Ein Fall von sekundärer Abdominalgravidität mit ausgetragenem lebenden Kinde.

Von Dr. A. Sittner in Brandenburg a. H.

Vorgeschrittene Extrauterinschwangerschaften, bei denen durch Bauchschnitt ein lebendes Kind gewonnen wird, gehören nicht zu den alltäglichen Erscheinungen. Um so mehr muß es als Seltenheit gelten, wenn sich in der Praxis eines einzelnen zwei derartige Fälle hintereinander ereignen. Nur 14 Fälle finden sich insgesamt in der Literatur, bei denen der gleiche Operateur zweimal, und nur vier Fälle, bei denen er sogar dreimal Gelegenheit gehabt hat, lebende, über die erste Hälfte der Schwangerschaft hinaus entwickelte ektopische Früchte durch die Laparotomie zu entfernen.¹⁾ Olshausen steht als einziger da mit dreimal im letzten Monat vollführter Operation, Rein vollzog den Bauchschnitt im 10., 9. und 6., Tauffer im 6., 7. und 10. Monat, und die drei Fälle von Zweifel entstammen sämtlich der Zeit zwischen 21. und 24. Woche. Von den Operateuren der Doppelfälle gewannen Cragin, Treub, Perlis und Fischer Früchte aus dem letzten Schwangerschaftsmonat, v. Fernwald, Handfield-Jones und Hildebrandt operierten je im 9. und 10., Sneguireff im 8. und 10., Guéniot im 7. und 10., Frommel im 6. und 10., Negri im 8. und 9., Martin im 7. und 9., Marchand im 6. und 9. und Winter im 6. und 7. Monat.

Die Zahl dieser Doppelfälle bin ich in der Lage um einen neuen Fall zu vermehren. Nachdem ich im Jahre 1900 eine mit lebender Frucht bis zum achten Lunarmonat vorgeschrittene Extrauteringravität beobachtet und nach glücklichem Austrag über ihren Verlauf berichten konnte, — Archiv für Gynäkologie Bd. 64, H. 3 sowie Deutsche medizinische Wochenschrift 1903, No. 41—43 — habe ich vor kurzem einen zweiten solchen, diesmal aber bis zum Schwangerschaftsende gediehenen Fall zu behandeln Gelegenheit gehabt, und ich bringe auch ihn bei dem immerhin noch beschränkten Umfange der einschlägigen Kasuistik als Baustein für die Lehre von den Spätformen der nicht unterbrochenen Extrauteringravität zur allgemeinen Kenntnis.

Die 34jährige Schiffersfrau G. hat vor 14 Jahren einmal geboren. Das Kind starb, zehn Wochen alt, an Brechdurchfall. Das Wochenbett verlief ohne Störung. Sonst stets gesund, hat Patientin vor 12 Jahren wegen Lues eine Schmierkur durchgemacht. Die Regel erschien vom 18. Lebensjahre ab regelmäßig vierwöchentlich, war schmerzlos und von mäßiger Menge. Die letzte Regel verlief normal vom 17. bis 20. Juni 1904. Als die Menstruation im Juli und August nicht wiederkam, hielt sich Patientin für schwanger und war darüber hochbeglückt. Da von der ersten Juliwoche ab Schmerzen im Unterleib bestanden, konsultierte Frau G. Mitte August einen Arzt, welcher eine Retroflexio feststellte und Aufrichtungsmanöver vornahm. Der Eingriff bewirkte eine Verschlimmerung, Kreuz- und Leibschmerzen nahmen zu. Daher begab sich Patientin am 20. August 1904 in meine Behandlung. Die Untersuchung ergab die rechten Adnexe verdickt, den Uterus vergrößert, weich, retroflektiert, wenig beweglich und links neben ihm einen kleinfistgroßen, gespannten, unverschieblichen und recht empfindlichen Tumor. Die Diagnose wurde auf Retroflexio uteri gravid, Perimetritis und Pyosalpinx sinistra gestellt und Patientin mit Bettruhe, Umschlägen und Opium behandelt. Daraufhin ließen die heftigsten Schmerzen wohl nach, aber ein gewisses Unbehagen im Leib blieb konstant. Das ging so bis zum 6. September. An diesem Tage setzte eine plötzliche Schmerzattacke in der linken Unterbauchgegend ein, verbunden mit Ohnmachtsanwandlungen, Blutabgang aus der Scheide, Aufschwellung des Leibes, unaufhörlichem Aufstoßen, raschem Puls und erhöhter Temperatur. Die

