



# Ein glücklich geheilter Fall von Extrauterinschwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

**Gustav Löber**  
aus Weissenfels.



Jena 1886.

Druck von G. Neuenhahn.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät zu Jena auf Antrag  
des Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze.  
Jena, im September 1886.

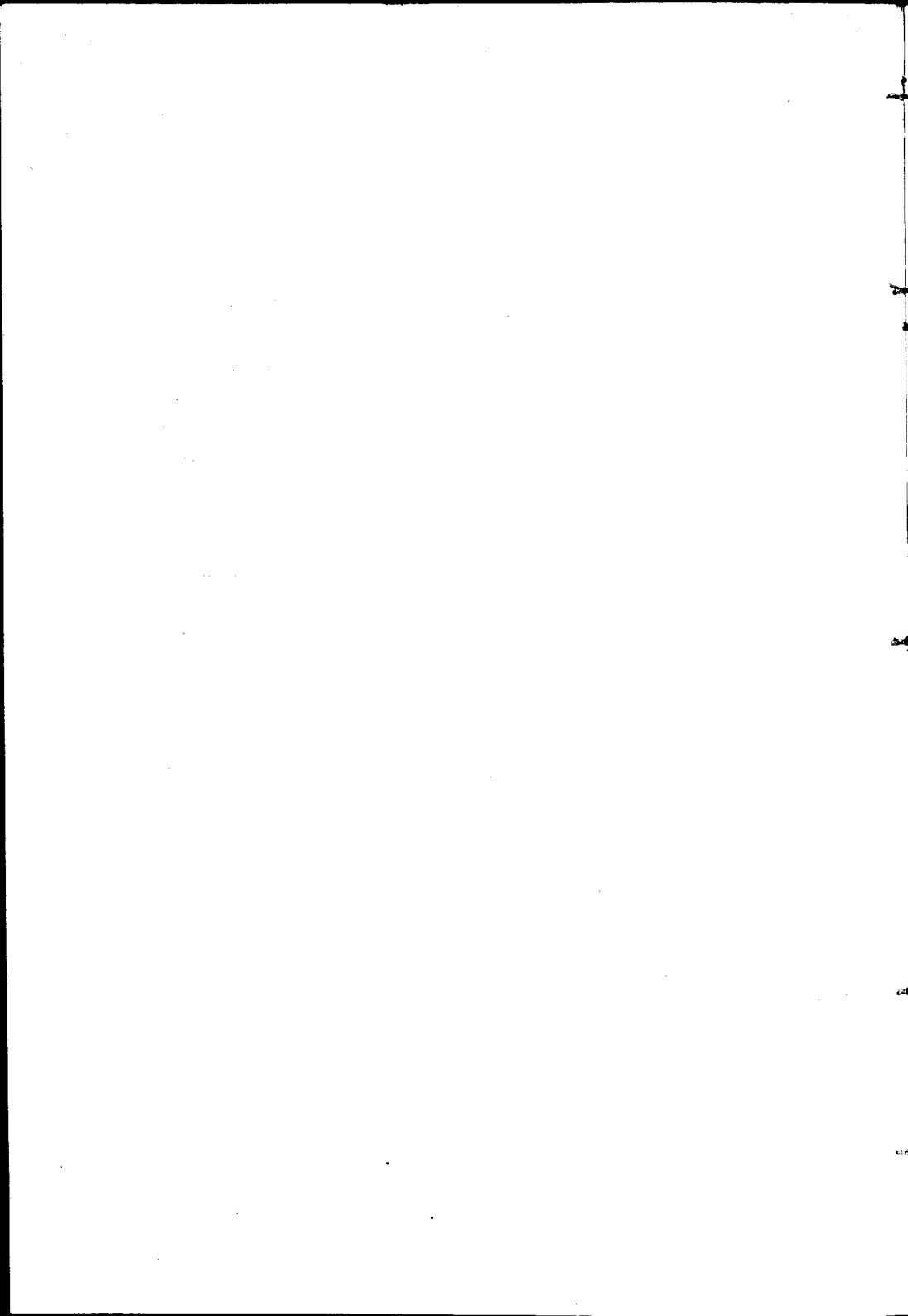
**Dr. Kuhnt,**  
d. Z. Dekan der med. Fakultät.

Wenn ich im Folgenden die Absicht habe, die bereits vorhandene reiche Literatur der Extrauterin-schwangerschaft um einen neuen Beitrag zu vermehren, so geschieht dies unter andern namentlich aus dem Grunde, weil jeder eingehender behandelte Fall einige Facta bringt, die von Belang sein können für die Bereicherung des statistischen Materials auf einem Gebiete, dessen bessere Kenntniss durch die unermüdlichen Forschungen der neueren Zeit zwar wesentlich gefördert worden ist, das aber weiteren Ausbaues immer noch dringend genug bedarf.

Die an den Fall selbst anknüpfenden epicritischen Betrachtungen sollen dazu dienen, dunkle Punkte im Verlaufe desselben richtig zu deuten und mit den durch frühere und neueste Forschungen bereits feststehenden Thatsachen in Einklang zu bringen.

Indem ich nun hiermit wage, diese Zeilen einer hohen medicin. Facultät behufs Erlangung der Doctorwürde zu unterbreiten, sage ich zugleich an dieser Stelle meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze sowie Herrn Prof. Dr. O. Küstner für gütige Ueberlassung des Falles und für freundliche Unterstützung mit einschlägiger Literatur herzlichen Dank.

Jena, im September 1886.



## Ein glücklich geheilter Fall von Extrauterin- schwangerschaft.

---

Frau S. aus Zeulenroda, 38 Jahre alt, giebt an, als Kind stets gesund gewesen zu sein. Menstruirt ist sie seit dem 16. Jahre. Und zwar traten die Menses zuerst unregelmässig, achttägig, oft unter Leibschmerzen und Abgang von Blutklumpen auf, später regelmässig vierwöchentlich, 4—5tägig. Patientin hat zweimal, vor 18 und 7 Jahren gesunde Kinder geboren. Die Menses sind, wie sie ausdrücklich angiebt, ausser bei diesen beiden Schwangerschaften nie ausgeblieben.

