DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Potsdamerstr. 116.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

I. Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Breslau.

Eine Jahresarbeit auf dem Gebiete der Extra- uterinschwangerschaft.¹⁾

Von Otto Küstner.

Einer kurzen Mittheilung über ein years-work auf dem Gebiete der operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft wird Ihrerseits zweifellos die Frage begegnen, wo kommen jetzt die vielen Extrauterinschwangerschaften her, weshalb war das früher nicht. Der Grund ist nur in einem Punkte zu suchen: das Gros der Extrauterinschwangerschaften wurde früher nicht erkannt, weil es nicht operativ in Angriff genommen wurde, es verlief latent unter dem Bilde einer Affection, von welcher man allerdings zugab, dass sie in einem seltenen Procentsatz ihre Ursache in Extrauterin-gravidität haben könne, welche aber sonst als Krankheit sui generis betrachtet und behandelt wurde, ich meine, unter dem Bilde der Hämatocele meist retro-, sehr selten ante-uterina. Voisin war der erste, welcher den sich abkapselnden Bluterguss im Becken als häufige Folge der Extrauterinschwangerschaft ansah; Zweifel hielt vor jetzt zwei Jahren 12,5% aller Hämatocele für Extrauterinschwangerschaften, J. Veit 28%. Beide Zahlen sind nach meiner Erfahrung viel zu niedrig gegriffen. Die weitaus meisten, also weit über 50% aller retro- oder anteuterinen Hämatocele sind auf extrauterine Einimplantation zurückzuführen. Ja ich kann sagen, dass ich aus eigener Erfahrung nicht eine Hämatocele kenne, welche nicht erwiesener- oder wahrscheinlichermaassen auf Extrauterinschwangerschaft zurückzuführen gewesen ist. Die Hämatocele ist es, welche das Bild, das klinische wie anatomische, der Extrauterinschwangerschaft beherrscht; die Extrauterinschwangerschaften, welche nicht, und zwar nicht schon früh ihren Ausgang in Hämatocelebildung nehmen, sind die ungleich selteneren. Erwarten Sie daher für die Extrauterinschwangerschaft als Tastbild neben dem sympathisch vergrößerten Uterus einen sich entwickelnden Eisack, in welchem Sie fötales Leben durch Gefühl oder Gehör von bestimmter Zeit an wahrzunehmen imstande sind, ein Tastbild, wie es, wenn ich so sagen darf, im Buche steht, dann werden Sie selten, sehr selten eine Extrauterin-gravidität finden. Fänden Sie aber unter den unter dem classischen Bilde, welches Nélaton für die Hämatocele entwarf, verlaufenden Fällen auf Anzeichen, welche auf eine kaum begonnene, eben unterbrochene Gravidität deuten, so werden Sie viele Extrauterinschwangerschaften antreffen. Das ist der Typus der Extrauterinschwangerschaften. So habe ich im Laufe des ersten Jahres meiner Breslauer Thätigkeit 23 Extrauterinschwangerschaften operirt, 22 davon geheilt; 2 sind von meinen Assistenten operirt worden, 6 wurden nicht operirt.

Die klinischen Bilder, in welchen diese Form der Extrauterinschwangerschaft uns entgegentritt, bieten einige typische, sich häufig wiederholende Schattirungen.

Eine Frau, welche eine Reihe von Jahren, ohne je concipirt zu haben, verheirathet ist, hofft sich Mutter fühlen zu können, die Regel ist ein-, vielleicht auch schon zweimal ausgeblieben, alle diese Hoffnung unterstützenden Erscheinungen stimmen, da fängt plötzlich die sogenannte Regel wieder an einzutreten, sie dauert ungewöhnlich lange, ist auch wohl recht stark, es gehen wohl auch