¹⁾ Anmerkung bei der Korrektur: Die letztere Zahl erhöht sich auf 5, da Dr. Th. Landau, der Operateur des unten geschilderten Falles, inzwischen zum dritten Male Gelegenheit gehabt hat, eine lebende Frucht durch die Operation einer vorgeschrittenen Extrauteringravität zu gewinnen.

innere Untersuchung zeigte den vergrößerten Uterus in der früher gefundenen Position und die ganze linke Seite ausgefüllt von einer bis dicht über die Beckenkante heraushängenden Geschwulstmasse.

Angesichts dieses Zustandes lag die Annahme nahe, daß die bei der Untersuchung im August gefühlte linksseitige Geschwulst fälschlicherweise als eine entzündliche angesprochen worden, tatsächlich aber ein ektopischer Fruchtsack gewesen war, welcher soeben unter Hämatocelenbildung eine Ruptur erlitten hatte. Der Patientin wurde daraufhin die sofortige Operation angetragen. Von einer solchen aber wollte sie unter keinen Umständen etwas wissen. Die Therapie mußte sich daher auch weiterhin auf Verabfolgung palliativer Mittel beschränken. Die Attacke verlief günstig, das Befinden besserte sich. Ende September war Frau G. soweit hergestellt, daß sie eine Besuchsreise nach Berlin unternehmen konnte. Hier begab sie sich in eine Frauenklinik, aus der sie aber bald wieder entlassen wurde. In den folgenden vier Monaten ließ der Zustand, abgesehen von kleineren Schmerzanfällen, kaum zu wünschen übrig. Im November traten die Kindesbewegungen auf, lebhaft, aber nicht sonderlich schmerzhaft. Erst Anfang Januar 1905 kam es zu einer heftigen peritonitischen Reizung unter Aufschwellung und erhöhter Empfindlichkeit des Leibes, starkem Brechreiz und quälendem Aufstoßen. In der linken Leibseite ließ sich jetzt ein vom Becken aufsteigender, bis handbreit unter den Rippenbogen reichender, die Nabellinie nach rechts nicht überschreitender, prallelastischer Tumor tasten. Er war unverschieblich, zeigte auf Reibung keine Kontraktion, war an seinem linken Rande sehr empfindlich und ließ ebenda ein lautes Sausen hören. Einzelheiten in seinem Innern zu unterscheiden gelang nicht, dagegen empfand die aufgelegte Hand stoßende Fruchtbewegungen. Bei der vaginalen Untersuchung stand die Portio unterhalb der Spinallinie. Die Cervix war aufgelockert, bis zum innern Muttermund für den Finger passierbar und ging nach hinten in eine weiche, faustgroße, den Douglas füllende Resistenz über, die sich nach oben in den über dem Becken getasteten Tumor ohne Grenzen fortsetzte.