Im September 1882 wurde Frau S. unterleibskrank, musste sich zu Bett legen und einen Arzt zu Rathe ziehen. Derselbe hatte sie 3 Monate lang in Behandlung. Da sich indess während dieser Zeit ihr Zustand nicht besserte, im Gegentheil die Anfälle immer heftiger auftraten, consultirte sie im November 82 einen zweiten Arzt, von dem durch nachträglich eingezogene Erkundigung folgendes in Erfahrung gebracht wurde.

Derselbe fand, als er zum ersten Mal gerufen wurde, die Patientin in einem äusserst schweren Anfalle von Peritonitis darniederliegen und war wegen der Heftigkeit

der Krankheitserscheinungen eine genauere Untersuchung von vorn herein ausgeschlossen. Die aufgenommene Anamnese liess durchaus keine Ursache für die bestehende Peritonitis durchblicken, namentlich leitete sie in keiner Weise darauf hin, dass etwa, wie vermuthet wurde, Extrauteringravidität zu Grunde liege.

Die Kranke wurde nun der dringendsten Indication entsprechend mit Eis und Opium behandelt, wodurch die schweren Erscheinungen unter Hinterlassung eines geringen Exsudates zurückgingen.

Nach einiger Zeit erfolgte eine neue Attaque, die wieder beseitigt wurde; weiterhin traten noch einige auf, die dasselbe Schicksal hatten als die ersten. Schliesslich endigten die Anfälle unter Hinterlassung eines bedeutenden Exsudates, das sehr hartnäckig blieb. Die Kranke aber erholte sich einigermaßen und konnte endlich wieder leichte häusliche Arbeit verrichten.

Nach langer Zeit, während der sie der Arzt nicht gesehen hatte, erscheint plötzlich die Patientin selbst in seiner Wohnung und überbringt 2 Rippen eines Fötus, die sie nach ihren Angaben mit dem Stuhle entleert hatte. Da sie nun über fortwährend bestehende heftige Schmerzen im After klagt, wird sofort Untersuchung vorgenommen, wobei sich gleichzeitig manuell wieder 2 Rippen entfernen lassen.

Durch dieses Ergebniss konnte nun kein Zweifel mehr sein, dass bei der Patientin eine Extrauterinschwangerschaft vorliege.

Die Frau muss von jetzt ab ihre Stuhlentleerungen genauer beobachten und werden in der folgenden Zeit

unter übelriechenden Massen noch 8 andere Rippen, Wirbelknochen, Schlüsselbeine, 1 Schulterblatt, Brustbein, Extremitätenknochen, 1 Kopfknochen theils spontan entleert, theils operativ entfernt, bis sich, nachdem wieder geraume Zeit vergangen, schliesslich ein grösserer Schädelknochen im unteren Rectum ca. 2 cm. oberhalb des Sphincter externus eingeklemmt hatte. Es wurde versucht, instrumentell denselben zu entfernen, was indess nicht gelang. Beim darauf folgenden Versuch, ihn zu verkleinern und stückweise zu extrahiren, glitt er in eine seitwärts vom oberen Rectum gelegene Höhle zurück.

Bei derartigen Schwierigkeiten, die sich voraussichtlich der Entfernung auch der übrigen Schädelknochen entgegenstellten, wurde der Patientin im Anfang Juli 1884 der Rath gegeben, sich behufs Weiterbehandlung in die gynäkologische Klinik zu Jena aufnehmen zu lassen, ein Rath, der auch am 12. Juli befolgt wurde.

Status praesens bei der Aufnahme. Patientin ist von Statur unter dem Mittel. Ihr Aussehen ist anämisch, in der Ernährung ist sie durch die lange Krankheit ziemlich herabgekommen. Körpergewicht beträgt 94 Pfund. Temperatur 37.6 Patientin klagt über heftige anhaltende Schmerzen im Unterleib, Appetit ist äusserst gering, Urinlassen ohne Beschwerden; es besteht seit 8 Tagen Stuhlverstopfung, die auch auf Klystiere nicht zu heben war.

Bei äusserer Untersuchung fühlt man in der rechten Beckenhälfte einen Tumor mit unregelmässiger Oberfläche; Stellung des Corpus uteri ist zunächst noch nicht genau abzutasten.

Innere Untersuchung ergibt, dass die Scheide weit, ihre Schleimhaut normal ist. Muttermund zeigt sich quer gespalten und klaffend, rechts ein Cervixriss. Richtung der Portio nach dem Beckenausgang zu, also weiter vorn als normal. Im hinteren Scheidengewölbe und rechts fühlt man unregelmässige Resistenzen, die bei Druck schmerzhaft sind, im Rectum oberhalb des Isthmus zwei platte nicht zu bewegende Knochen mit scharfen und gezackten Rändern.

Verlauf:

14./VII. Patientin hat nach wiederholten Klystieren 4 Stuhlentleerungen gehabt von sehr geringer Menge. Der Stuhl besteht theils aus kleinen weichen Fäkalstücken von normaler Beschaffenheit, theils aus schleimig-eitrigen geballten Massen. Knochenstücke sind bis jetzt nicht vorhanden gewesen.

19./VII. Nachdem gestern mit dem Stuhl ein Keilbeinflügel entleert worden, ist heute vom Rectum aus wieder ein Knochen mit scharfen und stumpfen Ecken fühlbar aber nicht beweglich.

Am 23./VII. hat sich indess derselbe, nachdem einige Tage lang kein Stuhl vorhanden gewesen, wohl aber wiederholt Schleim und Eiter abgegangen ist, gelockert und geht nun unter grossen Schmerzen mit vielen Fäkalmassen ab.

Danach treten plötzlich peritonische Reizungen auf, die Temperatur steigt von 37,0 auf 37,8; nach Ordination von Eisblase und Tinct. Opii gehen dieselben wieder zurück.

