einen eigenen, von dem ihn umgebenden Geweben unabhängigen Blutkreislauf und, wenn er entblösst ist, zwei feine von den Art. renales abgehende Nährarterien, welche bis an seine Blasenmündung reichend ihm dicht anliegen. Nach Monari's Injektionen an der Leiche ist manchmal diese Blutversorgung aus der Art. renalis weniger entwickelt, dann sind die Zweige, welche von der Art. spermatica kommen, grösser und wichtiger für die Ernährung des Ureter, während die aus der Art. vesicalis stammenden Aestchen fast keine Bedeutung haben. Er hat noch experimentell an Hunden nachgewiesen, dass man nicht nur den peritonealen, sondern auch den bindegewebigen Ueberzug des Ureters auf 12—13 cm Länge ohne Gefahr auslösen kann, falls die abgelösten Teile wieder darüber gelegt werden.

Von Harnleiterverletzung bei sacralen Uterusexstirpationen hat von Hochenegg³⁹⁾ 1 Fall, Westermarck⁴⁰⁾ 3 Fälle auf 13 Operationen veröffentlicht: im ersten musste dieser nach zwei Monaten die zugehörige Niere ausröten, im zweiten konnte er den nicht ganz durchtrennten Harnleiter nähen, im dritten gelang ihm die Implantation in die Blase: alle drei Fälle genasen. Einen fünften Fall erlebte von Rosthorn⁴¹⁾ welcher erst eine Scheiden-Ureterfistel anlegte und später, um die Kontinenz herzustellen, nach Bildung einer kleinen Blasenscheidenfistel durch Colpokleisis die Scheide schloss.

(Schluss folgt.)

II. Der heutige Stand der Lehre von der Extrauterinschwangerschaft in Frankreich

Bericht

von

Dr. E. M. SIMONS

Berlin.

Uebersicht:

1. A. Pinard: Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme: Extraction d'un enfant vivant; suites heureuses, pour la mère et l'enfant. Annales de gynécologie et d'obstétrique, août 1895.
2. Demoulin: Sur un cas de grossesse tubaire terminée par rupture et guérie par l'intervention. Annales de gynécologie 1895, Dec.
3. Condamin (Lyon): Quelques reflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines avec rupture du kyste foetal.
4. Bertrand: Thèse de Nancy. Pendant l'année scolaire 1894—1895.
5. Société de chirurgie de Paris; Verhandlungen vom 15., 22. und 29. Januar und 5. Febr.

In Frankreich besteht nach wie vor der Brauch, alle einzelnen Fälle von Extrauterinschwangerschaft, Haematocoele etc.,

sofern sie nur einiges Interesse für den Fachmann bieten, zu veröffentlichen. In Folge dieser Gepflogenheit, die namentlich zur Klärung der Aetiologie-Frage bei der Haematocele retro-uterina fördernd wirken muss, bringt die neueste Litteratur eine ganze Anzahl rein casuistischer Beiträge, auf welche wir nicht näher eingehen.

Von grösseren Abhandlungen auf diesem Gebiete ist zunächst diejenige von Pinard¹⁾ zu berücksichtigen. Er berichtet von einem Fall, in dem ein Arzt zunächst Schwangerschaft mit drohendem Abort, ein zweiter Arzt Fibroma uteri ohne Gravidität diagnosticiert und — übrigens ohne Schaden — 15 g Sabina gegeben hatte. In einer Gebäranstalt wurde dann die Diagnose Schwangerschaft und Tumor gestellt. An vierter Stelle — wo sich Patientin wegen einer beträchtlichen Anschwellung des linken Beines vorstellte, wurde dann erst die richtige Diagnose vermutet und die Kranke der Pinard'schen Anstalt überwiesen.

