Aus der Praxis.

Diagnostische Verfehlungen auf dem Gebiete der Extra-uterin gravidität.

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

Die Extranterin gravidität, ehemals nur mehr als Kuriosität in Geltung, nimmt heute, was pathologische Dignität und Häufigkeit des Vorkommens anlangt, unter den gynäkologischen Erkrankungen eine hervorragende Stellung ein. Es bedarf nur eines flüchtigen Blickes in die entsprechenden Fachzeitschriften, um zu erkennen, welchen gewaltigen Umfang während der letzten Jahrzehnte die Litteratur über diese nach Form, Verlauf und Ausgang so variable Schwangerschaftsanomalie genommen hat, wie mit dem Aufschwung der operativen Gynäkologie die Reihe der beobachteten Fälle bis ins Ungezählte gestiegen ist und mit der Vervollkommenheit der feineren Untersuchungsmethoden die Entwicklungsvorgänge und anatomischen Verhältnisse eine steigende und unter Hinwegräumung alter unrichtiger Anschauungen eine zu neuerer und besserer Erkenntnis gelangende Durchforschung erfahren haben.

Ergibt dementsprechend heute die Extranterin gravidität ein in seinen Erscheinungsformen allgemein wohlbekanntes Krankheitsbild, so bietet sie andererseits nicht selten so erhebliche diagnostische Schwierigkeiten und daher so vielfache Möglichkeiten für Missdeutung und Verkenntnis, dass in der That gerade auf diesem Gebiete eine übergrösse Reihe von Irrungen in der Litteratur verzeichnet sind.

Diese Verfehlungen in der Diagnose basieren im allgemeinen auf der falschen Deutung eines tastbaren Tumors bei vorhandener oder irrtümlich angenommener Gravidität. Es können nämlich in den Anfangsmonaten der Schwangerschaft die von dieser ausgehenden Erscheinungen so sehr in den Hintergrund treten, dass deshalb ein neben dem Uterus liegender Fruchtsack in seiner wahren Natur nicht erkannt, sondern als ein einfacher Adnextumor angesehen wird. Aber auch bei vorhandenen Schwangerschaftserscheinungen kann eine solche Verkenntnis eines Fruchtsackes dann passiren, wenn entweder in Folge der die Extranterin gravidität begleitenden Uterushypertrophie die Gebärmutter selbst für schwanger, der nebenliegende Fruchtsack daher wieder nur für einen Adnextumor gehalten wird, oder wenn durch einen, der hinteren Uterusfläche dicht apponirten, im Douglas liegenden Fruchthalter die Abgrenzung desselben gegenüber dem Uteruskörper erschwert und daher eine Retroflexio uteri gravidi als vorliegend angenommen wird. Umgekehrt kann bei vorhandenen Graviditätssymptomen ein parauteriner Tumor als Fruchtsack angesprochen werden, obgleich es sich in Wirklichkeit entweder um Latero-, respektive Retroflexio eines normal-graviden Uterus oder überhaupt nicht um Schwangerschaft handelt, sondern um einen der gewöhnlichen Adnextumoren, welche gelegentlich durch eine Art Reizübertragung zu Uterusvergrößerung und Metrorrhagien, somit zu Erscheinungen führen, welche den bei Extranterin gravidität beobachteten ungemein gleichen.

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist die Gravidität als solche zwar unverkennbar, indessen können hier Schwierigkeiten entstehen, indem ein vorhandener Fruchtsack bei dichter Anlagerung an den intakten Uterus für die normal-, eventuell retroflektirt liegende schwangere Gebärmutter gehalten wird, oder umgekehrt, indem bei bestehender normaler Gravidität und ausgesprochener Verdünnung der Uteruswände entweder eine ektopische Lagerung der scheinbar frei im Bauchraum liegenden Frucht vorgetäuscht wird oder bei vornehmlich seitlicher Abknickung des Corpus uteri dieses als ein für sich abgrenzbarer Tumor und daher als extrauteriner Fruchtsack imponirt.