Auf Grund der Anamnese und des eben erhobenen Befundes, wonach die Douglasresistenz als das Uteruscorpus, der Bauchtumor als ektopischer Fruchtsack angesprochen werden konnte, lag die Annahme einer in voller Entwicklung begriffenen Extrauterinschwangerschaft ziemlich nahe. Allerdings, da der Beckentumor so gar nicht sich von dem Bauchtumor abgrenzen ließ und vordem sicher eine Retroflexio konstatiert worden war, konnte der augenblickliche Befund, wenn man sich vorstellte, daß anfangs doch eine Schwangerschaft im rückwärtsliegenden Uterus bestanden hätte und es in der Folgezeit dann an der heraufwachsenden und sich aufrichtenden Gebärmutter durch Adhäsionen zu einer Auszerrung an ihrer Rückfläche gekommen wäre, ganz gut der Deutung Vorschub leisten, als bestände ein im achten Lunarmonat gravider Uterus mit einer den Douglas füllenden Aussackung seiner hinteren Wand. Eine Klärung mußte der weiteren Beobachtung überlassen bleiben. Der augenblickliche Anfall war nach acht Tagen abgeklungen. Eine zweite Untersuchung am 6. Februar ließ innerhalb der Bauchgeschwulst deutliche Fruchtkonturen, vornehmlich oben den Steiß und über dem linken Schambein den ballotierenden Schädel, unterscheiden und am rechten Rande in der Nähe des Nabels die Herztöne wahrnehmen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich mehr als günstig, unsere Patientin war ununterbrochen wohlhaft, wenn auch ab und zu belästigt durch öfteres Aufrülpsen und etwas Schmerzempfindlichkeit in der linken Leibseite. Eine neue Untersuchung am 2. März ergab keine Veränderung im früheren Befunde, indessen schien es, als ob sich die Beckenresistenz um etwas gegen den oberen Geschwulstabschnitt verschieben ließe, und eine vorsichtig geführte Sonde drang spielend leicht nach hinten in das Douglassegment. Der Verdacht, daß die Frucht nicht im Uterus liege, wurde dringender, aber Patientin wollte bei ihrem vorzüglichen Befinden an keine Abnormalität ihrer Schwangerschaft glauben und lehnte Operation oder wenigstens klinische Ueberwachung rundweg ab. Die folgenden Tage verliefen noch ungestört, bis am 17. März eine schwere Attacke einsetzte. Die Kranke wälzte sich unter der Wucht des Schmerzes. Derselbe hatte Wehencharakter, und deutlich ließ sich konstatieren, daß der Bauchtumor bei jeder Pseudowehe sich spannte und den Douglas nach der Scheide zu vorwölbte. Der Leib war wieder gespannt und exzessiv schmerzhaft, die Temperatur erhöht. Einen wichtigen Befund gab die Austastung der Cervix. Hier hatte sich der innere Muttermund geöffnet und der Finger gelangte durch ihn in das allseitig umschlossene Innere der Beckenresistenz, womit bewiesen war, daß diese nicht bloß ein Segment, sondern den ganzen Uterus repräsentierte, also wirklich eine Extrauterin gravidität vorlag. Patientin wurde nunmehr nach der L. und Th. Landauschen Frauenklinik gebracht, woselbst von Dr. Th. Landau am 20. März die Operation vollzogen wurde.

Nach Eröffnung des Leibes stellt sich eine große, dünnwandige

Cyste ein, welche beim Versuch, sie herauszuheben, platzt und viel Flüssigkeit entleert. Zugleich entsteht eine starke Blutung aus der Tiefe des Beckens, die aber durch Aortenkompression beherrscht wird. Nach Heraushebung der lebenden Frucht trifft man im Verfolg der Nabelschnur auf die die Rückwand des Sackes bildende Hauptmasse der Placenta, welche mit den oberen zwei Dritteln frei in die Bauchhöhle hinaufragt und nur mit dem unteren Drittel, und zwar im kleinen Becken inseriert. Sie wird hier ohne Schwierigkeit stumpf losgelöst und hängt nun ausschließlich an ihren über einen weiten Bezirk hin an Darmschlingen, Netz, Peritoneum parietale, Uterus, Lig. lat. sinistr. und am Beckenboden adhären Eihäuten. Diese werden von oben nach unten, stellenweise unter großer Mühe, abgetrennt, und auf diese Weise wird der Sack zum größten Teil entwickelt, nach dem linken Lig. lat. zu gestielt und abgetragen. Am Darm und im Becken sitzengebliebene Membranreste werden nachträglich entfernt, das Fruchtsackbett tamponiert und die Bauchhöhle bis zum unteren Wundwinkel geschlossen. Der Uterus zeigte sich mannsfaustgroß, die rechten Adnexe lagen in Adhäsionen, die linken Anhänge fehlten. Patientin erlitt am elften Tage post operationem eine Thrombose des linken Beines und konnte darum erst am 49. Tage entlassen werden. Das Kind, ein Knabe, wog 3250 g bei einer Länge von 48 cm und war ohne Mißbildungen. Er ist am Leben geblieben, hat sogar einen schweren Brechdurchfall und Keuchhusten überstanden und ist heute die Freude der übergelücklichen Eltern. Das von Herrn Priv.-Doz. Dr. Pick untersuchte Präparat besteht aus der massigen Placenta mit anhängendem, durch Adhäsionsmembranen verstärkten Amnion. Reste der Tube oder des Ovariums sind auch mikroskopisch nicht nachweisbar.