Balottement des Kopfes mit dem Zeigefinger fühlbar. Der cystenartige Fruchtsack bis 35 cm oberhalb der Symphyse. — Laparotomie. Sehr dünne Sackwand. — Ueber kleinfingerdicke Gefässe. Eines reisst bei dem Versuche, es zu ligieren und die Blutung wird noch stärker. Eröffnung des Sackes. Entwicklung des lebenden Kindes. Einnähen des Sackes in die Bauchwand. Placenta bleibt zurück. Tamponade des Sackes mit Jodoform-Salolgaze. Erst am 11. Tage post oper. Verbandwechsel. Durchspülung der Höhle mit einer Lösung von Bijodure — eine Jod-Quecksilberverbindung — $\frac{1}{4000}$. Neue Tamponade; von jetzt ab in dreitägigen Pausen Verbandwechsel, 23 Tage p. op. stösst sich spontan ein 150 g schweres Placentarstück ab; 5 Tage später ein solches von 50 g; 3 Tage später ein solches von 35 g. 3 Tage später wird mit der Irrigationsflüssigkeit der Rest, 175 g herausgespült; darauf täglich Irrigation. 43 Tage p. op. steht Pat. auf. Bei der Veröffentlichung ist die Höhle verschwunden; die Cystenwand resorbiert. Innerer Genitalbefund normal.

Gewichte und Masse des Kindes entsprechen denjenigen einer Frühgeburt. Asymmetrie des Gesichtsschädels schwindet spontan. Entwicklung des Kindes (Angabe der Gewichtszahlen) normal.

Pinard hebt die Seltenheit der Extrauterinschwangerschaft bei einer Erstgebärenden, die niemals unterleibskrank gewesen sei, ferner das klinische Fehlen einer uterinen Decidua hervor. In differenzial-diagnostischer Hinsicht betont P. die Immobilität des dünnwandigen Fruchtsackes im Gegensatz zu Hydramnios und Ovarialkyste. Als wichtiges diagnostisches Merkmal bezeichnet er das abwechselnde An- und Abschwellen des Uterus, ein Phaenomen, welches ihm allerdings bei seinen 80 Beobachtungen über Extrauterin-gravidität nicht so häufig begegnet sei. Gegenüber der Beobachtung vieler Autoren, dass als wichtiges Anzeichen für Extrauterin-Gravidität die Oberflächlichkeit und leichte Palpierbarkeit der kindlichen Teile zu Recht bestehe, behauptet P., in den allermeisten Fällen seien die Kindsteile weit schwerer zu fühlen als bei normaler Schwangerschaft, es müsste denn der Foetus frei in der Bauchhöhle liegen.

Hinsichtlich der Indikationsstellung will P. die bekannte Werth'sche Auffassung, dass gegen jede Extrauterinschwangerschaft wie gegen eine bösartige Neubildung unverzüglich müsse eingegriffen werden, einge-

¹⁾ Annales de gynécologie et d'obstétrique, August 95.

schränkt wissen für jene Fälle, in denen die Schwangerschaft bei Vorstellung der Kranken bereits die Mitte der normalen Dauer überschritten hat. In der Einengung der Indication geht P. dann noch weiter. Wenn nämlich der Foetus älter als 5 Monate und seit wenigen Tagen abgestorben ist, will er 2 Monate mit der Operation warten, also bis die aktive Bluttätigkeit in der Placenta sicher erloschen ist, weil bei sofortiger Operation die Mutter derselben grösseren, von Seiten der starken Blutung drohenden Gefahr ausgesetzt sei, als wenn das Kind noch lebte. Sofortige Operation sei geboten, wenn dem Fruchtsacke die Gefahr der Ruptur oder der Verjauchung drohe. Bei sechsmonatlichem, lebendem Foetus empfiehlt P. Abwarten, weil hierdurch die Gefahr für die Mutter keineswegs erhöht werde. Da die Placenta zu dieser Zeit auch bereits völlig entwickelt ist, sei die Gefahr der Blutung bei der Operation nicht geringer als am Ende der Schwangerschaft. Der Zeitpunkt des Operation dürfe dann nicht zu früh, um nicht ein nicht lebensfähiger Kind und nicht zu spät gewählt werden, um nicht ein totes Kind zu entwickeln. Der 8. Monat solle vollendet sein; der obere Pol des Sackes befinde sich dann 35 cm oberhalb der Symphyse.

Während der ganzen Zeit müsse absoluteste Bettruhe ohne jeden kleinsten Insult eingehalten werden, weil die auf der dünnen Wand zu enormer Dicke entwickelten Gefässe leicht einrissen; so zwar, dass man wegen der ausserordentlichen Feinheit der Gefässwand bei der Operation selbst kaum im Stande sei, jene mit Instrumenten zu fassen.