Ein sehr wesentliches, die Diagnose im Sinne einer bestehenden Extranterin gravidität unterstützendes Moment ist die Ausstossung der Decidua. Allerdings muss die letztere durch den mikroskopischen Nachweis der Deciduazellen von den makroskopisch ähnlichen Häuten der Endometritis membranacea unterschieden werden. Diese Expulsion der Decidua erfolgt aber leider nur in einem relativ geringen Bruchtheil der Fälle, nach Withney nur etwa in 7% derselben, und zwar häufig erst auch dann, wenn bereits andere schwere Ereignisse, wie Abort oder Ruptur der Tube, vorausgegangen sind, welche ja für sich

schon das Vorhandensein einer Extrauterin schwangerschaft wahrscheinlich und naturgemäss die angestrebte prophylaktische Therapie zu nichte machen. Es ist daher von einigen Autoren empfohlen worden, das für die mikroskopische Untersuchung nöthige Schleimhautmaterial dem Uterus direkt mittelst Curette zu entnehmen. Die Befolgung dieses Rathes kann von Werth sein, schützt aber vor Irrthümern nicht, ganz abgesehen davon, dass die Benutzung der Curette unter Umständen Schaden stiften, ja gefährlich werden kann, indem die Möglichkeit gegeben ist, dass bei bestehender intrauteriner Schwangerschaft Abort, bei bestehender extrauteriner Gravidität Ruptur des Sackes mit verhängnissvollen Folgen eintreten kann. Die Untersuchung des Ausgeschabten aber vermag, wie gesagt, zu Täuschungen zu führen, sei es, dass unbemerkt bereits die Decidua abgegangen und inzwischen normale Schleimhaut gebildet worden ist, sei es, dass eine Decidua, was nach Leopold vorkommt, in dem betreffenden Falle überhaupt nicht, sondern statt ihrer nur hypertrophische Mucosa vorhanden war, oder schliesslich, dass kurz zuvor ein uteriner Abort stattgefunden hatte und der dadurch geführte Nachweis von Deciduazellen Veranlassung sein kann, einen neben dem Uterus liegenden Tumor für einen Fruchtsack zu halten, wie in einem von Spaeth mitgetheilten Falle, in welchem aus oben genanntem Grunde ein Pyovarium dafür angesehen wurde.

Ein weiteres, nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel für die Diagnose ist in der Beobachtung der bei Extranterin gravidität vorhandenen Blutungsanomalien gegeben. Werden dieselben an der Hand einer Anzahl von Fällen in Kurven registriert, wie solche von Weindler aus der Leopold'schen und von Blomberg aus der Werth'schen Klinik mitgetheilt sind, so zeigen sich an ihnen gewisse charakteristische Eigenthümlichkeiten im Einsetzen und Ablauf der „Menses“, sodass durch sie die Diagnose der ektopischen Gravidität ermöglicht wird. So ergaben die Leopold'schen Blutungskurven, dass bei einmonatlicher Extrauterin schwangerschaft eine Cessatio menses unterbleibt, vielmehr ziemlich zur Zeit, zu der normaler Weise die Regel wieder einsetzen sollte, dieselbe auch wirklich eintritt, dann aber in wechselnder Intensität und Dauer fortbesteht; dass hingegen bei vorgeschrittener Schwangerschaft ein ein- oder mehrmaliges Ausbleiben der Regel zu constatiren ist, worauf wiederum ziemlich an einem normalen Regeltermin eine mehrwöchentliche atypische Blutung aufzutreten pflegt. Bleibt die Regel scheinbar normal, so zeigt doch die Verschiedenheit der Dauer und Copiosität der einzelnen Blutungen, dass es sich um reguläre Regeln nicht handelt, und zwar deutet die vermeintlich stärkere und längere Blutung in Verbindung mit kolikartigen Beschwerden auf stattgehabten Abort hin. Cullingworth will auch die Beschaffenheit des Blutes — dunkel, geruchlos, dicklich — als ein diagnostisches Zeichen berücksichtigt wissen.

Die Verfehlung der Diagnose auf dem Gebiete der Extranterin gravidität ist nach der oben gegebenen allgemeinen Ausführung eine zweifache: es kann eine bestehende Extrauterin schwangerschaft verkannt oder eine solche diagnostiziert werden, wo sie nicht besteht.