Es handelt sich in dem Falle um eine sekundäre Abdominalgravidität infolge Ruptur eines primär in der linken Tube entwickelt gewesenen Fruchtsacks. Sekundäre Bauchschwangerschaften bei ursprünglicher Haftung des Eies innerhalb der Tube entstehen zu allermeist durch Ruptur der letzteren. Die Annahme, daß ein im Eileiter angelegtes Ei durch Tubarabort in seiner Gänze in die Bauchhöhle hinausgeschwemmt werden und hier eine neue Anlagerungs- und Ernährungsstätte finden könne, begegnet berechtigten Zweifeln und ist, wenigstens für die nicht ganz frühen Stadien der Schwangerschaft, vom entwicklungsphysiologischen Standpunkt aus recht anfechtbar. Dagegen ist der teilweise erfolgende Austritt des Eies aus der intakten Tube derart, daß das nahe dem Fimbriende eingenistete Schwangerschaftsprodukt unter Dehnung des abdominalen Ostium mit einem Segment in die Bauchhöhle hinauswächst oder bei partiellem Abort den aus dem gerissenen Eisack ausgeschlüpfen Foetus auf benachbarte Peritonealgebiete hinausgelangen läßt, ein anatomisch verständliches und durch tatsächliche Beobachtung erhärtetes Vorkommnis. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle jedoch erfolgt das Uebergreifen des Eies auf die Bauchhöhle nach Durchbrechung der die Eihöhle umschließenden Tubenwand. Da infolge der für das Fortkommen einer Schwangerschaft ungünstigen Wandverhältnisse des Eileiters das unter die spärliche Mucosa sich eingrabende Ei von Anfang an im Bereich der Muscularis seine ersten Wurzeln schlägt, so gelangt der wuchernde Trophoblastmantel nach Rarefizierung seines muskulären Bettes gewöhnlich rasch genug bis in die seröse Umkleidung der Tube, indem die doppelreihige Zellenbekleidung der Zotten das mütterliche Gewebe überall durch Arrosion und Degeneration derart zum Schwinden bringt, daß schließlich die Eileiterwand durch diesen Zerstörungsprozeß am Sitze des Eies ihrer normalen Struktur beraubt und an deren Statt gebildet wird von der Aftermasse der gewucherten Chorionelemente. Einzelne Autoren allerdings leugnen den destruierenden Einfluß der letzteren und erklären das Vordringen des Eies bis zur Serosa durch Hineingelangen und Weiterwachsen von Zotten in die tiefen Venen (Veit, Pfannenstiel) oder durch Einwanderung des Eies in einen vom Tubenlumen intramuskulär abzweigenden Divertikelgang (Micholitsch), indessen entspricht die geschilderte Art der zerstörenden Wirkung des Eies der von der überwiegenden Mehrzahl der Forscher gehuldigten Anschauung.

Wird durch den Abnagungsprozeß die gradatim immer mehr geschwächte Eileiterwand allmählich zur Auflösung gebracht, so gelangt das Ei ohne reaktive Erscheinungen aus der Tube hinaus in die Bauchhöhle, und eine große Reihe der Fälle von sekundärer Abdominalschwangerschaft verdankt die Symptomlosigkeit ihres Entstehens eben dem Umstande der nach Art einer Usur schleichen erfolgt und durch kein brüskes Ereignis gestörten Einschmelzung der Tubenwand. Zumeist aber kommt es, ehe noch die letztere beendet ist, durch einen die dünne Decke sprengenden Spannungsdruck zur Katastrophe der Ruptur. Sei es, daß eine Kontraktion der in der Nähe des Eisitzes erhaltenen Muskulatur oder eine durch Gefäßarrosion entstehende, das Eibett unterwühlende Blutung oder ein die Patientin von außen treffendes Trauma erfolgt, in allen

diesen Fällen kann die durch den Zotteneinbruch zur Ruptur gewissermaßen prädestinierte Deckschicht dem Ueberdruck nicht standhalten und platzt daher in mehr oder minder großer Ausdehnung auf. Die gewöhnliche Folge der Ruptur ist die Vernichtung der Gravidität durch Absprengung des Eies von seinem Haftboden. Ausnahmsweise aber entgeht die Schwangerschaft diesem Schicksal, und zwar dann, wenn das Ei nicht vollkommen ent wurzelt wird, sondern so viel placentare Haftfläche behält, daß durch sie der Fortbestand des Fruchtlebens gesichert wird.