Was die Technik selbst betrifft, so rät P., die Placenta nicht zu berühren. Nach seiner Erfahrung bei 17 Fällen hält er das Annähen des eröffneten Fruchtsackes an die Bauchwand im Interesse der Mutter für besser, als die völlige Abtragung desselben, und zwar fürchtet er weniger die Gefahr der Septicaemie bei Retention der Placenta, als diejenige der Verblutung bei sofortiger Extraction derselben mit nachfolgender völliger Abtragung des Sackes, der übrigens stets ausgedehnt und fest verwachsen sei. Die spontane Ausstossung der Placenta unter dem Einflusse der Ausspülungen vollziehe sich ebenso leicht, bei lebender wie bei toter Frucht. P. hat übrigens bei den reichlichen Ausspülungen mit Bijodure niemals eine Quecksilberintoxikation gesehen.

Die durch Compression des Fruchtsackes etc. verursachten Verbildungen des Kindes schädigen zumeist nicht dessen Lebensfähigkeit. Die nach der Extraktion des Kindes zur Beobachtung kommenden Erscheinungen des leichten Shock seien ganz analog denen bei dem Kaiserschnitt.

In einem gewissen Gegensatz zu Pinard stellt sich (2) Demoulin (Chirurgien des hôpitaux de Paris). Im Anschlusse an einen des näheren beschriebenen Fall (Annales 1895) entwickelt er seine Ansicht dahin, dass er sich zu derjenigen Gruppe von Gynäkologen hält, die für die Operation in den ersten Stunden nach der Ruptur des Sackes plädiert, solange sichere Anzeichen dafür fehlen, ob die Blutung zum Stillstand kommen werde oder nicht. Und solche Anzeichen vermöge bisher noch kein Forscher anzugeben. Zur Beleuchtung dieser Frage erwähnt D. aus der Litteratur Lawson Tait, der vor der antiseptischen Zeit 38 Fälle, sämtlich von ihm beobachtet, unoperiert tödtlich enden sah, während er seit 1878 unter 42 operierten Frauen nur 2 Todesfälle zu

beklagen hatte. Cestan sammelte in seiner Thèse (Paris 1894) 76 Fälle von schwerer intraperitonealer Blutung infolge einer geplatzten Tuben-Schwangerschaft, die nicht operiert wurden, mit 66 Todesfällen = 85 pCt., wo gegen er in einer Anzahl von 175 analogen und durch Laparotomie operierten Fällen 78 pCt. Heilung fand. Unter diesen Fällen findet sich jedoch eine ganze Anzahl, bei denen gerade gemäss der oben erörterten Forderung Pinard's nicht sofort, sondern nach Verlauf von mehreren — bis 5 Tagen, also bei bereits gehobenen Körperkräften, die Operation ausgeführt worden war. Cestan fügt deshalb eine Gruppe von 26, sofort (d. h. in den ersten Stunden) operierten Fällen bei mit 21 Heilungen und 6 Todesfällen. Dieser Prozentsatz bessert sich noch in einer Gruppe, von nicht sofort, sondern innerhalb der nächsten Tage Operierten: 61 Fälle mit 51 Heilungen und 10 Todesfällen. Diese Zahlen sprächen also dann wieder für diejenigen Autoren, die den unmittelbaren Eingriff nicht geübt wissen wollen (Pinard). Wir sehen, diese statistischen Erörterungen vermögen keinen sicheren Entscheid in dieser speciellen Frage herbeizuführen, was in einem gewissen Sinne aber gerade als Vorteil zu begrüssen sein dürfte, insofern, als hierdurch der Gefahr des Schematisierens vorgebeugt wird, vielmehr die Notwendigkeit wieder einmal scharf hervortritt, in jedem Falle quoad therapiam zu individualisieren, solange nicht untrügliche physikalische Symptome unserer Indikationsstellung die Wege weisen.

