandelt wurde; obwohl häufigere Untersuchungen angestellt wurden, wurde Schwangerschaft nicht diagnosticirt. Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause, Ende Juni, fühlte sie deutliche Kindsbewegungen. Im Monat Juli litt sie sehr an ihren gewöhnlichen Leibschmerzen; das Abdomen zeigte eine regelmässige Volumenzunahme. Drei verschiedene Aerzte und eine Hebamme wurden gerufen, aber auch für sie alle blieb die Schwangerschaft zweifelhaft. Am 28. August glaubte Patientin am Ende der Schwangerschaft zu sein; es traten wehenartige Schmerzen ein und sie liess sich in die Gebäranstalt aufnehmen.

Status praesens: Grosse Frau von kachektischem Aussehen; Puls etwas klein und beschleunigt; Temperatur gegen Abend nur wenig über normal. Die Brüste waren weich, die Drüse nicht vergrössert, der Warzenhof nicht pigmentirt. Colostrum liess sich durch Druck nicht erhalten. Die Linea alba war nicht gefärbt, Kindstheile waren nicht zu fühlen; es war Uteringeräusch, jedoch kein fötaler Herzschlag zu hören. Bei der Palpation fand sich ein harter, glatter Tumor, dessen oberer Rand bis zum Nabel reichte; durch die Vagina fühlte man das sich mehr nach rechts als nach links ausdehnende hintere und seitliche Scheidengewölbe durch den erwähnten Tumor stark nach unten gedrängt. Der Cervix war beträchtlich nach oben und vorn dislocirt; nur mit grosser Mühe konnte man ihn erreichen; die vordere Lippe der Portio vaginalis war deutlich zu fühlen, die hintere dagegen war vollständig verstrichen; der äussere Muttermund war für einen Finger durchgängig, doch war der innere Muttermund verschlossen. Zwischen Cervix und Tumor war eine regelmässige Vertiefung, aber keine eigentliche Lücke fühlbar.

Diese erste Untersuchung machte den Eindruck, dass hier eine Retroflexio uteri gravidi vorliege. Da keine drohenden Symptome vorhanden waren, wurde beschlossen abzuwarten, und es wurden absolute Ruhe und Narcotica verordnet; die Wehen liessen allmählich nach, und Tags darauf war Patientin verhältnissmässig ruhig und wohl. Nach fünf Tagen traten wieder Wehen ein, aber ohne den innern Muttermund zu erweitern. Gemäss der ersten Auffassung des Falles wurde die Unwirksamkeit der Wehen der Verlagerung des Muttermundes zugeschrieben, da derselbe, statt frei in die Vagina zu münden, fest gegen die Symphyse angedrückt war. Um diese Schwierigkeit zu überwinden, wurde der Versuch gemacht, den retroflectirten schwangern Uterus zu reponiren; es wurde versucht, das vermeintliche Corpus

nach oben zu drängen, jedoch ohne Erfolg. Während dieses Repositionsversuches hatte man einmal das Gefühl einer Crepitation innerhalb des Tumors. Erst durch die nunmehr eingeführte Sonde wurde festgestellt, dass die Uterushöhle vollständig leer war. Die Annahme einer Retroflexio uteri gravidi war nunmehr unhaltbar. Nachdem dann die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft gestellt war, und man sich von der Unmöglichkeit überzeugt hatte, den Tumor durch die Vaginal-Incision zu entfernen, wurde die Laparotomie gemacht und der Tumor herausgeholt; er war dunkelroth, von der Grösse eines Kindskopfes. Die Wand wurde incidirt, und ein 35 cm langes Kind extrahirt. Am folgenden Tage starb Patientin unter den Symptomen einer Peritonitis septica.