Geschieht dies, so geht die Schwangerschaft weiter, es kommt zur sekundären Abdominalgravidität. Während dabei gewöhnlich die Frucht den Eileiter völlig verläßt und sich in der Bauchhöhle entweder in ihren normalen Hüllen oder, falls diese gerissen sind, vollkommen frei zwischen den Därmen oder in einem von Pseudomembranen gebildeten, sekundären Sack fortentwickelt, kann die Nachgeburt in toto innerhalb der Tube sitzen bleiben. Dieses trifft jedoch nur für wenige Fälle zu, in der Mehrzahl derselben findet sich auch die Placenta außerhalb der Tube über peritoneale Gebiete ausgebreitet und an Organen der Becken-Bauchhöhle inseriert. Zur Erklärung eines solchen absonderlichen Verhaltens nimmt Werth, der große Kenner auf dem Gebiete der Extrauteringravidität, an, daß es sich vor allem hierbei wohl nicht um einen wirklichen Austritt der Placenta aus der Tube und somit auch nicht um eine unmittelbare Implantation derselben auf dem von ihr in der Peritonealhöhle überwachsenen Gebiet handeln dürfte. Nach seiner Ansicht verläßt auch nach der Ruptur die Placenta ihren ursprünglichen Haftboden nicht, sondern wächst in bleibendem Zusammenhang mit der gerissenen tubaren Sackwand in die Becken-Bauchhöhle hinüber, sodaß sie also mit der Eingeweideserosa nicht direkt in Verbindung tritt, sondern nur durch Vermittlung dieser ihrer mitgewachsenen, von der Tubenwand gebildeten Haftfläche; erst später allerdings und sekundär vermögen die Zotten, indem sie die dünne Eileiterwand durchwachsen, auch einen direkten Zusammenhang mit denjenigen Organen der Becken-Bauchhöhle zu gewinnen, mit denen vorher und primär die Tubenwand sich durch Verklebung verbunden hatte.

Unterliegt es keinem Zweifel, daß für eine große Reihe von Fällen diese Werthsche Deutung zutreffend sein wird, so lassen sich doch mit ihr diejenigen Beobachtungen nicht erklären, bei denen neben dem in der Bauchhöhle liegenden Ei die Genitalien in situ und vollkommen intakt vorgefunden werden. Denn da hier ein eigentlicher, von dem Geschlechtsapparat ausgehender Fruchtsack garnicht existiert, so kann die Placenta auch nicht erst durch Vermittlung eines solchen, sondern sie muß von Anfang an zu dem von ihr besetzten Peritonealgebiet in direkte Beziehung getreten sein. Das aber kann geschehen durch einen Vorgang, auf den nach bestimmter Richtung hin bereits Kamann hingewiesen hat, nämlich durch einen aus der Tube heraus ganz allmählich erfolgenden Ablösungs- und Translokationsprozeß. Wird bei dem Ereignis der Ruptur oder bei dem Vorgang der Usur das Ei in einem umschriebenen Bezirk seiner Haftung entwurzelt, so kann dieser losgelöste und aus dem Tubeninnern prolabierende Placentarlappen an einem seiner Austrittsstelle normaler Weise oder infolge entzündlicher Verwachsung mit der Tube pathologischer Weise benachbarten Organ der Becken-Bauchhöhle durch adhäsive Verklebung eine Neuanheftung gewinnen. Selbstverständlich darf die Ablösung im Haftbezirk keine extensive sein, da ja sonst der zurückbleibende Placentarrest nicht genügt, um den Fortbestand der Schwangerschaft zu sichern. Während dann das ausgetretene Stück Placenta, nachdem es auf peritonealem Boden eine neue Anlagerungsstätte und dadurch neuen Anschluß an die mütterlichen Gefäßbahnen gewonnen hat, seine der Fruchtversorgung dienende Funktion wiedergewinnt, kann von dem in der Tube sitzengebliebenen Zottenstamm ein neuer Teil sich lösen, austreten und im Bauchraum verkleben. Indem auf diese Weise immer weitere Abschnitte aus dem Eileiter auswandern, gelangt schließlich in langsamer Transmigration das gesamte Ei in den Bauchraum, während die vollkommen frei gewordene Tube an der Verletzungsstelle bis zu einer eben noch mikroskopischer Erkenntnis zugängigen Narbe verheilt.