Condamin (3) schliesst aus seiner Abhandlung a priori alle die Fälle aus, in denen bei nicht rupturiertem Sacke die Laparotomie, oder die vaginale Operation in Betracht kommt, je nach Grösse und Lage des Fruchtsackes. Er ist der Interpret seines langjährigen Lehrers Laroyenne. Nachdem er die verschiedenen Formen von Tubenschwangerschaft mit ihren jeweiligen Folgen, Haematosalpinx, Haematocele und dann die bekannten klinischen Erscheinungen kurz erörtert hat, hebt C. besonders hervor, dass Tubenaborte mit nachfolgender kleiner Haematocele oft spontan heilen, oder aber, falls diese, auf irgend einem Wege inficiert, vereitert, von der Scheide aus unschwer eröffnet werden könne. Dann wendet er sich gegen die absolute Indikation der Laparotomie bei plötzlicher Ruptur der Tube mit schwerer Blutung bei Patientinnen, die durch den Blutverlust fast moribund und sicherlich zu schwach seien, eine so schwere Operation zu überstehen. Er verteidigt warm eine abwartende Haltung mit den bekannten Hilfsmitteln, Tieflage des Kopfes, Eis etc., verneint und widerspricht der allgemein verbreiteten Ansicht, dass diese Blutungen aus dem zerrissenen Fruchtsacke so wenig Neigung zeigten, zum Stillstand zu kommen. Meist sei im Gegenteil das letztere im Momente der Operation bereits geschehen, und gerade der Operateur beiseite dann nicht selten die Hilfsmittel der Natur (das grosse Blutgerinnsel, die Kompression durch die Intestina etc). Bei Wegräumung der grossen Gerinnsel blute fast immer eine Stelle, die aufzusuchen Mühe und vor allem kostbare Zeit erfordere. Aber selbst angenommen, der Operateur sei so geschickt und so glücklich, eine sofortige Blutstillung zu erzielen, so dauere doch die Operation an einer so gut wie pulslosen Patientin noch geraume Zeit behufs Entfernung aller, oft an den Intestinis festhaftender Coagula, behufs Bauchtoilette etc. Zudem sei meist noch eine Tamponade nach Mikulicz mit allen ihren eventuellen Ge-

fahren erforderlich. Aus diesen Gründen mache Laroyenne nicht die Laparotomie aus vitaler Indikation, er gebe vielmehr der Patientin Gelegenheit, sich von ihrer schweren Blutung eine geraume Zeit zu erholen, um dann nach seiner Methode der operativen Behandlung der Beckenabscesse einzugreifen, nämlich vermittels Punktion von der Scheide aus mit „Débridement vaginal avec le métrotome“ und Drainage nach der Vagina. Es trete dann sehr schnell eine Verödung der selbst weit eröffneten Höhle ein. C. will die Methode von Laroyenne vervollständigen durch die Entfernung der Adnexe, welche die ektopische Schwangerschaft beherbergt hatten und zwar 1. wegen der Gefahr einer erneuten Extrauterin gravidität, 2. wegen der Gefahr der Retention von Resten in der betreffenden Tuba, 3. zur späteren Vermeidung von Schmerzen und Beschwerden, bedingt durch ein um jene Organe sich bildendes Exsudat. Nach ausführlichem Berichte über 3 Beobachtungen resumiert C.: 1. Extrauterin gravidität ist die Ursache fast aller Haematocelen. 2. Die Ruptur eines fötalen Tubensackes braucht nicht immer charakterisiert zu sein durch collapsartige Erscheinungen und heftige Blutungen, ja sie können unter Umständen ohne klinische Erscheinungen überhaupt auftreten. 3. Blutungen bei Ruptur von Tuben in den ersten Monaten der Schwangerschaft stehen von selbst. 4. Operative Eingriffe sind contraindiciert während des collabierten Zustandes, ausgenommen die seltenen Fälle von Tuben gravidität, die länger als 4 Monate besteht. 5. Man muss mit operativen Eingriffen warten, bis die Blutmenge sich abgesackt und der Allgemeinzustand der Kranken sich gehoben hat. 6. Operation der Wahl ist die vaginale Operation mit oder ohne Abtragung der kranken Adnexe. 7. Laparotomie muss in den allermeisten Fällen verworfen werden als der schwerere und weniger wirksame Eingriff, der zudem noch eine lange und gefährvolle Nachbehandlung erheischt.