Sectionsbefund: Der Uterus war vergrössert, fast 10 cm lang; davon kamen 2,8 cm auf den Cervix. Die Wandung war 1 cm dick. Die Uterushöhle war nicht mit Schleimhaut ausgekleidet; sie hatte ein zerfetztes macerirtes Aussehen. Im Douglas'schen Raum, etwas nach rechts, lag eine etwa kindskopfgrosse Cyste, die nach vorn mit dem Ligamentum latum und dem untern Abschnitt des Uterus, nach hinten mit der Beckenserosa und dem Rectum verwachsen war. Diese Verwachsung liess sich mit den Fingern lösen; nach oben ist die Cyste durch einen querverlaufenden Schnitt eröffnet. In derselben und zwar nach unten und vorn zu findet sich die theilweise losgelöste Placenta. Von der rechten Tube ist nur der Anfangstheil in einer Länge von 1,5 cm erhalten; dahinter nach aussen ist sie durch den oben erwähnten Schnitt durchtrennt. Ihre Wand setzt sich direct in die Wandung des Fruchtsackes fort. Auch das Amnion ist theilweise noch gut erhalten. Das Tubenende verhält sich dem Fruchtsack gegenüber ganz so wie bei den Tubo-Ovarialcysten.

Einen von Bailly¹⁾ veröffentlichten Fall will ich hier noch kurz erwähnen, in welchem umgekehrt Retroflexio uteri gravidi mit Extrauterinschwangerschaft verwechselt wurde.

Endlich ist unser Fall in diagnostischer Beziehung wichtig, weil es bei ihm gelang, die Art der vorhandenen Extrauterinschwangerschaft mit ziemlicher Sicherheit schon bei Lebzeiten der Patientin zu ermitteln. In den meisten Fällen bietet dies sehr grosse Schwierigkeiten.

Ist es doch oft selbst bei der Section unmöglich, den Sitz der Frucht genau zu bestimmen. Nach Schroeder²⁾ bietet der Verlauf der Schwangerschaft die besten Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose. Erfolgt die Ruptur des Fruchtsackes in den ersten vier Monaten, so sass das Ei wahrscheinlich in der Tube, nur ausnahmsweise im Ovarium; platzt um diese Zeit der Fruchtsack nicht, so ist mit Wahrscheinlichkeit Abdominal- oder Ovarialschwangerschaft anzunehmen.

Palpatorisch ist an der Lebenden nur der Verlauf des Ligamentum rotundum unter Umständen zu verwerthen, wie dies auch bei der Section geschieht. Bei der interstitiellen Schwangerschaft verläuft das Ligamentum rotundum nach aussen vom Fruchtsack; bei der Graviditas tubaria findet man dasselbe zwischen Fruchtsack und Uteruskörper. Schwieriger ist die Unterscheidung von der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn; in diesem Falle ist die Form des Uteruskörpers massgebend.

In unserm Falle gelang es, mit Sicherheit das rechte Ligamentum rotundum in seinem Verlauf zwischen Uterus und Fruchtsack abzutasten und so, wie dies oben erörtert wurde, die Diagnose auf Tubenschwangerschaft mit wesent-

1) Arch. etc. Tocologie 1874 p. 731.

2) Prof. Dr. Schroeder, Geburtshülfe p. 422.

licher Entwicklung des Fruchtsackes in das rechte Parametrium hinein mit grosser Wahrscheinlichkeit zu stellen.

Ueber die Art der Therapie bei Extrauterinschwangerschaft herrschen noch die verschiedensten Ansichten.

Betrachten wir unsern Fall zum Schluss noch in Rücksicht auf die therapeutischen Massnahmen, welche geplant waren, ehe Patientin plötzlich collabirte. Es gilt als Regel, dass man, wenn das Kind abgestorben ist, zunächst, falls nicht eine dringende Indication zum sofortigen Einschreiten vorhanden ist, noch einige Zeit von jedem operativen Eingriff absehen soll, um der Gefahr der Blutung aus den mütterlichen Placentargefässen aus dem Wege zu gehen und um bei der Operation die Placenta und die kindlichen Eihäute sofort mit entfernen zu können. Wie lange man noch nach dem Fruchttode abwarten soll, wird verschieden angegeben, jedenfalls ist man vor Blutungen aus den Placentargefässen vor Ablauf mehrerer Wochen nicht gesichert; sah doch Schroeder¹⁾ noch 9 Wochen nach dem Tode der Frucht eine starke Blutung aus der Placentarstelle. Man wird also gut thun, womöglich vor Ablauf von 9 Wochen jeden operativen Eingriff zu vermeiden.

