Zur Behandlung der Bauchhöhlenschwangerschaft.

Von

A. Gusserow.

Wenn es überhaupt gestattet ist, aus einer einzelnen Beobachtung allgemeiner gültige Schlüsse zu ziehen, so dürfte dies am ehesten bei der Behandlung der Abdominalschwangerschaft der Fall sein. Der Einzelne kann kaum hoffen, eine grössere Erfahrung auf diesem Gebiete zu sammeln und seine durch den Verlauf eines Falles gewonnenen Anschauungen weiter zu prüfen — er wird dies immer anderen Beobachtern überlassen müssen. Aus diesem Grunde scheint mir folgender Fall, den ich nach der von meinem Assistenten Herrn Dr. Vogler sorgfältigst geführten Krankengeschichte hier folgen lasse, wohl einer näheren Besprechung werth.

Frau Wagenführer, 34 Jahre alt, trat am 30. October 1876 in die geburtshülfliche Klinik ein. Dieselbe stammt aus gesunder Familie. Seit ihrem 13. Lebensjahre regelmässig menstruiert, hat dieselbe viermal lebende Kinder leicht geboren. Die beiden letzten Geburten hatten 1872 und 1875 in der Klinik stattgefunden. Nach der letzten erkrankte die Wöchnerin an einer Para- und Perimetritis, die nach dreiwöchentlichem Krankenlager zu vollständiger Genesung und Resorption führte. Die wieder eintretende Regel verursachte keinerlei Beschwerden und Patientin konnte ungestört ihren Beschäftigungen nachgehen. Im Mai 1876 erkrankte Patientin mit Frost, schneidenden Schmerzen im Leibe und Erbrechen so heftig, dass sie sich bald ins hiesige Bürgerspital aufnehmen liess, wo die Diagnose auf „acuten Magencatarrh“ gestellt wurde. Während dieser Zeit trat am 27. Mai die letzte Regel in gewohnter Weise ein. Die Kranke war dann wieder einen Tag zu Hause, an diesem verschlimmerte sich aber ihr Zustand, so dass sie sich gleich wieder ins Spital

aufnehmen liess, wo sie dann 5 Monate an „Peritonitis“ behandelt wurde. Nach den Angaben der Kranken, andere waren nicht zu erhalten, hatte sie sehr heftige Schmerzen im Leibe, derselbe schwellte stark an, dabei fortwährendes Erbrechen von grüner bitterer Flüssigkeit. Der Stuhl war retardirt. Patientin musste mehrere Male katheterisirt werden, ausserdem wurde Eis innerlich und äusserlich angewandt, graue Salbe eingerieben u. s. w. Nach zwei Monaten besserte sich unter dieser Behandlung der Zustand, obwohl das Allgemeinbefinden immer schlecht blieb. Patientin bemerkte im Juli selbst, dass sie schwanger sei. Ende September wurde sie aus dem Hospital entlassen, fühlte sich jedoch noch sehr schwach. Am 28. October trat beim Heben eines Wassereimers unter starken Schmerzen ein Scheidenvorfall ein. Die Schmerzen liessen bald nach, aber der Prolapsus und eine geringe Blutung veranlassten die Kranke die geburtshülfliche Klinik aufzusuchen. Patientin ist gracil gebaut, hat ein cachectisches Aussehen mit leidendem Gesichtsausdruck. Starke Abmagerung, schlaffe Hautdecken. Die Brustorgane ergeben keine Abnormalität, doch ist in der rechten Fossa infraclavicularis und supraspinata verschärftes Athmen wahrzunehmen. Die Brüste enthalten Colostrum. Das Abdomen ist unterhalb des Nabels sehr in die Breite aufgetrieben. Umfang um den Nabel gemessen 91 Cm., ebenso drei Finger breit unterhalb des Nabels. Durch die dünnen und schlaffen Bauchdecken sind die Kindesbewegungen sehr deutlich zu sehen. Ein Fundus uteri oder überhaupt die Grenzen eines schwangeren Uterus sind nicht zu palpieren. Percutorisch lässt sich die obere Grenze des Fruchtsackes in der Höhe des Nabels nachweisen. Die Palpation des Kindskörpers gelingt überraschend leicht, etwa drei Finger unterhalb des Nabels lassen sich die Processus spinosi der kindlichen Wirbelsäule in einer horizontalen Linie von einer Seite zur anderen verlaufend, deutlich fühlen. Der Kopf liegt rechts etwas mehr dem Nabel zu, es lassen sich an ihm die Fontanellen und Nähte, ja einmal auch ein Ohr, deutlich erkennen. An einem erfassten Fuss sind die einzelnen Zehen genau zu erkennen. Die Lage der Frucht und ihrer Theile ist etwas variabel, doch bleibt im Ganzen eine Querlage mit nach vorn gerichtetem Rücken und rechts liegendem Kopf constant. Mechanisch ist die Frucht sehr beweglich. Die Palpation ist namentlich rechts schmerzhaft, ebenso rufen die Kindesbewegungen Schmerzen hervor. Herzöne sehr laut und deutlich in der Mittellinie 140; anderweitige auscultatorische Erscheinungen fehlen. Oberhalb der Symphyse sind nach Entleerung der Harnblase etwa 3 bis 4 Cm. über dem Beckeneingang die Contouren des vergrösserten Uterus deutlich zu fühlen. Die prolabirte etwas ödematös geschwellte vordere Scheidenwand lässt sich leicht reponiren. Die Portio vaginalis ist auffallend weit nach vorn und unten verdrängt, sie liegt der Symphyse fast an, so dass der äussere, klaffende Muttermund etwa in der Höhe des Arcus pubis steht. Auf diese Weise fehlt das vordere Scheidengewölbe, doch lässt sich der Finger eine kurze Strecke zwischen Symphyse und vorderer Muttermundlippe in die Höhe drängen. Das ganze hintere Scheidengewölbe, sowie die Seitentheile