gelegentlich häutige Massen ab, dazu gesellen sich unangenehme Empfindungen im Becken, ausserdem Urinbeschwerden — es wird consultirt und der charakteristische Befund erhoben. Oder eine Frau hat eine Anzahl Kinder geboren, bleibt dann eine ganze Reihe von Jahren steril, wird dann wieder gravid — aber extrauterin. Oder es ist nur ein Kind dagewesen. Das Wochenbett war etwas gestört. Die Frau hat länger im Bett gelegen als sonst, glaubt auch wohl etwas Fieber gehabt zu haben; dann ist mehrere Jahre keine Conception aufgetreten, bis sie jetzt am unrichtigen Platze zu constatiren ist. Oder eine Frau ist lange Zeit unterleibskrank und örtlich behandelt worden. Schliesslich kann die vorhandene pathologische Lageveränderung corrigirt werden. Danach wird die Patientin auffallend schnell gravid — extrauterin. Manchmal wird von Ohnmacht- und Schwächezufällen berichtet, welche etwa um die Zeit der beginnenden Blutungen aufgetreten seien, in anderen nicht.

Das sind anamnestiche Typen. Wie gestaltet sich der Befund: Die Frauen sind meist blass, haben gelegentlich auch ab und zu Temperatursteigerungen, das Abdomen in den tieferen Regionen etwas empfindlich; bimanuell folgender Befund: Portio der Symphyse genähert, hinter der Portio ein Körper, welcher das Becken fast auszufüllen scheint und dessen eigenthümliche Resistenz beiderseits bis hart an die Beckenwandungen herangeht. Nach oben zu setzt sich, wie durch die Bauchdecken zu fühlen, diese Resistenz mit nicht recht scharfer Grenze in der Höhe des Beckeneinganges oder etwas darüber ab. Dieser bei oberflächlicher Betastung gewonnene Befund muss durch genaue, eventuell in Narkose, unter allen Umständen aber sehr zart vorgenommene Untersuchung vervollständigt werden. Es ist der Ausschluss zu erbringen, dass es sich nicht handelt um Retroflexio uteri gravid, wo bereits, wie die Blutungen anzudeuten scheinen, der Abort begonnen hat, oder um uterinen Abort bei annähernd normal gelegenen, aber durch Bildung eines intraperitonealen Exsudates nach vorn gedrängtem Uterus, oder um Tumor der Adnexa mit ebenfalls stark antepontirtem Uterus. Schon die obenhin vorgenommene Tastung lässt häufig den stark antepontirten, etwas vergrößerten, sich einigermaassen weich anführenden Uterus vor dem die hinteren Beckenräumlichkeiten ausfüllenden Tumor wahrnehmen, und so reicht recht häufig die Palpation zur Diagnose aus. Mitunter aber auch nicht. Weder Oberflächenbeschaffenheit, noch Consistenz des Tumors, noch Vergrößerung des Uterus, noch Anamnese sind absolut charakteristisch, sie sind nicht so charakteristisch, dass vermittelt ihrer unter allen Umständen, wenn schon die Retroflexio uteri gravid, so doch nicht eine Pyosalpinx, ein eiteriges Exsudat hinter dem Uterus auszuschliessen wäre. Eine von den Kranken, an welche ich denke, liess sogar Colostrum aus der Brust drücken; wir schnitten auf den Tumor ein und trafen auf Eiter. In einem anderen Falle war es ähnlich; in keinem dieser Fälle von Fehldiagnose verlief der operative Eingriff unglücklich.

Wie Ihnen bekannt, machte Wyder den Vorschlag, in zweifelhaften Fällen den Uterus auszukratzen, die Geschwulst zu mikroskopiren und durch die An- oder Abwesenheit decidueller Elemente die ektopische Schwangerschaft bestätigt oder widerlegt zu sehen.

Abgesehen davon, dass selbst der positive Befund trügerisch sein kann, der negative aber nichts beweist, möchte ich Sie vor diesem Verfahren um seiner Gefährlichkeit willen warnen. Es sind schon Frauen an diesem anscheinend unbedeutenden Eingriff gestorben, weil durch das Curettement oder durch die damit verbundene Dislocation des Uterus Berstung des Fruchtsackes oder der Hämatocele erzeugt worden war.

¹⁾ Nach einem auf der Versammlung ostdeutscher Aerzte zu Breslau am 11. November gehaltenen Vortrage.

In ausgezeichnete Weise dagegen klärt in kritischen Fällen die mit feiner Canüle aseptisch von der Scheide aus vorgenommene Probepunction.