Daß eine solche direkte Verpflanzung der Placenta auf ein intraperitoneales Gebiet statthaben kann, wird auch durch gewisse Befunde bei Tieren wahrscheinlich gemacht. Berichte schon aus früherer Zeit, neuerdings von Pembrey und Smith, melden, daß bei Kaninchen und Hasen freiliegende Fruchtsäcke in der Bauchhöhle außer Konnex mit den Genitalien gefunden worden sind. Einen ähnlichen Befund haben in jüngster Zeit Kamann, Wolff und Happe beim Kaninchen erhoben, nur mit dem Unterschied, daß hier der Fruchtsack in vaskularisierter Verbindung mit dem Netz stand. Ob in diesen Fällen ein einfaches, nach Uterushornverletzung erfolgtes Hinausgelangen von intrauterin entwickelt gewesenen, bei der Ausstoßung abgestorbenen und nachträglich mit dem Netz verwachsenen Fruchtkugeln vorgelegen hat

oder ob es sich um einen frühzeitigen Austritt des lebenden Eies mit sekundärer Entwicklung im Bauchraum gehandelt hat, entzieht sich der sicheren Beurteilung. Daß aber eine solche sekundäre Bauchschwangerschaft möglich ist, und zwar so, daß die Placenta den ursprünglichen Fruchthalter verläßt, sich direkt dem neuen Mutterboden einpflanzt und auf ihm weiterwächst, beweist die folgende Beobachtung, welche ich selbst gelegentlich einiger Tierversuche habe machen können. (Ausführlich publiziert im Archiv für Gynäkologie Bd. 69, H. 3.)

Einem acht Tage trächtigen Kaninchen wird an beiden Uterushörnern je eine Fruchtkammer geschlitzt und der kleine Foetus vorsichtig in die Bauchhöhle herausgehoben. Drei Wochen später wirft das Tier zwei ausgetragene Jungen. Es wird darauf getötet und geöffnet. In der linken Oberbauchgegend, frei zwischen den Därmen, liegen drei ausgewachsene Foeten, von denen zwei durch kurze Nabelstränge mit den zugehörigen Placenten und diese mit dem Netz in Verbindung stehen. Tief unterhalb dieses ektopischen Eisesitzes finden sich an richtiger Stelle die normalen Genitalien und an den Uterushörnern, entsprechend der Stelle des vordem angelegten Eröffnungsschnittes der Eikammern, je eine feine, von einem Fibrinknötchen überlagerte Narbe. Dieser Befund kann im Hinblick auf den vorausgegangenen Eingriff kaum anders erklärt werden, als daß hier im Anschluß an die Uterusschlitzung ein gradatim erfolgter Austritt der lebend gebliebenen Eier mit Festsetzung, Weiterentwicklung und Reifung über dem Netz stattgefunden hat und daß, da bei der Intaktheit der Genitalien eine von der ursprünglichen Eikammer abstammende Fruchtsackumhüllung garnicht existiert, die Haftung der Placenta in der Bauchhöhle eine direkte und unmittelbare sein muß.