des Beckens sind ausgefüllt von einem ziemlich derben etwas ein-drückbaren, nicht verschiebbaren Tumor. Derselbe setzt sich in das grosse Becken überall fort, der nach dem kleinen Becken zu liegende Theil ist convex. Die Oberfläche fühlt sich an als ob einzelne Stränge in verschiedenen Richtungen über sie hinzögen. Die Geschwulst verdrängt den unteren Gebärmutterabschnitt nach vorn, doch ist ein Zusammenhang mit dem Uterus nicht nachzuweisen, vielmehr kann man mit dem Finger eine Strecke weit zwischen der hinteren Muttermundslippe und Geschwulst hinaufdringen. Die Portio vaginalis lässt sich mit dem äusserlich als Uterus erkannten Körper mit bewegen. Per rectum in der Chloroformnarkose untersucht, fühlt man den Tumor wie vom hinteren Scheidengewölbe aus, Kindestheile sind auf diese Weise nicht zu fühlen, ebensowenig Pulsation.

Appetit, Stuhl- und Urinentleerung sind normal. Patientin klagt nur über Schmerzen im obern Theile des Leibes, die besonders heftig des Nachts bei den Kindesbewegungen eintreten. Fieber ist nicht vorhanden. Trotz Bettlage, guter Ernährung bei anfänglich vor-trefflichem Appetit, besserte sich der Ernährungszustand nicht, im Gegentheil das cachektische Aussehen nimmt zu. Manchmal erhebt sich bei heftigen Schmerzanfällen die Temperatur auf 38,2. Nach vierwöchentlicher Beobachtung war der Umfang des Leibes auf 95 Cm. (um den Nabel gemessen) gestiegen. Die obere Grenze des Fruchtsackes ein Finger breit über dem Nabel.

Am 2. December bekam Patientin plötzlich einen so heftigen Schmerzanfall, dass sie zusammenbrach. Gleich darauf fiel es auf, dass der Fruchtsack sich beträchtlich weiter nach oben erstreckte als bisher, er reichte etwa Handbreit über den Nabel. Die Lage der Frucht ist derart geändert, dass der Rücken mehr nach oben und dadurch die linke Seite nach vorn liegt. Die Kindesbewegungen sind sehr deutlich und verursachen die heftigsten Schmerzen. Herztöne sind deutlich zu hören. Die Palpation des Fruchtsackes und des Uterus ist sehr schmerzhaft. Bei der inneren Untersuchung scheinen die über den Tumor verlaufenden Stränge dicker und praller zu sein. Eine Stunde nach diesem Anfall ist die Schwangere völlig schmerzfrei, fühlt keine Kindesbewegungen mehr. Die Herztöne sind nicht mehr zu hören. Am folgenden Tage befindet sich die Schwangere sehr wohl, da keine Kindesbewegungen mehr Schmerzen hervorrufen. Der Fruchtsack hat seine frühere Lage wieder eingenommen, reicht 2 Cm. über den Nabel. Die jetzt eingeführte Sonde zeigt den Uterus 10 Cm. lang, ihr Knopf wird oberhalb der Symphyse dort gefühlt, wo schon früher durch Palpation der Fundus uteri erkannt war. 18 Tage lang war nun das Wohlbefinden der Schwangeren ungetrübt, dieselbe war fieberfrei. Der Fruchtsack verkleinerte sich mehr und mehr, der Umfang am Nabel gemessen ging auf 90 und 89 Cm. zurück. Das Schlottern der Kopfknochen liess sich bald von aussen constatiren. Am 20. December verlor Patientin etwas Blut aus dem Uterus und klagte über Kreuzschmerzen. Die Untersuchung per vaginam ist auffallend schmerzhaft. Die Kranke fieberte Abends