Am 24./VII. wird Exploration vorgenommen und ergibt sich folgender Befund:

Das Rectum ist durch einen unregelmässigen Tumor, der namentlich die rechte Hälfte des kleinen Beckens ausfüllend in den Douglasischen Raum hinabreicht, stenosirt und mit dem Tumor an einer stark infiltrirten Stelle, die von einer Fistelöffnung durchbrochen ist, verwachsen. Durch diese Oeffnung, die zugleich an der engsten Stelle des Rectum gelegen ist, fühlt man mehrere scharfe Schädelknochen unbeweglich fest in der Höhle eingebettet liegen. Es wird sorgfältige Ausspülung mit Solutio Kalii hypermanganici vorgenommen und symptomatische Behandlung bis auf Weiteres angeordnet. Eine Indication aber, die derart unbeweglichen Knochen jetzt operativ zu entfernen, kann aus diesem Befund nicht abgeleitet werden.

In den nächsten Tagen bis zum 1. August ist bei der Patientin das Bedürfniss nach Stuhl sehr rege. Die Stuhlentleerungen erfolgen theilweise unter heftigem Schneiden im After 6, 8 und noch mehr Mal täglich, bestehen indess weniger aus Fäcalstoffen als aus geballten eitrig schleimigen Massen.

Vom 1.—13. Aug. bleibt im Wesentlichen der Zustand derselbe.

In der ersten Zeit bestehen die Stühle angeblich nur aus Eiter und erfolgen unter geringeren Beschwerden, dann werden sie wieder faeculenter und treten sehr heftige Schmerzen auf, wogegen Morphium ordinirt wird.

Am 13./VIII. hören plötzlich die Entleerungen ganz auf; es tritt anhaltende Verstopfung ein und wird als

Ursache derselben ermittelt, dass sich ein scharfer Schädelknochen vorgelagert hat, wodurch die Passage der Kothmassen gehindert wird. Dabei zeitweise starke Schmerzen.

Ordinat: Morphinum.

18./VIII. Da sich dieser Zustand bis jetzt noch nicht geändert hat, wird heute zur näheren Untersuchung geschritten und soll event. das Hinderniss sofort beseitigt werden.

Zu diesem Behuf wird Patientin chloroformirt und in Steinschnittlage gebracht.

Durch die Bauchdecken fühlt man den die rechte Hälfte des kleinen Beckens einnehmenden bereits oben erwähnten Tumor; der Uterus dagegen ist auch jetzt hinsichtlich der Lage und Stellung des Corpus nicht deutlich zu tasten. Die vorgenommene Sondenuntersuchung ergiebt folgendes Resultat: Uterus liegt links seitwärts vor dem Tumor mässig sinistro-retrovertirt. Sonde V dringt 7 cm. weit in denselben ein, stösst überall auf glattes Gewebe, nirgends auf Knochen.

Per rectum tastet man den Tumor, der jetzt in noch höherem Grade als vorher das Rectum stenosirt. Die Ursache davon ist ein breit vorliegendes Knochenstück, welches beweglich ist und deshalb sogleich entfernt werden soll.

Zu dem Zweck wird die enge Stelle mit dem breiten Schultze'schen Uterusdilator vorsichtig erweitert und dem zu entfernenden Knochen so ein weiterer Weg nach Aussen gebahnt.

Darauf wird das breite Knochenstück, dem sehr

schwer beizukommen war, mittelst Kornzange gefasst, und gelingt es durch Umdrehen der Zange ein ca. 4□ cm. grosses Stück zu extrahiren. Es erfolgte nur unbedeutende Blutung, die leicht gestillt wurde.

Ord.: Oefter zu wiederholende Ausspülung mit Sol. Kal. hypermangan.

Nach der Operation erfolgt keine Temperaturerhöhung, Schmerzen unbedeutend.

Nachts trat starkes Erbrechen ein (Chloroform!)

Am andern Morgen erfolgte nach Darreichung von Bitterwasser (Hunyadi János) ziemlich reichlicher Stuhlgang, noch etwas blutig aber ohne Schmerzen.

Bei entsprechender Behandlung und kräftiger Ernährung erholt sich nun Patientin etwas. Ihr Ausschen wird besser, das vorher auf 88 Pfund heruntergegangene Körpergewicht steigt in der Zeit bis zum 10./IX. auf 96 Pfund. Knochenstücke waren während derselben Zeit nicht vorliegend, Stuhlgang zwar retardirt, immerhin regelmässiger als früher.

22./IX. Nachdem, kürzlich wieder ein scharfes plattes Knochenstück vorgetreten ist, beginnen auch die Beschwerden bei der Patientin von neuem: Es tritt wieder häufiger Drang zum Stuhl auf, der dann wie früher unter Schneiden erfolgt und nur aus geringen eitrig schleimigen Massen ohne viel Fäkalien besteht.

29./IX. Heute sind die Beschwerden besonders stark. Nachts stellen sich fast unerträgliche Schmerzen, Erbrechen, Frost ein, dabei reichlich Stuhl. Temp. 36,4 Puls 92. — Ord.: Tinct. Opii gtts. 15.

30./IX. Am Morgen etwas Linderung.

Ord.: Tinct. Opii gtts. 10.

Mit einer Unterbrechung von wenigen Tagen hält das Uebelbefinden der Patientin noch bis zum 9./X. an, und klagt sie namentlich vom 8. zum 9. über anhaltende unbestimmte Schmerzen in Kopf und Gliedern (nach ihren Worten wie „Reissen“), wie sie gewöhnlich bei Abgang von Knochen aufzutreten pflegten. Von da an tritt Wohlbefinden ein, das Wochen lang anhält und deshalb in der Kranken den Wunsch rege werden lässt, einige Zeit nach Hause zu gehen.

Mit Rücksicht auf ihren jetzigen Zustand wird ihr dieser Wunsch am 27./X. erfüllt und sie entlassen mit der Weisung, bei eintretenden Beschwerden sofort, sonst im November sich wieder in der Klinik einzufinden.