In unserm Falle konnte man, als man sich zur Operation entschloss, annehmen, dass der Foetus schon seit etwa 4 Wochen abgestorben sei. Das vorhandene Fieber, besonders aber der immer mehr zunehmende Verfall der Patientin machten jedoch einen möglichst baldigen Eingriff nothwendig. Wie bereits oben erwähnt wurde, war beabsichtigt, die Laparotomie auszuführen, und falls alsdann nach Eröffnung der Bauchdecken die Verhältnisse für die Entfernung des Fruchtsackes von der Scheide aus günstig erschienen wären, in dieser Weise vorzugehen, also die Elytrotomie auszuführen; andernfalls sollte von der Bauchhöhle aus weiter operirt werden.

1) Prof. Dr. Schroeder, Geburtshülfe p. 426.

Die bei der Section constatirten Verhältnisse des Fruchtsackes, speziell der Umwandlung desselben in eine sehr dickwandige Blutmole wären der Ausführung der Elytrotomie im höchsten Grade ungünstig gewesen; es würde wohl kaum möglich gewesen sein, ohne die obere Decke des Fruchthalters zu verletzen, die Mole von der Vagina aus zu entfernen. Eine solche Verletzung der oberen Decke würde die Vortheile, welche die Elytrotomie mit sich führen soll, nämlich die Vermeidung jeder Communication zwischen Bauchhöhle und Fruchtsack, sofort aufgehoben haben. Die eingetretene Ruptur des Fruchtsackes, von welcher es dahin gestellt bleiben mag, ob sie durch die Untersuchung oder unabhängig von dieser an der starkverdünnten Wandung entstand, liess den Operationsplan nicht zur Ausführung gelangen.

Am Schluss dieser Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, dem Herrn Privatdocenten Dr. Krukenberg für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Edmund Heinrich Oidtmann, katholischer Confession, als Sohn des praktischen Arztes und Fabrikbesitzers Dr. med. Heinrich Oidtmann und der Mathilde geb. Matzerath zu Linnich am 19. November 1861. Meine liebe Mutter wurde mir vor zwei Jahren durch den Tod entrissen.

Den ersten Unterricht genoss ich in der städtischen Elementarschule zu Linnich; von Herbst 1871 bis Herbst 1873 besuchte ich die städtische Bürgerschule ebenda. Im Herbst 1873 trat ich in das Gymnasium zu Würzburg ein, von welcher Anstalt ich im Sommer 1879 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen wurde. Im Herbst 1879 bezog ich die Universität Würzburg, um Naturwissenschaften zu studiren. Von October 1879 bis October 1880 genügte ich in Würzburg meiner einjährigen Dienstpflicht mit der Waffe bei der reitenden Abtheilung des K. B. 2. Feld-Artillerie-Regiments. Im Herbst 1880 trat ich zum Studium der Medicin über und bezog die Universität Bonn; hier bestand ich das Tentamen physicum und das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer waren folgende Herren Professoren und Docenten:

in Würzburg: Semper, Wislicenus.

in Bonn: Binz, Clausius, Doutrelepont, Finkler, A. Kukulé, Koester, Krukenberg, v. Leydig, Nussbaum, Pflüger, Prior, Ribbert, Rühle, Saemisch, Schaaffhausen, Stras-

burger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George,
Veit, Walb, Witzel, Wolffberg, Zuntz.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen herzlichsten
Dank.

Zu besonderem Danke fühle ich mich verpflichtet Herrn
Geh. Obermedicinalrath Prof. Dr. Veit, durch dessen Güte
ich im Wintersemester 1884/85 die Practicantenstelle in der
gynäkologischen Klinik bekleidete.

10205

10205