ganz leicht. Bis zum 24. December hielt dieser Zustand ziemlich gleichmässig an. An diesem Tage wird unter heftigen Wehen und ziemlich starker Blutung die Decidua ausgestossen (die auch mikroskopisch als solche erkannt wurde). Danach war ein relatives Wohlbefinden etwa 24 Stunden lang. Plötzlich am 25. December Abends tritt ohne Vorböten ein heftiger Erstickungsanfall ein. Patientin sitzt mit ängstlichem verstörten Gesichtsausdruck, hochrother Färbung der Wangen, bläulicher Färbung der Lippen, kühlen Extremitäten, aufrecht im Bette. Puls klein und äusserst frequent. Sonst nichts Abnormes. Nach Excitantien bessert sich der Zustand, es erfolgt Erbrechen. Auf Chloral verfällt die Kranke in ruhigen Schlaf. Am folgenden Tage geht viel Blut ab, der untersuchende Finger kommt durch den geöffneten Muttermund bis zum Fundus uteri, die Geschwulst im hinteren Scheidengewölbe und das ganze Abdomen sind empfindlich. Es tritt ein Schüttelfrost ein mit heftigen Schmerzen seitlich vom Hypogastrium. Temperatur 39,2. Puls 120. Das Abdomen aufgetrieben, sehr empfindlich. Der Umfang 100 Cm. Mehrmaliges Erbrechen. Diese peritonitischen Erscheinungen hielten in den nächsten Tagen sich auf gleicher Höhe. Der Tumor im hinteren Scheidengewölbe wird praller und tritt bedeutend tiefer. Der Kräfteverfall ist so beträchtlich, dass der Exitus lethalis bevorzustehen schien und fortwährend Cognac, Aether aceticus und andere Excitantien in Anwendung kamen. In den ersten Tagen Januar 1877 trat allmäliger Nachlass der Erscheinungen ein. Der Fruchtsack ist deutlich vergrössert, Umfang 99 Cm., Dämpfung geht handbreit über den Nabel. Links geht dieselbe etwas höher als rechts, nach unten bis zur Symphyse. Seitlich beiderseits tympanitischer Percussionsschall. Innerhalb der Dämpfungsgrenzen überall sehr deutliche Fluctuation, die früher nie deutlich gefühlt worden. Die Kindestheile lassen sich viel weniger gut erkennen als früher.

Da unter weiterer expectativer Behandlung wohl zweifelsohne der Tod eintreten musste, führte ich am 7. Januar die Laparotomie aus. In der Linea alba werden die dünnen Bauchdecken und der dünne durchscheinende Fruchtsack leicht getrennt. Beim Anschneiden des letzteren fliesst eine grosse Menge blutig seröser Flüssigkeit über das die Kranke bedeckende Kautschuktuch zur Erde; ausserdem wurden 900 Gr. aufgefangen. Die Frucht präsentierte sich in der schon beschriebenen Lage und wird leicht zu Tage gefördert. Nach der Abnabelung zeigte ein Zug am Nabelstrang, dass die Placenta noch ganz fest adhärirte. Der linke Theil des Fruchtsackes ist nicht mit der vorderen Bauchwand verwachsen und wird daher durch Catgutsuturen an den linken Wundrand angenäht. Unterdessen quillt noch immer aus der Tiefe der Fruchthöhle blutige Flüssigkeit und bei Brechbewegungen der sonst gut narcotisirten Kranken drängen Därme von oben gegen den dünnen Fruchtsack, der durch Compression der Bauchdecken von aussen gegen Ruptur geschützt wird. Der Sack wird mit Schwämmen gereinigt, einige lose Eihautfetzen und zwei alte grosse Blutcoagula aus demselben entfernt. Er stellt eine

auffallend kleine Höhle dar mit starren Wandungen, starr namentlich nach unten und rechts, wo die Placenta sitzt, die in den Douglas'schen Raum tief hineingeht. Ausserdem bestehen noch nach unten rechts grössere harte Massen, die auch von aussen deutlich zu fühlen sind. Der grössere Theil der Bauchwunde wird durch Catgutsuturen geschlossen und nur der untere Wundwinkel 5 Cm. lang offen gelassen. Durch diese Oeffnung wird der Nabelstrang nach aussen geführt, daneben ein Drainagerohr und einige Gazestreifen in den Fruchtsack eingelegt. Dann Verband mit Protective, Gaze, Salicylwatte. Die Operation hat unter Spray nicht ganz 30 Minuten gedauert und die Kranke sehr wenig Blut dabei verloren. Nach Beendigung der Narcose treten Brechbewegungen auf und dabei wird durch das Drainagerohr noch eine ziemliche Quantität der blutigen Flüssigkeit entleert. Abends nach der Operation Puls 96, Temperatur 37,2. Kein Collapsus.

Die weibliche Frucht ist hochgradig macerirt („faultodt“, nicht zersetzt), 44 Cm. lang, wiegt 1750 Gr., vollkommen normal und gut entwickelt, entspricht etwa dem VIII. Monat. Frucht und Flüssigkeit sind ganz frei von Fäulnisserscheinungen.