Nachdem sich in der Zwischenzeit die Kranke auch zu Hause relativ wohl befunden hat, wodurch sie veranlasst wurde, einige Wochen länger dort zu bleiben, erfolgt ihre Wiederaufnahme in die Klinik Anfangs December 84.

Die Kranke befindet sich auch jetzt noch leidlich wohl und sieht dementsprechend aus. Schmerzen und sonstige Beschwerden gering. Nur besteht häufig anhaltende Stuhlverstopfung. Der das Rectum verengende Tumor mit der Fistelöffnung besteht nach wie vor, die vorher fest in ihn eingebetteten Knochen scheinen jetzt gelockert zu sein.

Am 11./XII. wird Patientin behufs genauer Untersuchung und eventuell sofort sich anschliessender Operation in der klinischen Stunde auf den Operationstisch

gebracht und chloroformirt. Die Untersuchung ergab folgendes Resultat:

Durch die Bauchdecken tastet man 3 Tumoren: 1) einen vorderen hinter der Symphyse, der seiner Gestalt nach als Uterus imponirt, 2) den bereits früher constatirten rechts vom Uterus in der rechten Beckenhälfte liegenden und 3) einen hinten gelegenen, der sich an den vorigen anschliesst und das Promontorium ziemlich weit überragt. Der Consistenz nach besteht letzterer aus Fäkalmassen, die wegen der Enge des Rectum nicht passiren konnten und sich dort angestaut haben.

Durch combinirte Untersuchung wird die vorherige Vermuthung hinsichtlich des letzten Tumors bestätigt, desgleichen wird der zuvorderst gelegene als Uterus erkannt, dessen Sondirung noch genau den nämlichen Befund wie früher darbietet.

In dem das Becken einnehmenden Tumor fühlt man jetzt vom Rectum aus durch die Communicationsöffnung mehrere Knochenstücke, die ziemlich locker sind und hoffen lassen, dass der Versuch ihrer sofortigen Entfernung gelinge.

Es wird deshalb sogleich die Operation an die Untersuchung angeschlossen.

Wiederum unter Dilatation des Rectum wird mittelst Kornzange das vorn liegende Stück gefasst. Da es nun nicht gelingt, dasselbe in toto durch die Oeffnung zu bringen, wird es zerkleinert und in Fragmenten entfernt.

Hierauf wird das Manöver wiederholt und durch dasselbe noch weitere Stücke zu Tage gefördert, bis man



schliesslich erwarten konnte, dass die Höhle aller Knochen entleert sei.

Bei nachfolgender Abtastung der für den Finger zugänglichen Partie derselben sowie daran sich anschliessender genauer Sondirung wird denn auch in der That diese Erwartung durchaus bestätigt.

Durch die Sondirung erhielt man erst eine Vorstellung von der Grösse der Höhle, indem Sonde X durch die Communicationsöffnung bei starker Krümmung nach rechts abweichend 19,5 cm. weit in dieselbe eingeführt werden kann.

Nach Stillung der geringen Blutung und Ausspülung mit Sol. Kal. hyperm. wird die Operation geschlossen.

Ordinat: Eisblase, wiederholte Ausspülungen etc.

Die in der letzten Sitzung sowie die gesammten vorher extrahirten Knochen incl. der bereits früher ausserhalb der Klinik entfernten, soweit sie vom behandelnden Arzt gesammelt und zur Verfügung gestellt wurden, sind folgende:

2 Stirnbeine, fragmentarisch,

1 Seitenwandbein, „

1 Schläfenbein, „

Das Hinterhauptsbein mit der Protuberentia occipitalis externa (fragment.).

2 Felsenbeine

2 grosse Keilbeinflügel.

Fragmente von 1 Jochbein, 2 Oberkiefer- 1 Unterkieferbein.

1 linkes Schulterblatt,

1 rechtes Darmbein,

2 Sitzbeine,  
1 Oberarmbein,  
2 Schlüsselbeine,  
12 Rippen.

Rechte und linke Unterarmknochen vollständig.

1 Oberschenkelbein.

Eine Anzahl Fragmente von Wirbeln und kaum noch bestimmbar kleinen Knochen.

Alle befinden sich in einem hochgradig macerirten Zustande.

Gleich nach vollendeter Operation folgte kolossal reichliche Stuhlentleerung.

In der folgenden Nacht und am nächsten Tage starkes Erbrechen (Chloroform!). Ordinat: Eispillen.

14./XII. Patientin erholt sich nach überstandener Operation von Tag zu Tag mehr, fühlt sich wohl, Appetit besser. Temperatur normal.

20./XII. Patientin befindet sich wohl und fühlt sich, wie sie sagt, so leicht im Leib wie nie bisher. Körpergewicht 95 Pfund, Appetit gut. Der Stuhlgang ist jetzt regelmässig und von fremden Beimengungen fast ganz frei. Per rectum ist zwar der im Douglas befindliche Tumor noch zu palpieren, aber nirgends mehr sind fötale Theile fühlbar. Sie wird entlassen mit der Weisung, bei event. eintretenden Beschwerden sich sofort wieder vorzustellen.

Aus einem Bericht der Patientin vom 23./II. 85 erfahren wir, dass sie sich zu Hause noch weiter erholt und an Körpergewicht zugenommen hat. Nur zur Zeit vor der Regel hat sie noch Beschwerden, indem dann

namentlich vor dem Stuhlgang ein Gefühl von Kälte in der rechten Seite des Unterleibes, darauf Schütteln des ganzen Körpers eintritt, wonach gewöhnlich die Stuhlentleerung vermischt mit Eiter und Blut erfolgt. Die Regel selbst dauert 3 Tage. Oefter Stuhlverstopfung. Indess verlieren sich im Laufe der Zeit auch diese Erscheinungen und kann am 3. August 1886, wo Patientin sich wieder einmal in der Klinik zeigt, constatirt werden, dass keinerlei Beschwerden mehr vorhanden sind und die Frau sich dauernden Wohlbefindens erfreut. Die Stenose des Rectum hat sich bedeutend gemindert, Fistelöffnung vollkommen geschlossen. Der Uterus wird noch durch die im Douglas zurückgebliebenen Exsudatreste in mässig retrovertirter Lage gehalten, die indess durchaus keine Beschwerden verursacht.