Wenn wir mit der ersten Gruppe, Verkenntnis bestehender ektopischer Gravidität, beginnen, so ist zuvörderst der unvollendete Abort zu nennen, welcher nicht selten bei der Aehnlichkeit der Anamnese und klinischen Erscheinungen in den ersten Monaten der Extrauterin schwangerschaft diagnostiziert, die letztere dagegen vollkommen übersehen wird. Ein solcher Irrthum lässt sich begreifen. Ist die Regel ein- oder einige Male ausgeblieben, haben sich danach unregelmässige Blutungen mit Abgang von Deciduafetzen und mit kolikartigen Schmerzen eingestellt, zeigt sich bei der Untersuchung der Uterus vergrössert und aufgelockert, der Muttermund etwas geöffnet und über ihm vielleicht der Befund flottirender Massen, so ist, wenn an die Möglichkeit einer Extranterin gravidität nicht gedacht, eine sorgfältige Palpation der Adnexe nicht vorgenommen wird, die Diagnose eines Abortes mit Retention von Eitheilen unvermeidlich. Das Missliche dieser Verkenntnis liegt in dem Umstande, dass der Arzt zum Zwecke der Ausräumung des Uterus zur Curette greift und dabei eine Fruchtsackruptur provoziren kann. In den von Albert, Doederlein, Dunning, v. Guérard mitgetheilten Beobachtungen von Extranterin gravidität der ersten Monate hatte der vorbehandelnde Arzt Abort für vorliegend gehalten, und zwar in dem Doederlein'schen Falle, getäuscht durch die Ausstossung der von ihm irrtümlich als Ei gedauten Decidua; in dem Falle von Albert und Dunning hatte man den Uterus curettirt, wodurch in dem Dunning'schen Falle eine Sackruptur entstand, welche zu schwerer Blutung mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle geführt hatte. Man wird also bei Abortsymptomen, wenn nicht zweifelhafte Eibestandtheile zur Besichtigung vorliegen, auch an die Möglichkeit einer Extranterin gravidität denken und dementsprechend die ausgestossenen Membranen und vor allem die Adnexe einer genauen Untersuchung unterziehen.

Neben dem Abort ist es die Perityphlitis, welche in der Anfangszeit der Extrauterin schwangerschaft statt ihrer diagnostiziert werden kann. Dieser Irrthum ist ein ungemein verbreiteter. In einer grossen Anzahl von Fällen liest man berichtet, der erst behandelnde Arzt habe eine vom Processus vermiformis ausgehende Affektion angenommen. Besteht nämlich ein rechtsseitiger Fruchtsack, kommt es

in Folge von Tubecontraktionen, Anreissungen der Sackwand, Blutungen in und um die Tube zu Peritonealreizung, also zu Schmerzempfindlichkeit in der rechten Unterbauchgegend, bietet weiterhin der Fruchtsack und seine Umgebung der Betastung von aussen die Empfindung einer umschriebenen Resistenz dar, gesellt sich schliesslich ein gewisser Grad von Meteorismus und Verstopfung hinzu, so ist die Diagnose der Perityphlitis fertig. So wurde in einem Falle von Meek ein rechtsseitiger ektopischer Fruchtsack von drei Monaten für ein entzündliches perityphlitisches Exsudat gehalten, und Walter berichtet über eine Beobachtung, bei der die ektopische Gravidität nicht bloss im zweiten Monat zu Gunsten eines perityphlitischen Prozesses verkannt, sondern sogar noch im siebenten Monat, als neue Schmerzen in der rechten Seite auftraten, angenommen wurde, dass es sich um Koliken in Folge von Blinddarmadhärenzen handle. Besonders interessant ist ein Fall von Elbogen: Man diagnostizierte Perityphlitis und, als es zu Collapserscheinungen kam, eine Perforation der Appendix. Die daraufhin sofort vorgenommene Operation ergab Ruptur eines dreimonatlichen ektopischen Fruchtsackes.