Die ersten beiden Tage nach der Operation befand sich die Kranke relativ wohl, vom dritten Tage an begann aber trotz Carbollwasserausspritzungen die Jauchung in dem Fruchtsack und damit hohes Fieber (Morgens meistens 39,0, Abends 40,5). Die Kranke verfällt zusehends, ihre Ernährung ist sehr schwierig, da vollständiger Appetitmangel besteht. Die Höhle wird bei zweimaligem täglichen Wechsel des Verbandes mit starken Carbolsäurelösungen (bis 10%) ausgespült und entleert jedesmal grosse Mengen aashaft stinkender Jauche. Vom vierten Tage an werden jedesmal mit der Kornzange Fetzen der gangränescirenden Placenta entfernt. Dabei verschwindet der Tumor im hinteren Scheidengewölbe mehr und mehr. Einmal folgte nach der Entfernung eines Placentarstückes eine stärkere Blutung, die zur Tamponade des Fruchtsackes zwingt. Die Nähte der Bauchwunde sind sehr bald auseinandergewichen, sodass am vierten und fünften Tage nach der Operation die Höhle in ihrer ganzen Ausdehnung frei liegt. Als am neunten Tage der Douglas'sche Raum freier von Placentargewebe geworden, punktirte ich denselben von der Bauchwunde aus und legte ein Drainagerohr durch. Obwohl durch dasselbe 5% Carbollösung häufig durchgespritzt, dasselbe hin und her bewegt wurde — war der Jaucheaussfluss dadurch nur wenig gefördert. Die Kranke verfiel unter Fieberbewegung (bis 40,0 und 150 Pulse) mehr und mehr. Um die Ausspülung der Wunde vollständiger zu machen, bekommt Patientin am 19. Januar (dem zwölften Tage nach der Operation) ein warmes Bad. In demselben tritt sofort heftigste Dyspnoe ein mit bedenklichem Collapsus. Puls 160 minim. Analeptica. Ebenso ist am folgenden Tage tiefster Collapsus, Kühle der Extremitäten, der Nase, kühler Schweiß, zeitweiliges Trachealrasseln vorhanden. Aetherinjectionen und bedeutende Quantitäten Rum, Eisgrog, Campher (innerhalb 48 Stunden 1,5 Grm.) bes-

sern diesen Zustand vorübergehend, der aber in gleich gefahrdrohender Höhe bis zum 23. Januar bestehen bleibt, nachdem Tags zuvor das Drainagerohr entfernt worden. Die Wunde wird jetzt mittelst Aspiration und einer Hebevorrichtung täglich mehreremal ausgespült und allmählig wandelt sich die Jauchung in reinere Eiterabsonderung um, wobei immer noch Fetzen vom Placentargewebe und Fruchtsack ausgespült werden. Die Kranke fiebert noch längere Zeit, ebenso enthält der Urin lange Eiweiss. Allmählig verschwindet dies, der Appetit wird sehr gut und die Wundhöhle wird kleiner und kleiner. Am 27. März ist dieselbe endlich ganz geschlossen, nachdem Patientin schon seit dem 20. Februar angefangen das Bett zu verlassen. Später kommt es noch einmal zu einer Eiterentleerung aus der Wundstelle, allein schliesslich ist die Heilung mit Bildung einer geringen Bauchhernie vollkommen. Leider hat sich im Verlauf des langen Krankenslagers die schon früher vorhandene Lungenaffection langsam weiter entwickelt. Rechts unter der Clavicula schreitet die Dämpfung fort, es entsteht eine Caverne, der reichliche Auswurf enthält elastische Fasern.

Trotzdem verlangt die Kranke Ende April als geheilt ihre Entlassung aus der Klinik, in die sie jedoch nach einigen Tagen wieder eintritt. Die Phthisis macht stetige aber langsame Fortschritte. Die innere Untersuchung zeigt das Becken vollständig frei, den Uterus ganz beweglich, sodass ausser der dünnen Bauchnarbe nichts auf die vorangegangenen Zustände hindeutet.

Ich würde nur Bekanntes zu wiederholen haben, wenn ich hier auf die Diagnose des Falles eingehen wollte, dieselbe wurde fast bei der ersten Untersuchung mit Sicherheit gestellt. Interessant dürfte in unserem Falle aetiologisch der Umstand sein, dass nach der letzten normalen Niederkunft eine länger dauernde Para- und Perimetritis bestanden hat. Die ersten peritonitischen Erscheinungen sind, wenn auch geringen Grades, gleich nach der Conception eingetreten, denn am 27. Mai, wo die Menstruation (oder eine Blutung?) zu gewohnter Zeit und in gewöhnlicher Weise auftrat, war Patientin bereits im Hospital und an dem einen Tage, wo sie dasselbe danach verliess, wird jeder Coitus auf das Bestimmteste geleugnet. Die Ursache für das Absterben des Kindes im VIII. Monat ist jedenfalls unklar; waren die lebhaften Bewegungen und die eigenthümliche Lageveränderung des Kindes die Ursache des Todes oder traten sie erst durch den Todeskampf ein? Nach dem Absterben hatte die Kranke Ruhe und es begann eine Resorption des Fruchtwassers, jedenfalls eine deutliche Verkleinerung des Fruchtsackes. Am 18. Tage nach dem Absterben der Frucht, also vielleicht etwas später, als wenn dies intrauterin geschehen wäre, begann die Wehenthätigkeit des Uterus, die zur

Ausstossung der Decidua führte. Die Folge dieser Geburtsarbeit waren Blutungen in das Placentargewebe und vor allen Dingen durch die beginnende Loslösung der Placenta Bluterguss in den Fruchtsack. Dafür sprach die schnelle Vergrösserung desselben, das Prallwerden der im Douglas'schen Raume sitzenden Placenta, endlich der blutige Inhalt des Fruchtsackes und die alten Coagula in demselben bei der Operation. Endlich sprechen die Erscheinungen auch für eine beginnende Ruptur des Sackes, indem augenscheinlich Peritonitis eintrat und das Leben der Kranken so bedrohte, dass die Entfernung der Frucht als einziges Rettungsmittel erschien.