---

Wenn wir nun an die eben mitgetheilte Krankengeschichte einige epicritische Bemerkungen anknüpfen wollen, so dürften namentlich folgende Punkte einer näheren Würdigung verdienen.

Frau S. machte ihre letzte Schwangerschaft, nach der, wie nach der ersten ein gesundes Kind geboren wurde, 7 Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik durch, also im Jahre 1876/77.

Seit der Geburt dieses zweiten Kindes hat sie sich laut Anamnese nie wieder schwanger gefühlt und will stets die Menses gehabt haben, bis thatsächlich der Ab-

gang fötaler Theile den Beweis lieferte, dass sie dennoch zum dritten Male concipirt und danach eine Schwangerschaft und zwar anomaler Weise ausserhalb der Gebärmutter durchzumachen hatte.

Es entsteht nun die Frage: In welche Zeit zwischen den Jahren 1877 und 1884 fiel diese dritte Gravidität?

Weder Anamnese noch Verlauf bieten irgend einen sicheren Anhalt zur Beantwortung derselben; nur nach Bestimmung der Dauer der Gravidität liessen sich einige vorhandene Möglichkeiten discutiren.

Die Dauer der Schwangerschaft kann man aus der Beschaffenheit der vorliegenden fötalen Knochen mit ziemlicher Sicherheit festsetzen. Man hat bei ihrem Anblick sogleich den Eindruck, als müssten dieselben aus der zweiten Hälfte der Gravidität stammen. Und in der That ergiebt ein Vergleich mit Knochen von fünfmonatlichen Intrauterinföten, dass die langen Extremitätenknochen des Extrauterinfötus trotz des stark macerirten Zustandes, in dem sie sich befinden, noch durchweg über  $\frac{1}{2}$  cm. länger sind als die jenes, ein Umstand, der uns zumal, wenn wir noch in Betracht ziehen, dass ein Extrauterinfötus fast constant im Wachsthum hinter dem für normale Früchte geltenden Massstabe zurückbleibt\*), das Alter des Kindes auf ca. 28 Wochen anzugeben erlaubt.

Nehmen wir nun an, der Fötus sei erst im Verlauf der schweren Peritonitiden, die laut Zeugnisses des handelnden Arztes in der Zeit von November 1882 bis

---

\*) E. Fränkel: Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. No. 217, p. 26.

ca. September des Jahres 1883 spielten, abgestorben, so müsste der Termin der Conception und Beginn der Gravidität in die Zeit von Anfang Mai 1882 bis Anfang März 1883 fallen.

Ist dagegen, was ebenfalls denkbar, das Kind bereits länger todt gewesen, ehe die Peritonitiden eintraten, so muss der Conceptionstermin in weit frühere Zeit, vielleicht in die Zeit bald nach der zweiten Geburt zurückverlegt werden. Es bleibt hier abzuwarten, welche von beiden Möglichkeiten uns die weitere Deutung des Verlaufs als die wahrscheinlichste erkennen lässt.

In zweiter Linie wäre nun von Interesse, zu ermitteln, wodurch in diesem Falle die Entwicklung des Eies abnormer Weise ausserhalb des Uterus zu Stande kam; indess fehlt uns dafür, weil der Fall zum Heil für die Patientin nicht zur Section kam, jeder bestimmte Anhalt.

Nur eine Vermuthung können wir wohl aussprechen. Nämlich: Nach Hecker\*) treten Anomalien in der Befruchtung in überwiegender Mehrzahl bei Frauen ein, die vorher Entzündungen des Peritoneums im Becken mit nachfolgenden adhäsiven Verwachsungen und Verlagerung der Genitalorgane durchgemacht haben. Unter andern bieten aber stattfindende Geburten oft Veranlassung zu derartigen Entzündungen, wie denn auch nach den Hecker'schen Statistiken über 50% extrauterin schwangerer Frauen solche sind, die bereits ein oder mehrere Male geboren haben. Man kann daher bei un-

---

\*) Beiträge zur Lehre von der Extrauterinschwangerschaft. Marburg 1858.

serer Patientin, die zwei Mal gesunde Kinder gebar, vorher nie ein Leiden im Unterleib speciell an den Genitalorganen durchzumachen hatte, wohl annehmen, dass sie von der zweiten Geburt her einen abnormen Zustand der Genitalien zurückbehielt, der nach der dritten Conception eine extrauterine Entwicklung des Eies herbeiführte.

Während nun bei der Frau die Gravidität bestand, will sie fortwährend ihre Menses, dabei durchaus keine Empfindungen gehabt haben, die in ihr die Vermuthung hätten entstehen lassen, dass sie schwanger sei.

Für dieses Verhalten, das wenig mit dem bei Schwangerschaften sonst üblichen harmonirt, müssen wir an dieser Stelle ebenfalls eine Erklärung suchen:

Dass bei graviden Frauen, selbst bis in hohe Schwangerschaftsmonate hinein wenig oder gar keine subjectiven Empfindungen von Seiten ihres Zustandes vorhanden sind, ist ein häufigeres Vorkommniß und erklärt sich schon daraus, dass viele Frauen, namentlich der arbeitenden Klasse (zu der auch unsere Pat. gehörte), wenig auf ihren Körper achten können.

Selten dagegen ist es, dass die Menses während der ganzen Dauer der Gravidität fortbestehen.