Der unter den Beobachtungen erzählte Fall III ist insofern auffallend, als nach Eröffnung des „Douglas“ nicht die kranke Tube, sondern ein sklerotisch verändertes Ovarium entfernt wurde.

Diese Arbeit dürfte bei den meisten deutschen Fachgenossen nach mancher Seite hin kaum Zustimmung erfahren. Eine scharfe aber gerechte Kritik übt an ihr in demselben Bande der „Annales de Gynécologie“ von Strauch (Moskau), indem er auf Grund reicher eigener Erfahrungen namentlich Punkt 3 der obigen Condamin'schen Schlussfolgerungen zurückweist; Punkt 6 in der durchaus richtigen Weise modifiziert, dass er die Entfernung der kranken Adnexe fordert, endlich Punkt 7 als völlig unhaltbar bezeichnet.

Zwei Fälle von ante-uteriner Haematocoele beschreibt Bertrand (4) in seiner Thèse (de Paris). Notwendig zur Bildung solcher Haematocelen ist die Obliteration der „Douglas“schen Tasche, sei es durch Adhaerenzen (Filamente), sei es durch eine Retroversio uteri. B. erwähnt aber noch mehrere andere Ursachen für diese seltene Anomalie, so die Ante flexio uteri im Momente des Risses, Prolaps und Vorwärtsverlagerung der Tuben. Aetiologisch komme auch Haematosalpinx ohne eigentliche Extrauterinschwangerschaft in Betracht, also in erster Linie Krankheiten, wie Salpingitis, Peri-salpingitis und Oophoritis.

Es erübrigt noch einen kurzen Bericht von den Verhandlungen über unser Thema zu geben, die während mehrerer Sitzungen im Schoosse der Gesellschaft für Chirurgie in Paris in den ersten Monaten dieses Jahres stattgefunden haben. Ist auch im Vorherein zu konstatieren, dass die wichtigsten Gesichtspunkte unserer Frage zumal nach der praktischen Seite hin, durch die Diskussion auffallender Weise keine Förderung erfahren haben, so bleibt es immerhin bedeutungsvoll, einige der berufensten Pariser Stimmen in Bezug auf unser Thema zu vernehmen, umsomehr, als fast ausschliesslich nur die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft zur Erörterung gelangte. Routier berichtet über vier durch Laparotomie und 24 durch vaginale Operation behandelte Fälle, unter diesen auch einen Fall von Haematocoele ante-uterina, die vom vorderen „Douglas“ aus angegriffen wurde. Als seine Schlussfolgerung lässt sich kurz zusammenfassen: Kommt eine Haematocoele retrouterina nach 5—6 Wochen nicht zur Heilung, so ist die vaginale Incision, Entleerung des „Sackes“ und Drainage angezeigt. Repräsentiert die Extrauterin gravidität einen abdominalen Tumor, so ist Laparotomie am Platze. Ähnlich resumiert Schwarz: Je nachdem der „Tumor“ mehr als abdominal oder mehr im kleinen Becken liegt — — Laparotomie beziehentlich vaginale Operation. Seine eigene Modifikation lautet: Wächst die Haematocoele nicht mehr, so ist als die Operation der Wahl diejenige von der Vagina aus zu bezeichnen. Nimmt die Geschwulst aber an Umfang weiter zu durch Blutungen etc., so solle die Laparotomie gemacht werden, auch wenn die Geschwulst in die Vagina hineingedrängt werde.

Segond bemerkt zunächst, dass Gallard die Priorität gebühre für die Entdeckung der Beziehungen zwischen Haematocoele und Extrauterin gravidität. Er bekämpft als — wenigstens für die Praxis — nutzlos die aetiologische Unterscheidung zwischen Haematocoele ohne und mit Extrauterin gravidität. S. polemisiert mit Recht gegen Picqué, der bei interstitieller Tubengravidität die vaginale Hysterectomie empfiehlt. Die Diagnose interstitieller Tubarschwangerschaft sei unmöglich zu stellen, es müsste denn Picqué zunächst die Laparotomie ad diagnosis und dann die vaginale Hysterectomie machen. In seinen das Thema selbst betreffenden Darlegungen unterscheidet S. zunächst die Extrauterin gravidität vor und nach dem 5 Monate ihres Bestehens. Die erstere sei nach stattgehabter Ruptur sehr schwer zu diagnosticiren. Als sicheres Zeichen sei allerdings hervorzuheben: die Einseitigkeit des Tumors bei jungen Frauen.