Der Bauchschnitt bei Abdominalschwangerschaft ist immer noch eine äusserst selten vorgenommene Operation. Selbstverständlich dürfen dieser Operation nicht zugerechnet werden alle jene nicht eben seltenen Fälle, wo der beginnende Durchbruch eines vereiterten oder verjauchten extrauterin entwickelten Fötus durch Erweiterung der Wunde und Entfernung der Frucht beschleunigt wurde. Diese letzteren Operationen dürften selbstverständlich sein und haben auch nie zu erheblichen Meinungsverschiedenheiten über ihre Nothwendigkeit geführt. Dagegen sind immer von Neuem die Ansichten weit darüber auseinander gegangen, ob man bei jeder Abdominalschwangerschaft die Frucht entfernen soll oder nicht. Es würde zu weitläufig sein, die verschiedenen Autoren hier zu citiren, die für das expectative Verfahren und die für den operativen Eingriff sich ausgesprochen haben — nur mag hier angeführt werden, dass dieser Streit so alt ist wie überhaupt klarere Anschauungen über die Extrauterinschwangerschaft gewonnen waren.

Die geringe Zahl der bis jetzt veröffentlichten Fälle von Laparotomie lässt in keiner Weise ein bestimmtes Urtheil in dieser Frage zu. Am allerwenigsten dürften aber zur Entscheidung die immer noch so beliebten statistischen Zusammenstellungen aus der Literatur einen Werth haben. Es bricht sich wohl mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn, dass auch noch so grosse Zahlen über den Werth operativer Eingriffe nicht entscheiden können, wenn man dabei erstens nicht einmal sicher ist, dass alle vorgekommenen ungünstigen Fälle veröffentlicht sind, wenn ferner von den verschiedensten Operateuren nach den verschiedensten Methoden operirt ist, wenn endlich ein Zustand vorliegt, wie Abdominalschwangerschaft, bei dem kaum ein Fall dem anderen nur

einigermassen gleicht und wo der Allgemeinzustand ein so verschiedener im Augenblick der Operation sein kann. Brauchbare Statistiken sind nur zu erhalten bei vergleichsmässig einfacheren, häufiger vorkommenden Operationen aus der Thätigkeit eines Operateurs. Schon im Eingang habe ich angedeutet, weshalb wir derartiges Material bei Extrauterinschwangerschaft wohl niemals erwarten können. Trotzdem wird es nicht ganz zu umgehen sein, um sich wenigstens eine Vorstellung von der Bedeutung des Eingriffs zu machen, einige Fälle aus der Literatur zu sammeln. Man muss hierbei und überhaupt bei der ganzen Frage zunächst zwei Hauptgruppen unterscheiden: einmal diejenigen Fälle, wo noch innerhalb der normalen Schwangerschaftszeit bei lebendem Kinde operirt wurde (sogenannte primäre Gastrotomie), und dann diejenigen, wo innerhalb oder gewöhnlich nach Ablauf der normalen Schwangerschaft bei todttem Kinde der Bauchschnitt gemacht wurde, weil bedrohliche Zustände seitens der Mutter eintraten (secundäre Gastrotomie). Keller (*Des grossesses extra-utérines*, Paris 1872) stellt 9 Fälle aus der Literatur zusammen, wo bei lebendem Kinde operirt wurde und wobei 7 Kinder und 4 Mütter gerettet wurden. Parry (*Extrauterine Pregnancy*, London 1876) giebt an, dass unter 20 derartigen Fällen 8 Kinder und 6 Mütter gerettet worden seien.¹⁾ Hierher sind dann noch aus neuester Zeit zu zählen der Fall von Gaillard Thomas (*Transactions of the American Gynecologicae Society*, I., p. 185, Boston 1877), wo das Kind während der Operation abgestorben zu sein scheint, die Mutter erhalten wurde, und dann die Operation von Jessop (*Transact. of the London obstetr. Society* XVIII, p. 261), wodurch Mutter und Kind gerettet wurden.

Etwas zahlreicher sind die Fälle, wo nach dem Absterben des Kindes, der Mutter wegen der Bauchschnit ausgeführt wurde. Keller (l. c.) sammelte 21 Fälle derart, wobei die beiden von ihm beschriebenen Operationen Koeberlé's mitgerechnet sind, und fand, dass 16 Mal das mütterliche Leben erhalten wurde. Van Cauwenberghe (*Des grossesses extra-utérines*, Bruxelles 1867) fand, dass unter 8 Laparotomien 4 Mütter gerettet wurden. Parry (l. c.) giebt eine Zusammenstellung von 62 Operationen, die bei Extrauterinschwangerschaft gemacht wurden, 30 Mal mit

1) Spiegelberg, Lehrbuch 1877, S. 326, führt einen Fall von Meadows bei der Keller'schen Zusammenstellung an, den ich weglassen, weil er von Parry auch mitgezählt wird — daher die Differenz in den Zahlen.

günstigem und 32 Mal mit ungünstigem Ausgang. Aus der neuesten Literatur, soweit sie nicht in dieser Zusammenstellung berücksichtigt ist, habe ich hier nur hinzuzufügen einen Fall von Cullingworth (Obstetr. Journ., Januar 1876, p. 660), wo die Mutter starb, ferner von Depaul (Archives de Tocologie II, p. 68), gleichfalls mit tödtlichem Ausgang, drittens eine Beobachtung von Boinet (Archives de Tocologie I, p. 125), wo die Mutter an einer Blutung aus dem Fruchtsack während der Operation zu Grunde ging; endlich operirte Duboué (Archives de Tocologie I, p. 577) mit Glück, indem die Kranke bis auf eine Bauchfistel vollständig genas. Dann gehört hierher der oben beschriebene Fall.