Indess finden wir in unserem Falle auch dafür eine ausreichende Erklärung, wenn wir bedenken, dass bei der für Extrauterinschwangerschaft charakteristischen Inconstanz im Auftreten der Schwangerschaftsymptome überhaupt, hinsichtlich der Menses ein Bild auftreten kann, wie es E. Fränkel\*) mit folgenden Worten

\*) Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. No. 217, p. 13.

kennzeichnet: „Die Menses können — allerdings das seltenere — bis zum Ende fehlen, ebenso gut aber in den ersten Monaten in normaler oder verminderter Stärke fortdauern, ferner bald oder in der späteren Zeit durch unregelmässige blutige oder blutig-schleimige Auscheidungen aus der Gebärmutter ersetzt werden, so dass die betreffenden Kranken selbst nicht im Stande sind, zu unterscheiden, ob sie ihre Menstruation in der letzten Zeit wirklich verloren haben.“

Ein derartiges Verhalten dürfte denn auch bei Frau S. mit grosser Wahrscheinlichkeit stattgefunden haben und wurde die Hauptursache, dass sie selbst über ihren schwangeren Zustand im Dunkeln blieb.

War nun unter solchen Umständen, durch das Fehlen der wichtigsten anamnestischen Daten, die Diagnose dieser Extrauterin gravidität von vorn herein schon ausserordentlich erschwert, so wurde die Stellung derselben damals, als die Kranke im heftigsten peritonischen Anfalle dalag, ganz unmöglich, weil einmal der schlimme Zustand der Patientin jegliche diagnostische Manipulation von vorn herein verbot, andererseits die Hauptaufmerksamkeit des Arztes auf die Behandlung der schweren Peritonitis gerichtet sein musste.

Nachdem erst die stürmischen Erscheinungen sich gelegt und der Abgang fötaler Knochen begonnen hatte, war natürlich die Diagnose gegeben, und gestattete die dann auch mögliche genauere Untersuchung mit Berücksichtigung des Verlaufs sogar, eine bestimmte Vermuthung aufzustellen, an welcher Stelle ausserhalb des Uterus das Ei seine Entwicklung gefunden habe.

Es konnten hier 3 Möglichkeiten in Frage kommen, die wir an dieser Stelle zu erörtern haben werden, um die wahrscheinlichste ausfindig zu machen, nämlich die Möglichkeit einer Ovarial-Abdominal- oder Tubarschwangerschaft, letztere mit ihren 3 Unterarten der tubo-uterinen, der rein tubaren, und der tubo-abdominalen.

Eine reine Ovarialschwangerschaft, d. h. eine solche, wo das Ei wirklich im Graaf'schen Follikel, also unter der Albuginea des Ovarium entwickelt ist, wäre wohl einmal wegen der enormen Seltenheit dieser Art, dann, weil dieselbe gleich den Ovarientumoren ganz andere Symptome gemacht hätte, als unser Fall, von vorn herein auszuschliessen.

Eine reine Abdominalschwangerschaft scheint mir hier ebenfalls unwahrscheinlich aus folgenden Gründen:

1) Geht diese Art entweder schon in der ersten Zeit ihres Bestehens, nämlich da, wo sich Adhaesionen mit den Nachbarorganen bilden unter entzündlichen Erscheinungen und Schmerzen, sicher aber in der zweiten Hälfte durch die Kindsbewegungen mit heftigen oft unerträglichen Beschwerden einher.

2) Pfllegt ein abdominal entwickeltes Kind meist ausgetragen zu werden.

3) Findet hierbei in den meisten Fällen das Ei in der Tiefe des Douglas'schen Raumes, also direct hinter dem Uterus seine Entwicklung und drängt bei weiterem Wachsthum den Uterus so stark nach vorn hinter die Symphyse, dass als eines der wichtigsten Symptome Beschwerden bei der Urinentleerung auftreten.

4) Sollen nach manchen Autoren da, wo die Placenta

am Mastdarm ansitzt, was nur bei Bauchschwangerschaft vorkommt, Darmerscheinungen katarrhalischer oder dysenterischer Natur in den Vordergrund treten.

Unser Fall aber zeichnete sich, wie oben bereits auseinandergesetzt, durch den Mangel jeglicher Schwangerschaftsempfindung aus, geschweige denn, dass starke Beschwerden vorhanden gewesen wären; das Kind starb bereits im 7. Monat ab, Blasenbeschwerden und Darmerscheinungen katarrhalischer wie dysenterischer Natur waren während der ganzen Krankheitsdauer nicht vorhanden, Gründe, die hier zusammenkommend uns wohl mit Recht eine reine Gravidität abdominalis ausschliessen lassen.

Es käme nun in dritter Linie Tubarschwangerschaft mit ihren 3 Unterarten in Frage.

Hierbei können wir wieder mit Sicherheit die rein tubare sowie die tubo-uterine Form ausser Acht lassen. Erstere, weil bei ihr das Ei an so enger Stelle seine Entwicklung findet, dass unfehlbar bis spätestens zum dritten Monat durch Weiterentwicklung desselben Ruptur des Fruchthalters erfolgen muss, letztere, weil die spätere genaue Sondirung des Uterus sicherlich Anhaltspunkte für ihr Bestehen dargeboten hätte.

Es drängt uns vielmehr alles zu der Annahme, dass wir es hier mit der dritten Form zu thun haben, mit der sogenannten Tubo-abdominalschwangerschaft.

Für sie sprechen die triftigsten Gründe:

1) pflegt bei ihr erst in späteren Monaten der Gravidität das Kind abzusterben — in unserem Falle erfolgte der Tod des Fötus im siebenten Monat;

2) geht sie der Regel nach ohne besondere Beschwerden einher, was, wie wir sahen, im vorliegenden Falle durchaus zutraf, vor allen aber ist

3) die Form der Tubo-abdominalschwangerschaft wohl die häufigste von allen Arten der Graviditas extrauterina; um so häufiger als viele von den früher zur reinen Bauchschwangerschaft gerechneten Arten hierher gehören, weil sich neuerdings durch genauere Untersuchung der Fruchtsackwandungen bei der Section immer öfter herausstellt, dass dieselben neben peritonealen Bestandtheilen Elemente enthalten, die der Tube angehören, während letztere ausserhalb des Fruchtsackes nicht oder nur theilweise zu finden ist.

In unserem Falle lag, wie aus den nach genauer Untersuchung angegebenen Befunden ersichtlich, der Fruchtsack zum grossen Theil in der rechten Hälfte des kleinen Beckens, bildete eine weite Höhle, die den Douglas in einer Weise mit einnahm, dass dadurch das Rectum verengt sowie eine geringe Verlagerung des Uterus nach der linken Seite hervorgerufen wurde.