Also das Gros des neben oder hinter dem Uterus gefundenen Tumors besteht aus Blut, und zwar treffen wir dasselbe bei der Operation meist in geronnenem Zustande an. Diese Blutmenge ist abgesackt. Das, was dasselbe gegen den übrigen Peritonealraum abschliesst, sind mit einander verklebte Eingeweide, Darmpartien, Netz, Ligamentum latum, hintere Uteruswand; je älter der Erguss, um so fester wird das Gerinnsel, um so deutlicher derjenige Vorgang, welchen man Organisation des Gerinnsels nennt. Diese Organisation finden wir bei den Hämatoceelen vorwiegend an der Peripherie, sie führt mitunter zu einer so compacten Schale, dass man mit und in derselben das ganze Gerinnsel herausheben kann, wie das Sänger ausführlich beschreibt, Zweifel, Muret u. a. ebenfalls bereits gesehen haben. Diese Schale besteht an den von mir untersuchten Präparaten zum geringeren Theile aus Fibrin, zum grösseren aus Bindegewebe, dem Ausdruck der peritonealen Reaction.

Die wichtigste Frage ist, wie verhält sich die Hämatocele zur Tube und zum Schwangerschaftsproduct? In manchen Fällen mündet die Tube deutlich und zweifelsohne in den Hämatocelesack hinein. In anderen ist eine Grenze zwischen Tuben- und Hämatoceelenwand nicht aufzufinden. Die Tube ist oft ebenfalls stark mit Blutgerinnseln angefüllt, ist in anderen Fällen auch relativ leer.

Vom Schwangerschaftsproduct findet sich meist das Chorion; dasselbe ist stark mit Blut verfilzt, vom Aussehen eines Abortiv-eies.

Seltener ist ein Fötuskörper zu finden. Beide liegen dann meist in der Tiefe des Douglas, die Placenta daselbst sogar mitunter einigermaassen adhären in den Blutgerinnseln. Der Möglichkeiten, wie sie dahin gekommen sind, sind drei: durch Abort, durch Ruptur, oder sie haben primär dort gelegen.

Nach meinen Beobachtungen sind die beiden Vorgänge Abort und Ruptur etwa gleich häufig.

Sehr interessant sind die Fälle, in denen es den Anschein hat, als ob die Placenta im Douglas'schen Raum an ihrer ursprünglichen Stelle sass und dann in den Eihäuten oder frei von denselben im Blute der Hämatocele der Fötus. Derartige Fälle geben immer wieder zu denken, ob sie nicht Beispiele von Abdominal-gravidität seien. Ich erinnere an den interessanten, von Zweifel beobachteten Fall, welcher uns auf der anderen Seite eine Mahnung sein soll, eine Form der Extrauterin-gravidität, welche, wie die Abdominalschwangerschaft, überhaupt noch nicht erwiesen ist, auf Grund grober und unvermittelter Sinneseindrücke als solche anzusprechen. Aber auch solche Fälle sind nicht selten, wo wir das Ei oder unzweideutige Theile desselben noch auf dem Wege aus der Tube in die Bauchhöhle antreffen, also entweder noch umklammert vom Fimbrienende der Tube oder in eine Rissstelle der letzteren eingeklemmt.

So häufig wir nun derartige Befunde erheben und das wiederkehrende, typische wahrnehmen, so sind sie doch am wenigsten in der Lage, uns die Frage, wodurch die extrauterine Eieinbettung zustande kommt, zu beantworten. Die Zertrümmerungen der inneren Genitalien durch die Blutgerinnsel, nicht zum wenigsten die, welche bei Gelegenheit der Operation vorgenommen werden, sind meist zu bedeutend, als dass man sich noch getrauen könnte, während derselben oder am Präparate zu entscheiden, was vorher und was nach Entstehen der Extrauterin-schwangerschaft war. Dennoch kann ich nicht finden, dass wir mit dieser Frage heutigen Tages noch ernsthaft in Verlegenheit gerathen können.