Man wird ohne Weiteres zugeben müssen, dass diese Zahlen kein irgendwie geartetes Urtheil über die Zulässigkeit oder gar über den Werth der Gastrotomie bei Bauchhöhlenschwangerschaft gestatten. Noch weniger dürfte es aber nach den obigen Auseinandersetzungen über den Werth der Statistik erlaubt sein, diese Zahlen mit den sonstigen Angaben über den Ausgang der Bauchhöhlenschwangerschaft zu vergleichen. Hecker (Monatschrift für Geburtskunde XIII, S. 81) fand bekanntlich unter 132 Bauchhöhlenschwangerschaften 76 Mal den Ausgang mit Genesung der Frau, 56 Mal mit Tod. Ganz anders sind die Resultate der Zusammenstellung von Parry (l. c.), der zunächst alle Extrauterinschwangerschaften überhaupt zusammenfasst und dadurch natürlich ein sehr wenig zu verwerthendes Resultat bekommt. In seiner Tabelle finden sich aber 248 Fälle, wo die Extrauterinschwangerschaft bis zum normalen Ende und über dasselbe hinaus währte; wenn man diese, wohl ohne zu grossen Irrthum zu begehen, als Abdominalschwangerschaften ansieht, so endigten 125 davon mit dem Tode der Frau und 122 Mal blieb die Mutter am Leben, in einem Falle fehlen bestimmte Angaben über den Ausgang.

Praktisch nicht unwichtig dürfte aus den Parry'schen Angaben das sein, dass im letzten Schwangerschaftsmonat (Parry bezeichnet ihn als den neunten) von 58 Abdominalschwangerschaften überhaupt nur 13 mit der Erhaltung des mütterlichen Lebens endigten. Noch auffallender ist, dass während in 17 von diesen 58 Fällen im letzten Monat operativ eingeschritten wurde, 8 Mal die Mutter am Leben blieb, 9 Mütter starben, in den 41 anderen Fällen dagegen, wo expectativ verfahren wurde, nur 5 Mal die Mutter lebend blieb, 36 Mal dagegen starb. Somit

ist hiernach nicht nur die Sterblichkeit der Frauen im letzten Monat der Abdominalschwangerschaft überhaupt eine sehr hohe, sondern ganz besonders hoch, wenn nicht operativ eingeschritten wird.

Gewiss ist in den obigen Zahlen keine grosse Ermuthigung für ein actives Vorgehen bei Abdominalschwangerschaft enthalten, bedenkt man jedoch in wie verzweifelten Fällen (auch der von mir beschriebene war ein solcher unter dem expectativen Verfahren geworden) meist erst operirt worden ist, und sieht man, wie gerade in neuester Zeit die Resultate der Operation sich günstiger gestaltet haben, für die primäre Operation die Fälle von Thomas und Jessop, für die secundäre die von Koeberlé, Duboué und der Obige, so dürfte es immerhin an der Zeit sein, ein mehr actives Vorgehen bei der Bauchhöhlenschwangerschaft eintreten zu lassen. Unter dem Eindruck der glänzenden Resultate bei operativen Eingriffen in die Bauchhöhle ist dies in letzter Zeit ja auch schon von Verschiedenen, so zuletzt noch von Spiegelberg (Lehrbuch) geschehen, — allein gerade bei der Seltenheit des in Rede stehenden Krankheitszustandes können günstige Resultate oder ein richtiges Urtheil erst gewonnen werden, wenn die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit des operativen Eingriffes in weitere Kreise gedrungen ist.

Mir scheint es nicht nur gerechtfertigt, sondern unter dem Eindruck des von mir beobachteten Falles sogar Pflicht zu sein, in jedem Fall von Abdominalschwangerschaft, der den achten Schwangerschaftsmonat erreicht, so bald wie möglich zu operiren. Wenn das Kind noch lebt, so wird man wohl immer das Kind retten können, ob dasselbe weiter am Leben bleibt kann nicht in Betracht kommen, denn je länger wir mit der Operation zögern zum Ende der Schwangerschaft hin, um so grösser wird die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind, wie in unserem Falle, plötzlich abstirbt. Es ist also gerade im Interesse für das Kind nicht zu rechtfertigen, bis zum normalen Ende der Schwangerschaft zu warten. Hätte ich die Laparotomie im obigen Falle vor dem Absterben des Kindes gemacht, so wäre nicht nur dasselbe lebend zur Welt gekommen und hätte vielleicht am Leben erhalten werden können, da es jedenfalls lebensfähig war, sondern die Mutter hätte den Eingriff mit seinen Folgen vielleicht auch besser noch überstanden, ihre Phthise hätte sich weniger rapid entwickelt, denn erst durch die Ablösung der Placenta resp. Ruptur des Frucht-