Ich möchte daher annehmen, dass hier nur das untere Ende — der sogen. Pavillon — der rechten Tube, dann aber ein grosser Theil des Beckenperitoneum die Wandungen des Fruchtsackes zusammensetzten. Der Verlauf dieser Tubo-abdominalschwangerschaft, namentlich in Hinsicht auf die Ursachen der eingetretenen schweren Peritonitiden würde dann wiederum 3 Möglichkeiten der Erklärung zulassen.

Wenn die Frau erst lange nach ihrer zweiten Geburt von Neuem concipirte, kann man annehmen, dass das

Kind bis zum Eintritt der Peritonitis am Leben war. Dann dürfte, während die Schwangerschaft bis dahin vollkommen ungestört verlief, die Ursache der plötzlich eintretenden schweren Krankheitssymptome nur von dem Fötus selbst ausgegangen sein.

Entweder nämlich bewirkte er durch sein weiteres Wachsthum, dass die Wandung des Fruchthalters, die bereits ad maximum gespannt war, an irgend einer dünnen Stelle nicht mehr Widerstand leisten konnte und einriss. Die Rupturstelle war zunächst ziemlich klein aber erweiterte sich später mehr und mehr und führte dann jedes Mal zu heftigen Blutungen, die von den schweren Peritonitiden, wie sie unser Verlauf zeigte, gefolgt waren; oder aber, er starb, während der Fruchthalter noch vollkommen intact war, in der 28. Woche durch irgend welche nicht mehr eruirbare Ursache plötzlich ab und übte nun gleichsam als Fremdkörper wirkend auf seine Umgebung einen solchen Reiz aus, dass Entzündung des ganzen Fruchtsacks eintrat, die immer heftiger wurde und durch Beteiligung des Bauchfells die schweren Peritonitiden auslöste.

In der That sind diese ätiologischen Momente der Bauchfellentzündungen bei Graviditas extrauterina ziemlich häufig und finden in einer ganzen Anzahl von Beispielen aus der Literatur ihre Illustration.

Auch im vorliegenden Falle hat jede von beiden etwas für sich.

Es wäre indess noch eine dritte Möglichkeit des Verlaufes in Erwägung zu ziehen, bevor wir ein endgültiges Urtheil für unseren Fall abgeben können.

Wenn nämlich die Frau S. bald nach der zweiten Geburt von Neuem concipirt hatte, muss man annehmen, dass der Fötus bei Eintritt der ersten peritonitischen Symptome längst abgestorben war. Dann wäre auch die Ursache für die Entzündungen nicht vom Fötus selbst direct ausgegangen, sondern von ausserhalb in den Fruchthälter eingedrungen, und zwar müsste der ganze Vorgang wohl so gedacht werden:

Der durch irgend welche Veranlassung abgestorbene Fötus rief nach seinem Tod, wie dies nicht selten geschieht, nur geringe Reizerscheinungen hervor, die nicht zur Entzündung führten und deshalb auch ohne Empfindung für die Frau waren. Hierauf ging er gegen die Aussenwelt abgeschlossen, den Prozess der Mumification ein oder wurde zum Lithopädion, kurz, er kam in einen Zustand, in welchem er sich ohne Schaden und Beschwerden für die Frau lange Zeit hielt.

Da fanden plötzlich Entzündungskeime, vielleicht von einem der Nachbarorgane her, ihren Weg zur Umgebung des Fruchtsackes, vielleicht zu diesem selbst, wodurch je nach dem Grade, in dem sich das Bauchfell an der Entzündung betheiligte, die heftigsten unter Bildung von Exsudaten einhergehenden Anfälle veranlasst wurden.

Um nun, für die Peritonitis unseres Falles die richtige Erklärung suchend, alle drei eben angeführten Möglichkeiten einer kritischen Würdigung zu unterziehen, so scheint mir eine Ruptur des Fruchtsackes mit wiederholter Erweiterung des Risses unter starken Blutungen das schubweise Auftreten der Krankheit zwar zu erklären, indess lag in unserem Falle, wo der Fruchtsack

an einer genügend weiten Stelle gebildet war, so wenig Veranlassung zu einer Ruptur vor, dass man wohl mit Recht von dieser ersten Möglichkeit absehen kann.

Viel mehr plausibel erscheint uns dagegen die zweite Erklärungsweise. Es kann hier sehr wohl die Peritonitis durch den Reiz des eben abgestorbenen Fötus verursacht worden sein, und würde dieser Auffassung kein Punkt des Verlaufes, wie er in der Krankengeschichte geschildert ist, widersprechen.

Indess ist mir dabei nur das Eine unwahrscheinlich, dass nämlich im Zeitraume ca. eines Jahres, der dann nur zwischen dem Absterben des Fötus und der Elimination der ersten Knochen liegen konnte, letztere in einen solchen Zustand, der fast bis zur Unkenntlichkeit einzelner Theile ging, gelangen konnten. Deshalb möchte ich hier eher die dritte Möglichkeit für die wahrscheinlichste erachten und annehmen, dass der Fötus schon lange Zeit abgestorben die Lithopaedionbildung durchgemacht habe, zwar so, dass nach den bei dieser Verwandlung vor sich gegangenen Prozessen der Resorption und Incrustation die Knochen ein derartiges Bild, wie sie thatsächlich darbieten, leicht annehmen konnten.

Es würde dieser Auffassung auch der ganze Verlauf unseres Falles durchaus entsprechen.

Die Gravidität sowie das Absterben des Kindes gingen beide spurlos an der Frau vorüber. Der im Leibe abgekapselte Fötus machte dann gar keine Beschwerden mehr, und so blieb die Frau vielleicht Jahre lang in diesem bald gewohnten Zustand, bis plötzlich die ersten Erscheinungen von Seiten des Peritonitis eintraten.