Negative Resultate bei Bestrebungen, auf thierexperimentellem Wege Aufschlüsse zu erlangen, beweisen wenig oder nichts. Ich habe mich Jahre lang angelegentlichst bemüht, an Kaninchen operativ die geeigneten Bedingungen für die Entstehung ektopischer Schwangerschaft herzustellen. Tubenresectionen, einseitige, doppelte, mit und ohne einseitige Ovarialresection — nie kam, obwohl ich die Thiere viele Jahre lang hielt, eine ektopische Schwangerschaft zustande. Auf diesem Wege war also nicht vorwärts zu kommen. Viel weiter hat uns die klinische Forschung und das anatomische Studium der Adnexerkrankungen gebracht.

Wir wissen genau, dass unter normalen Verhältnissen das Ei durch den Cilienstrom der Tuben in den Uterus befördert wird. Zwei Momente müssen es also sein, welche das Ei hindern können, nicht an die normale Einnistungsstelle zu gelangen. Das ist Aufhebung der Cilienfunction und Verlegung des Tubenlumens. Das erste wird erzeugt durch Entzündung der Tubenschleimhaut, das andere durch pelvipertonitische Processe irgend welcher Art; also Entzündungen der Tubenschleimhaut und Entzündungen des tubaren oder überhaupt pelvinen Peritoneums.

Die Ursachen, welche für diese Entzündungen in Frage kommen, sind Gonorrhoe, puerperale Sepsis und die Consequenzen schwerer

Störungen der Mechanik der weiblichen Beckenorgane, also lange bestehende Retroflexio. Für alle drei Möglichkeiten finden wir Paradigmata in unseren Fällen.

Die Therapie ist heute vorwiegend chirurgisch: Entfernung der Blutgerinnsel, eventuell des Schwangerschaftsproductes und der Tube, welche Trägerin des Eies war. Damit soll nicht gesagt sein, dass dies die einzig mögliche Therapie ist. Wir haben es früher gesehen und sehen es noch heute, dass Hämatoceelen von recht beträchtlicher Grösse sich zurückbilden. Wir kennen auch von früher her einen anderen Ausgang, den in Vereiterung; die dazu nöthigen Spaltpilze stammten dann aus der Tube oder aus dem Darm. Dieser Gefahr vorzubeugen, ist die Hauptaufgabe der activen, chirurgischen Therapie. Es ist aber auch noch ein anderer Gesichtspunkt, welcher in diesem Sinne leitend ist. Die Resorption nennenswerther Blutgerinnsel im Becken oder im Abdomen dauert selbst bei äusserst zweckmässiger Behandlung und Pflege doch recht lange. Die consecutiven peritonitischen Schmerzen überdauern häufig noch den Resorptionsprocess. Dagegen pflegen die Kranken nach der Ausräumung der Hämatocele sich sehr schnell zu erholen, meist ganz prompt nach der Operation die erheblichen Schmerzen und die häufig nicht minder quälenden Obstipations- und Urinbeschwerden zu verlieren, und schon nach Monaten gelingt es meist nicht mehr, auch nur noch eine Spur von der einstmaligen schweren Störung durch bimanuelle Tastung wahrzunehmen.

Für das Einschnneiden auf die Hämatocele giebt es zwei Wege; von oben und von der Scheide aus. Ich würde heutigen Tages nicht mehr für richtig halten, den letzteren zu wählen, denn der Scheidenschnitt bleibt offen und damit eine Pforte für die secundäre Infection. Zudem aber, und das ist die Hauptsache, ist der Einblick in die ohnehin meist recht complicirten topischen Verhältnisse von der Scheide aus äusserst erschwert, und so begeben wir uns der Möglichkeit, einen nicht unwesentlichen Theil der operativen Aufgabe zu erfüllen, das ist die Amputation der erkrankten Tube. Auch bleiben wir bei der Operation von unten darüber im Unklaren, ob wir alles Blut entfernt haben oder nicht, und sind geradezu in Verlegenheit, wenn es sich nach Ausräumung der Blutgerinnsel darum handelt, eine noch nicht versiegte Blutungsquelle zu unterbinden. Deshalb möchte ich es unter allen Umständen für das Correctere halten, vom Abdomen aus zu operiren, die Hämatocele auszuräumen, die kranke Tube zu entfernen und das Abdomen zu schliessen. Die Resultate sprechen zu Gunsten dieses Verfahrens.