sackes kam die Frau in einen lebensgefährlichen Zustand. Sobald ein in der Bauchhöhle entwickeltes Kind abgestorben ist, soll man ebenfalls zur Laparotomie schreiten. In diesen Fällen dürfte die Operation so schnell wie möglich auszuführen sein, bevor die Phänomene der Geburt eintreten. Wir wissen, dass diese, wie in unserem Falle, fast ausnahmslos einige Tage nach Absterben der Frucht eintreten und gerade bei diesen Vorgängen kommt es am leichtesten zu partieller Losschälung der Nachgeburt, Zerreißung des Fruchtsackes mit nachfolgender innerer Blutung, Peritonitis u. s. w., sodass dann gewöhnlich das Leben der Kranken äusserst gefährdet ist. Während dieser Erscheinungen zu operiren, dürfte jedenfalls eine sehr ungünstige Prognose geben und nur durch die höchste Lebensgefahr vielleicht hier und da zu rechtfertigen sein. Wenn diese stürmischen Erscheinungen der Geburt vorüber sind, dann wird man jedenfalls das weitere Verhalten von dem Befinden der Kranken abhängen lassen müssen. Ist der Kräftezustand, das Gesamtbefinden günstig, so wird man die Bildung eines Steinkindes oder die spontane Ausstossung der Frucht abwarten können, ist im Gegentheil der Zustand der Kranken schlecht, die Kräfte sinkend, Fieber vorhanden, dann wird immer noch der Bauchschnitt die einzige Möglichkeit, das Leben zu erhalten, bilden.

Ob diese Grundsätze richtig sind, ob durch Befolgung derselben, wie ich glaube, eine grössere Anzahl Menschenleben gerettet werden können — das kann nur entschieden werden, wenn man mindestens eine längere Zeit hindurch diesen Grundsätzen folgt. So lange bei Bauchhöhlenschwangerschaft wie bisher nur ungern und zögernd zur Laparotomie geschritten wird, womöglich erst nach Absterben der Frucht oder gar immer erst bei eintretenden lebensgefährlichen Zuständen der Frau, womöglich wenn dieselbe dem Tode nahe ist, so lange werden wir nie ein sicheres Urtheil über die Behandlung dieses gefährlichen Zustandes bekommen. Was die Operation selbst anlangt, so hat man immer ein grosses Gewicht darauf gelegt, dass der Eisack womöglich von der Bauchhöhle abgekapselt oder mit den Bauchdecken verwachsen sei. Im Allgemeinen lässt sich ja nicht leugnen, dass die Prognose in diesem Falle günstiger sein dürfte, doch lehren die Beobachtungen bei Ovariectomie und auch der Fall von Jessop (l. c.), bei welchem die lebende Frucht frei in der Bauchhöhle lag (Jessop giebt an auch keine Eihäute gesehen zu haben — was wohl eine physiologische Unmöglichkeit sein dürfte, die Eibläse wird während oder kurz vor der Operation geplatzt sein), dass durch

das Fehlen eines derberen mit der Umgebung verwachsenen Fruchtsackes die Operation nicht contraindicirt wird. Wenn vor oder bei der Operation eine Zerreißung des mit der Umgebung verwachsenen Sackes eintritt, oder wenn diese Verwachsung nicht überall gleichmässig ist, kurz, wenn an irgend einer Stelle eine Communication mit der Peritonealhöhle besteht, so wird man gut thun, wie Koeberlé und ich es gethan haben, diese Stelle durch Suturen zu schliessen oder an den Rand der Bauchwunde anzunähen. Bedenklicher dürfte es sein, wenigstens bei Operationen während des kindlichen Lebens, wenn man die Placenta durchtrennen müsste. Koeberlé kam in einem seiner Fälle, wo nach dem Absterben des Kindes operirt wurde, auf die Nachgeburt, ebenso würde in dem von mir in Zürich beobachteten Falle von Ovarialschwangerschaft, den man nach unseren bisherigen Kenntnissen während des Lebens für Abdominalschwangerschaft halten musste, die Nachgeburt bei der Gastrotomie verletzt worden sein, wenn man nicht vielleicht den Sack in toto hätte entfernen können (vergl. Hess, Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft. Dissertat., Zürich 1869). In solchen, voraus nicht mit Sicherheit zu bestimmenden Fällen würde eine schwer zu bemeisternde, wohl leicht tödtliche werdende Blutung eintreten. Dass man im Uebrigen bei der Gastrotomie die Nachgeburt und den Fruchtsack zurücklassen muss, darüber besteht wohl heutzutage kein Zweifel mehr; die Entfernung ist meist ein Ding der Unmöglichkeit und mit den grössten Gefahren verknüpft. Drängt sich die Placenta selbst hervor (wie in dem Fall von Schreyer) oder ist ihr Zusammenhang mit dem Peritoneum so gelockert, dass sie einfach hinwegzunehmen ist, dann wird man sie entfernen müssen. Gerade in dem Umstand, dass Placenta und Fruchtsack mehr oder weniger durch Jauchung ausgestossen werden müssen, liegt nun die Hauptgefahr der in Rede stehenden Operation. Dass man diese Gefahr so viel wie möglich beseitigen oder beschränken muss durch streng antiseptisches Verfahren, dürfte wohl keinen Widerspruch finden. Nur die Anwendung des Spray's halte ich für überflüssig, ja möglicherweise für schädlich. Obwohl ich ihn in diesem Falle, unter dem Banne der medicinischen Mode stehend, noch angewendet habe, so habe ich mich bei den von mir in letzter Zeit ausgeführten Ovariectomien (die, vier an der Zahl, hintereinander glücklich verliefen) davon emancipirt und halte ihn bei Operationen in der Abdominalhöhle für bedenklich. Meine Ansicht stützt sich auf die Experimente von Wegner und ob ein