Neben den drei gewöhnlichen Insertionsformen der bei sekundärer Abdominalgravidität atypisch gelagerten Placenta, nämlich Haftung ausschließlich auf Organen der Beckenhöhle oder der Bauchhöhle oder beider kombiniert, findet sich in seltenen Fällen noch eine vierte Art, indem die Nachgeburt mit einem kleinen unteren Segment in der Beckenhöhle festwurzelt, mit dem größeren oberen Abschnitt ohne jede Anlagerung, vollkommen frei in die Bauchhöhle hinaufragt. Olshausen und Champneys haben diesen Ausbreitungsmodus der Placenta beobachtet, und merkwürdiger Weise lag derselbe auch in meinen beiden Fällen vor. Ein solcher zungenförmig frei aufragender Placentarlappen kann leicht für den Uterus gehalten werden. Champneys unterlag diesem Irrtum, und die gleiche Verwechslung passierte bei meinem ersten Falle, und zwar selbst noch im Beginn der Operation bei offener Bauchhöhle.

Auf ähnliche diagnostische Schwierigkeiten bezüglich Differenzierung des Uterus stieß man auch bei meinem zweiten, dem oben mitgeteilten Falle. Die Entscheidung der Frage, ob die gefühlte Beckenresistenz der Uterus oder nur ein Segment desselben sei, war durchaus keine leichte. Sicherheit darüber wurde erst gewonnen, als es bei der Wehenattacke am Ende der Schwangerschaft gelang, in das Uteruscavum mit dem Finger vorzudringen. Dieses Schwankende in der Diagnose sowie die Operationsscheu der Patientin mußten naturgemäß den Zeitpunkt des Messereingriffes sehr beeinflussen. Zweifelloso wäre der richtige Moment dafür die Rupturattacke im dritten Monat gewesen, aber weder da ließ sich eine operative Therapie erreichen, noch viel weniger später, als außer der mangelhaften Diagnose das vorzügliche Befinden der Patientin jedem Eingriff im Wege stand.

Das eine allerdings wurde durch das hinhaltende Verfahren erreicht: es wurde ein voll ausgetragenes, lebendes Kind gewonnen. Ob im Prinzip ein solches Zuwarten im Interesse des Kindes statthaft ist, vorausgesetzt natürlich, daß der Fall erst in den letzten Monaten übernommen, resp. erkannt wird, das ist eine Frage, die von den Autoren verschiednen beantwortet, zumeist aber verneint wird. Ich habe (Archiv für Gynäkologie Bd. 64, H. 3) in einer ersten Serie von 126 Fällen vorgeschrittener Extrauteringravidität über die Lebenschancen der Kinder Nachforschungen angestellt und ermittelt, daß von 85 in Betracht kommenden 36 den ersten Monat überdauert haben, darunter mehrere, welche zur Zeit meiner Umfrage noch lebten und ein Alter zwischen 5 und 19 Jahren erreicht hatten. In einer zweiten Serie von 16 Fällen (Zentralblatt für Gynäkologie 1903, No. 2) ergab sich, daß von den acht lebensfähig gewonnenen Kindern die Hälfte am Leben geblieben war. In einer neuen Serie von Fällen, die demnächst publiziert werden soll, sind von den 14 in Betracht kommenden Kindern elf leben geblieben, und es hatte die Mehrzahl zur Zeit des Berichtes seitens des betreffenden Operateurs bereits ein Alter von mehreren Monaten bis über ein Jahr hinter sich. Auf Grund solcher Ergebnisse wird man die obige Frage nicht unter allen Umständen verneinen, sondern bei Erfüllung gewisser Bedingungen auch einmal die Rücksichten auf das kindliche Leben und somit die zuwartende Behandlung als gerechtfertigt gelten lassen dürfen.

Bezüglich der Operationsmethode kann es trotz gegenteiliger

Ansichten nicht zweifelhaft sein, daß die Totalexstirpation der ganzen Schwangerschaftsneubildung anzustreben ist. Ein Zurücklassen der Placenta gefährdet oft das mütterliche Leben, fast immer den glatten Ablauf der Rekonvaleszenz. Entsprechend dieser Ueberzeugung, verfuhr der Operateur in meinem Falle. Es gelang ihm trotz mancher Schwierigkeiten, den gesamten Sack zu entfernen, und wir haben die Wahl dieses Weges nicht zu beklagen, denn wir erfreuen uns heute nicht nur des Lebens des jetzt über ein Jahr alten Kindes, sondern auch des Lebens und der Gesundheit seiner Mutter.