Möglich einmal bei Extrauterin gravidität ist auch eine Verwechslung mit Gallensteinkolik. Heftige, durch Peritonealreizung bedingte Schmerzparoxysmen und nach Rücken und Kreuz ausstrahlende Unterleibskoliken sind ja im Verlaufe der Entwicklung ektopischer Fruchtsäcke etwas Gewöhnliches. Ihnen hinzu kann sich nun Ikterus gesellen, sei es als Folge erschwerter Cirkulationsverhältnisse, wie bei jeder, auch der normalen Gravidität, sei es veranlasst durch die gerade bei Extrauterinschwangerschaft häufigen intraperitonealen Blutungen, durch welche bei starkem Sinken des Pfortaderblutdruckes ein Einstromen von Galle ins Blut, also ein echter Bilirubinikterus oder bei rascher Veränderung der ergossenen Blutmassen eine Resorption derselben und somit ein Urobilinikterus zu Stande kommen kann. Es wird daher gegebenen Falles, zumal wenn der Arzt die Kranke zum ersten Male mitten in einem solchen Anfall zur Behandlung bekommt, das vereinte Auftreten der beiden die Situation beherrschenden Symptome, Krampfschmerzen und Ikterus, als von den Gallengängen ausgehend angesehen und dementsprechend unter Verkenennung der eigentlichen Grundkrankheit eine Cholelithiasis angenommen werden können.

Eine Falschdeutung einer vorhandenen Extrauterinschwangerschaft kann weiterhin in dem Sinne geschehen, als bestünde ein entzündlicher oder nicht entzündlicher Adnextumor. Allerdings müssen bei noch lebender Frucht zur Begehung eines solchen Irrthums schon immer besondere Umstände obwalten, sei es, dass bei zurücktretenden Schwangerschaftserscheinungen auch die Consistenzverhältnisse des Fruchtsackes in Folge entzündlich-adhäsiver Prozesse gegen bestehende Schwangerschaft sprechen, oder dass bei vorhandenen Graviditätssymptomen die die ektopische Schwangerschaft begleitende Uterushypertrophie eine besonders ausgesprochene ist und demzufolge die Gravidität für intrauterin, der Fruchtsack selbst für einen Beckentumor gehalten wird, oder schliesslich, dass neben der extrauterinen wirklich auch eine intrauterine Schwangerschaft vorliegt und diese wiederum die Beurtheilung des Fruchtsackes nach der Richtung verschiebt, als bestünde ein Adnextumor. Ist dagegen die Frucht abgestorben, sind alle Schwangerschaftszeichen geschwunden, hat die Consistenz des Fruchtsackes, haben seine Beziehungen zur Nachbarschaft sich verändert, so ist einer derartigen Verkenennung, als sei ein von den Adnexen herstammender Prozess vorliegend, Thür und Thor geöffnet, ja die Diagnose alsdann zu allermeist nur mehr eine wahrscheinliche. So nahmen Baldy, Shober, Rochet in ihren Fällen Pyosalpinx an und entfernten bei der Operation einen Fruchtsack. Brühl hielt bei bestehender gleichzeitiger Extra- und Intrauterin gravidität im achten Monat den Fruchtsack für eine das Becken verlegende Ovarialcyste, und als nach der Geburt der intrauterinen Frucht peritonitische Erscheinungen auftraten, wurde Achsendrehung der Cyste diagnostiziert und die Laparotomie gemacht.

Martin operierte eine Patientin, bei der sich eine Extrauterinschwangerschaft im siebenten Monat mit lebendem Kinde ergab, während vorher die Diagnose auf subseröses Myom oder Ovarialtumor gestellt worden war. Peritonitische Erscheinungen, welche bei rupturirter Extrauterin gravidität im achten Monat auftraten, wurden von v. Herff auf Torsion eines Myoms bezogen, der Fruchtsack selbst für den schwangeren Uterus gehalten.

Mit parametrischem Exsudat verwechselt wurde die Extrauterin gravidität in einem Falle von Goodell, und ebenso diagnostizierte E. Fraenkel Parametritis bei normaler Schwangerschaft, während es sich um Tubengravidität von acht Wochen und stark hypertrophischen Uterus gehandelt hatte.