Falls bei der ersten Gruppe, also vor dem 5. Monat, Ruptur und schwere Blutung eintreten, so macht er die Laparotomie; senkt sich das Blut in den „Douglas“ (Haematocoele retrout.), dann breite vaginale Incision. Ist eine Placenta da, so lässt er sie spontan sich abstossen. Vereitert die Haematocoele schreitet er zur Hysterectomia vaginalis, analog der bei allen Abscessen im kleinen Becken gültigen Indication. Bei der zweiten Gruppe empfiehlt S. lediglich die Laparotomie und zwar möglichst am Ende der Schwangerschaft. In Analogie der oben referierten Anschauungen Pinard's empfiehlt er die Placenta nicht zu entfernen und den offenen Fruchtsack an die Bauchwunde anzuheften. Bei kürzlich abgestorbenem Foetus solle man einige Tage bis zur Verödung der Placenta warten. Bei längst abgestorbenem Foetus — sofort die Laparotomie machen. Bei

Ruptur des Fruchtsackes — Laparotomie, Entfernung des Foetus mit-samt der Placenta.

Regnier will der Laparotomie die erste Stelle eingeräumt wissen⁷ vor allem weil fast niemals vor der Operation der genaue Sitz des Eies resp. des Blutergusses festgestellt werden kann, ob in der Tube selbst, ob in deren Umgebung u. s. w., bei Haematocoele, ob sie durch Riss einer haemorrhagischen Salpingitis oder einer schwangeren Tube entstanden sei, — — dann aber auch weil er unglückliche Zufälle mit der vaginalen Incision gesehen hat wie starke Blutungen sowie Fortbestehen des Tumors u. s. w. Er hält es ferner für falsch, bei Laesion der einen Adnexe auch die anderen zu entfernen, wie dies bei vaginalem Vorgehen oft nötig werde; man sei aber andererseits überhaupt nicht sicher, von unten operierend, die Adnexe zu erreichen. Er erzählt 3 Fälle. 1. Incisio vaginalis. Die Blutmengen entleeren sich nur schlecht und 2 Monate später musste er die vaginale Hysterectomie machen. 2. Sehr grosse Haematocoele; zu der beabsichtigten Laparotomie willigt Patientin nicht ein. Vaginale Incision, Entleerung des Sackes, aber Zurücklassen der sehr erkrankten anderseitigen Adnexe, die er „im Dunkeln“ nicht anzugreifen wagt. 3. Laparotomie bei Extrauterin-gravidität. Vollendung der Operation durch Abtragen der kranken Tube. Diese Operation gewährte allein ein radikales, chirurgisch sicheres Vorgehen. Die Hysterectomia vaginalis (wie sie bei vereiterter Haematocoele empfohlen wird) lehnt R. als einen für eine einseitige Adnexerkrankung zu schweren Eingriff ab. Diese seine Anschauungen legte R. auch in einer Abhandlung im Dezemberheft 1895 der „Annales“ nieder. „De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine.“

Ein fast ebenso begeisterter Anhänger der Laparotomie, als der Operation der Wahl, scheint Chaput zu sein. Die vaginale Incision befürwortet er ausschliesslich bei vereiterter Haematocoele und geht sogar soweit, dass er, wenn er nach irgend einer vaginalen Operation, sogar nach der Hysterectomie, eine vorher nicht diagnostizierte Haematocoele antrifft, die Laparotomie anschliesst. Ist die Diagnose Extrauterin-gravidität mit lebendem Foetus gestellt, so solle der Versuch gemacht werden, dieselbe bei absoluter Ruhelage der Patientin zum normalen Ende resp. bis zum 8. Monat zu führen. Bei totem Foetus solle man nicht die Atrophie der Placenta abwarten, sondern die Laparotomie bald, und zwar möglichst immer in der idealen Weise mit vollständiger Entfernung des Sackes ausführen. Nur falls letzteres unmöglich erscheine, solle man die Vernähung des eröffneten Fruchtsackes mit der Bauchwunde oder aber Drainage des letzteren nach der von innen nach aussen eröffneten Vagina (von A. Martin angegeben) vornehmen. Die Placenta könne man fast stets vollständig entfernen; trete eine starke Blutung ein, so werde eine feste Tamponade gemacht.