erwärmter Spray leicht in der nöthigen Weise herzustellen ist und dann wirklich weniger gefährlich ist, das müssen erst neue Experimente lehren. Diesen exacten Wegner'schen Experimenten gegenüber kann die klinische Erfahrung Einzelner, meiner Ansicht nach, gar nicht ins Gewicht fallen. Wenn von Kocher u. A. gerade auf die Anwendung des Spray's bei Ovariectomien so grosser Werth gelegt wird, weil dabei eine Reihe günstiger Erfolge erzielt sind, so dürften diese kleinen Zahlen doch gar keine Bedeutung haben, wenn man sie mit den Resultaten Spencer Wells' und Koeberlé's vergleicht, die gar nicht desinficirend bei ihren Operationen verfahren, oder mit denen von Hegar, der zwar sorgfältig desinficirt, aber den Spray nicht anwendet. Unsere Kenntnisse über das Wesen der eitrigen Infection sind ebenso umfangreich wie unsicher. Ueber den Werth des Spray's sind gar keine exacten Kenntnisse vorhanden. Bei solcher Sachlage halte ich es für richtig, den Resultaten sorgfältiger experimenteller Untersuchungen mehr zu trauen, als der unvollkommenen Methode der klinischen Erfahrung! Dazu kommt noch, dass der Spray jedenfalls ziemlich unbequem bei allen diesen Operationen ist.

Aehnliches gilt von der Drainage des Douglas'schen Raumes. Wenn die Placenta, wie in unserem Falle, im Douglas'schen Raume inserirt ist, so kann von einer Drainage desselben gar keine Rede sein. Nachdem die Nachgeburt so weit verjaucht war, dass die Punction nach dem hinteren Scheidengewölbe möglich war, führte ich dieselbe aus, um dem jauchigen Secret womöglich fortwährend Abfluss zu verschaffen. Der Erfolg war jedenfalls null, ja es schien eine Verschlimmerung danach einzutreten, vielleicht weil von der frisch gesetzten Wunde der Punctionsstelle leichter inficirende Stoffe resorbirt wurden. Meine Erfahrungen über die Drainage des Douglas'schen Raumes bei der Ovariectomie sind hiermit in einer gewissen Uebereinstimmung. So werthvoll es ist, den in der Bauchhöhle vorhandenen Flüssigkeitsmengen Abfluss zu verschaffen, so gefährlich ist die Drainage — sie erleichtert eine nachträgliche Infection ungemein, wie dies von Anderen ja schon längst hervorgehoben. Ich punctire den Douglas'schen Raum daher bei Ovariectomien nur dann, wenn besonders viel blutige Flüssigkeit überhaupt in das Cavum peritonei geflossen, oder wenn Wunden desselben gesetzt sind, die ein solches Secret noch zu liefern im Stande sind. In solchen Fällen soll aber das Drainagerohr nur 12—24 Stunden liegen bleiben und womöglich nur bis zum Boden des Douglas'schen

Raumes gehen, d. h. nicht zum unteren Winkel der Bauchwunde herauskommen, sondern nur zur Scheide, während die Bauchwunde vollständig geschlossen ist.

Irgend eine leicht wieder herzustellende Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe zu haben, kann nach meinen Beobachtungen geradezu lebensrettend für die Operirte sein, wenn eine Zersetzung des Inhaltes des Douglas'schen Raumes eingetreten ist. Ohne vorher gemachte und dann leicht mit einem stumpfen Instrument, einer Sonde u. dgl. wiederherzustellende Oeffnung ist aber die Punction des Douglas'schen Raumes von der Scheide aus später eine ebenso schwierige wie unsichere Operation. Daher möchte ich, wie gesagt, eine Punction des Cavum Douglasii für einige Stunden nach der Ovariectomie, bei vollständigem Verschluss der Bauchwunde, in all den Fällen anrathen, wo eine grössere Menge blutigerer Flüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt ist. Nach der Laparotomie bei Abdominalschwangerschaft ist die Jauchung doch, wie auseinandergesetzt, nicht zu umgehen und hier wird man sonst für möglichst vollständigen Abfluss oder Entleerung der jauchenden Massen zu sorgen haben, wobei immerhin die Drainage des Douglas'schen Raumes ihren Werth haben kann. In unserem Falle war dieselbe eher schädlich als nützlich.