Für eine Hämatocele wurde von Harrison ein viermonatlicher im Douglas liegender Fruchtsack genommen und die gleiche Diagnose auch von Zweifel in einem Falle gestellt, in welchem zwar eine Hämatocele vorhanden war, aber neben derselben der unverletzte Fruchtsack sich im Douglas weiter entwickelt hatte.

Eine Fülle von Verkennungen findet sich in der Litteratur durch die irrthümliche Annahme, es sei der ektopische Fruchtsack die schwangere Gebärmutter. Entwickelt sich der erstere hinter dem Uterus im Douglas, drängt er im Verlaufe seines Wachstums die Cervix

über die Symphyse, führt er in Folge von Raumbegnung zu Blasen- und Mastdarmstörungen, so ist die Diagnose der Incarceration eines retroflectirten graviden Uterus ungemein naheliegend. Hall Davis stellte dieselbe bei achtmonatlicher ektopischer Schwangerschaft; Repositionsmanöver sowie der Versuch, durch Einlegen von Bougies Wehen zu erregen, erzeugten eine Ruptur des Fruchtsackes mit Austritt der Frucht in die freie Bauchhöhle. Pallen verfiel in den gleichen Irrthum bei im sechsten Monat angelangter Fruchtsackentwicklung. Unter vergeblichen Aufrichtungsversuchen wird der Zustand der Patientin besorgniserregend, weshalb der Kaiserschnitt gemacht wird; erst nach der Exstruktion der Frucht erkennt man, dass man nicht den schwangeren Uterus, sondern einen extrauterinen Fruchtsack inzidiert hat. Eine Reihe illustrer Namen — unter vielen anderen Cragin, Sutugin, Cullingworth, Lufkin, Giles, Howitz — finden sich vereint bei der nämlichen Verkennung eines ektopischen Fruchtsackes zu Gunsten einer Retroflexio uteri gravidi.

Aber diese Möglichkeit, einen extrauterinen Fruchthalter für die schwangere Gebärmutter zu halten, ist nicht bloss dann, wenn der Sack, eine Retroflexio uteri vortäuschend, sich hinter dem Uterus im Douglas entwickelt, sondern sie ist im allgemeinen überall dort gegeben, wo der Sack in so innige Lagebeziehung zur Gebärmutter tritt, dass die letztere in Folge dichter Anlagerung oder Ueberdachung seitens des Tumors als abgrenzbarer Körper mehr oder weniger verschwindet. Das geschieht besonders dann, wenn die Tube ursprünglich über den Uterus weg gebogen liegt und hier schwanger wird, oder wenn nach Eileiterruptur das ausgetretene Ei mitten über dem abgedrängten Uterus zur Weiterentwicklung gelangt oder denselben gar zur Wandbekleidung seiner neuen Umhüllung verwendet. Als dann geht die Cervix direkt in den Tumor über, eine zweite Geschwulst ist nicht zu tasten, und die Täuschung ist mitunter eine so vollkommene, dass die richtige Diagnose unmöglich wird. Jayle berichtet von einem Falle, bei dem die im fünften Monat zum Zweck der Entfernung der Appendix vorgenommene Operation den wie eine Kappe der Gebärmutter aufsitzenden Fruchtsack als solchen nicht erkennen liess, sodass selbst bei offener Bauchhöhle eine normale Schwangerschaft angenommen wurde. Durch die gleiche Ueberlagerung des Uterus seitens des Sackes getäuscht wurden neben anderen Autoren Bromet, Sutugin, Bouffe de St.-Blaise, Grandin, Schauta, Wilson. Mehrfach wurde im Verfolg dieses Irrthums versucht, durch Tamponade oder Bougierung des vermeintlichen Uterus künstliche Frühgeburt herbeizuführen. Von einer verhängnissvollen Folge der vorliegenden Verkennung erzählt Klée: Der Fruchtsack wird für den Uterus gehalten, an den das stark verdünnte hintere Scheidengewölbe herabdrängenden Kopf die Zange angelegt und schliesslich beim Eingehen durch den gesetzten Scheidenriss die hintere Uteruswand für die Plazenta gehalten und in dieser Täuschung der ganze Uterus herausgerissen.

(Fortsetzung folgt.)