Mit diesen seinen Ansichten dürfte Chaput wohl am meisten von allen französischen Fachgenossen sich dem an den massgebenden Stellen in Deutschland zumeist vertretenen Standpunkte nähern.

Bouilly spricht lediglich von den am häufigsten vorkommenden Extrauterin-graviditäten von etwa 3 Monaten. Formell halte er die Laparotomie indicirt in allen Fällen, wo nach der Ruptur des Sackes eine freie Blutung in der Bauchhöhle entstände. In diesem Stadium kämen

die Fälle aber nur selten zur Beobachtung und zwar deshalb, weil die Kranken entweder gar keinen Arzt aufsuchen, oder in eine medizinische Krankenabtheilung gelangen, wo sie dann mit unerkannter ursprünglicher Erkrankung ad exitum kämen. B. verteidigt eifrig das Vorgehen auf dem vaginalen Wege bei mehr oder weniger abgekapselten peritonealen Ansammlungen. Die Furcht vor dem Zurücklassen der kranken Tuba sowie vor erneuten Blutungen, sowie vor Vereiterung des Fruchtsackes sei hinfällig und in praktischer Hinsicht unrichtig. Die Laparotomie sei nur für die noch wachsende Extrauterin gravidität die Operation der Wahl.

Tuffier beobachtete bei 35 Fällen von Extrauterin gravidität nur eine einzige über 5 Monate bestehende, und zwar handelte es sich in diesem Falle um ein Lithopaedion. Aus seinen Erörterungen ist noch seine Indikationsstellung und Methode hervorzuheben. Er macht die Incisio vaginal. poster. bei den einfachen, abgekapselten Haematocelen und zwar könne diese Operation schon im Beginne der krankhaften Erscheinungen oder aber später, wenn der Tumor die Neigung zur Abkapselung zeigt, ausgeführt werden. Gegenüber den vereiterten Haematocelen sei ebenfalls die Colpotomia posterior die günstigste und erfolgreichste Operation.

Picqué's allgemeine Bemerkungen über die Indikationen bringen nichts Neues. Er berichtet über 3 von Potherat operierte Fälle. Der erste war als Schwangerschaft im rechten Horne eines Uterus bicornis diagnostiziert. Die vaginale Hysterektomie förderte einen an sich normalen Uterus heraus, neben welchem rechts sich eine tubo-interstitielle Schwangerschaft befunden hatte.

Lucas-Championnière hält den vaginalen Weg für falsch, weil bei der Unmöglichkeit der Diagnose: „Extrauterin gravidität“ nur eine breite Laparotomie die notwendige Ein- und Uebersicht gestatte. Rücksichtnahme auf das Leben des Foetus sei falsch, weil durch sie die Gefahren für die Mutter wachsen könnten.

Ricard begnügt sich mit der vaginalen Incision nur dann, wenn der „Tumor“ gut begrenzt und alten Datums ist. Er sah noch Spontanheilung eines Falles, bei dem nach plötzlichem Risse des Sackes und nachfolgender Peritonitis abgewartet wurde, dass das Blut sich abkapsele; andererseits sah er aber auch eine expectativ behandelte Frau der Haemorrhagie erliegen. Der erste Fall dürfte als ungewöhnlich, der letztere als der Regel entsprechend anzusehen sein, nachdem neuere Arbeiten, wie oben erwähnt, eine Mortalität von 85% unter den lediglich medikamentös behandelten Fällen von geplatzter Extrauterinschwangerschaft ergeben haben.

Streng chirurgisch urtheilt endlich Terrier. Er hat niemals das Zaudern bei Ruptur des Fruchtsackes mit Blutung in die Bauchhöhle begreifen können. Die blutende Arterie müsse ligiert, — ergo die Laparotomie gemacht werden. Auch bei Haematocelen giebt T. fast stets der Laparotomie den Vorzug; denn jede Frau mit Extrauterin gravidität habe kranke Genitalien. Die chirurgische Anzeige laute dann: Entfernung des kranken Theiles — ergo Laparotomia.