Letztere bedingt, wie wir oben annahmen, durch das Eindringen von Entzündungserregern in die Umgebung des Fötus, griff immer weiter um sich und verursachte die stürmischsten Entzündungen, in deren Verlauf sich grosse Exsudate bildeten, die den Fötus selbst sowie den ganzen Fruchtsack einhüllten.

Nach Resorption derselben entstanden nun feste Adhäsionen zwischen Fruchtsack und dem Rectum, in dessen unmittelbarer Nähe er vorher bereits lag, ein Contact, der von vorn herein die Bedingung zu neuen Schädlichkeiten in sich schliessen musste.

Es konnten sehr leicht an der durch den Fruchtsack und die ihn umgebenden Exsudatreste in das Lumen des Rectum hinein vorgebuchteten Stelle durch mechanische wie chemische Reize von Seiten der hart und unter Schwierigkeit daran vorüber passirenden Kothmassen Entzündungen hervorgerufen werden, die durch immer neuen Reiz gesteigert schliesslich zur Perforation der entzündeten Stelle führten. Durch die Perforation entstand aber eine Communication zwischen Rectum und Fruchtsackinneren und somit ein Weg, auf dem die massenhaft im Rectum weilenden Infectionserreger in das Innere dringen konnten.

Eine Wirkung dieses unvermeidlichen Vorganges zeigte sich in unserem Falle gar bald.

Unter neuen entzündlichen Erscheinungen, die mit heftigen Schmerzen und Abnahme der Kräfte einhergingen, trat Verjauchung des Fruchtsackinhalts ein, ein Prozess, durch welchen vermuthlich erst der völlige Zerfall des Fötus hervorgerufen wurde.

Allmählich suchte sich nun der theils aus festen theils flüssigen Bestandtheilen zusammengesetzte Inhalt der Höhle spontan durch die Fistel den Weg nach Aussen.

Eitrig-jauchige, bald flüssige, bald geballte Massen gingen ab oft mit den Stuhlentleerungen, oft nur unter dem Bilde von solchen; zu gleicher Zeit begann die Elimination der fötalen Knochen. Rumpf- und Extremitätenknochen wurden ohne erhebliche Schwierigkeit entfernt. Die Kopfknochen aber sassen so fest in den sie umgebenden Gewebsmassen und setzten deshalb ihrer Elimination solchen Widerstand entgegen, dass der Zustand der ohnehin durch die lange Krankheit sehr herabgekommenen Frau bedenklich wurde und ihre Ueberführung nach der Klinik dringend nöthig machte.

Hier hätte man nun daran denken können, um die Leiden der Frau abzukürzen, sofortige Operation vorzunehmen und sämtliche im Sack vorhandene Knochen in einer Sitzung zu entfernen.

Allein, das verbot entschieden der bei der Untersuchung constatirte Befund. Die Mehrzahl der Knochen sass noch zu fest in der Höhle eingebettet, so dass man bei einem forcirten Extractionsversuch Zerreißungen in ihrer Umgebung machen musste, die unter Umständen das Peritoneum in Mitleidenschaft ziehen und von Neuem gefahrbringende Peritonitiden hervorrufen konnten; jedenfalls aber für die Frau viel verderblicher waren, als wenn man die Knochen noch in der Höhle liess.

Man beschränkte sich daher darauf, die Kräfte der Patientin durch zweckentsprechende möglichst gute Nahrung zu erhalten und zu heben, ferner sorgte man

dafür, dass durch fleissige Ausspülungen die jauchigen Entleerungen, die vor allen die Patientin sehr herunterbrachten, aufhörten und linderte die durch die Spontan-elimination nach und nach gelockerter Knochenstücke hervorgerufenen Beschwerden mit geeigneten Mitteln. Im Uebrigen aber wartete man ab, bis alle Knochen gelockert und in einer Sitzung entfernbar seien.

Wie sehr man mit dieser expectativ-symptomatischen Behandlungsweise hier das Richtige getroffen hatte, beweist der Umstand, dass sich die Frau, nachdem mehrere lockere Knochen, die ihr die stärksten Beschwerden verursacht hatten, spontan und unter operativer Nachhülfe entfernt waren, ferner ein grosser Theil der jauchigen Massen zu Tage gefördert war, sich schon in der Klinik sehr erholte. Sie nahm sogar an Körpergewicht 7 Pfund zu und konnte trotz der Anzahl Knochen, die sich noch im Leibe befanden ohne weitere Beschwerden als den durch anhaltende Verstopfung hervorgerufenen über 1 Monat zu Hause zubringen.

Als sie sich wieder in der Klinik einstellte, waren die Knochen sämmtlich locker und damit die Indication eingetreten, dieselben operativ zu entfernen.

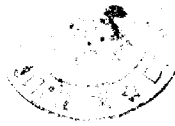
Es gelang die Extraction in einer Sitzung und wurde dieselbe, da in der schonendsten Weise operirt werden konnte, ohne irgend eine Nebenverletzung vollendet.

Spuren von der Placenta waren weder während der Operation noch während des Verlaufs in der Klinik nachweisbar. Man kann deshalb annehmen, dass sie im Verlauf der entzündlichen Prozesse gelöst, nach und nach

unter den eitrig-jauchigen Entleerungen spurlos mit abgegangen sei.

Hinsichtlich des Sitzes desselben wäre aus den noch später zur Zeit der Menstruation beim Stuhlgang der Frau constatirten Beschwerden vielleicht der Schluss erlaubt, dass sie am rechten Ovarium, in dessen unmittelbarer Nähe ja auch der Fruchtsack gebildet war, ange sessen habe. —

Der Umstand aber, dass der Verlauf dieses schweren Falles ein so ausserordentlich günstiger war, ferner, dass sich die Frau nach einmal überstandener Operation sehr rasch erholte und unter rapider Zunahme des Körpergewichts alle Beschwerden in relativ kurzer Zeit überwunden hatte, kann nur der äusserst sorgfältigen Behandlungsweise in der Klinik, vor allen der richtigen Indicationsstellung und exact ausgeführten Operation zugeschrieben werden.



15426

