

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.

Ueber die Dauerresultate bei conservirender Behandlung frühzeitig unterbrochener Extrauteringraviditäten in den ersten Schwangerschaftsmonaten.

Von

Dr. Carl von Scanzoni.

Die Behandlung frühzeitig unterbrochener Extrauteringraviditäten der ersten Schwangerschaftsmonate mit ihren Nebenerscheinungen der Mola tubaria, Haematocoele peritubaria ante- und retrouterina und Tubenruptur hat, nachdem die Häufigkeit dieses Leidens durch exactere Diagnosenstellung immer mehr unter den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane in den Vordergrund getreten ist, lange Zeit eine lebhafte Meinungsdivergenz unter den Gynäkologen hervorgerufen, und so sehen wir auch dementsprechend ziemliche Wandlungen in den bezüglichlichen Anschauungen. Während nun bis in den Beginn der 90er Jahre das eingreifende Verfahren in dem Vordergrund der Therapie stand, brach sich von diesem Zeitpunkt an allmählig immer mehr die Ansicht Bahn, dass auch mit der conservirenden Behandlung in geeigneten Fällen gute Resultate erzielt werden können, und in den letzten Jahren sehen wir, dass von vielen Gynäkologen überhaupt nur jene Fälle operativ angegangen werden, bei denen es eben keinen anderen Ausweg mehr giebt. Trotzdem aber findet man noch viele andere Ansichten, die dahin gehen, dass durch die Laparotomie bez. Kolpotomie mit Herausnahme des erkrankten Organs und Ausschälen des Fruchtsackes den Frauen mehr gedient sei, als wenn man durch die conservirende Behandlung den Verlauf abwarte. Man hat gesagt: Viele der Frauen erholen sich nur äusserst langsam bei diesem

Verfahren, andere wieder bleiben ihr Leben lang siech, und dadurch ist der Erfolg dieser Behandlungsweise für die Frauen selbst nicht nur ein sehr zweifelhafter zu nennen, sondern es treten auch noch andere sociale Missstände an den Tag: Manche Familien kommen sogar durch die Arbeitsunfähigkeit der Hausfrau an den Bettelstab. Des Weiteren hat man auch hervorgehoben, dass die Aussicht auf eine abermalige Conception bei den Laparotomirten günstiger sei, wie bei den conservirend Behandelten, und dass bei letzteren später doch noch oft eine Laparotomie nöthig werde.

Ich hatte mir nun zur Aufgabe gemacht, an der Hand des Materials unserer Klinik von 1890—1899 incl. etwas nachzuforschen, wie weit sich denn diese Befürchtungen im Laufe der Jahre bewahrheitet haben, und möchte hier nun über das Resultat meiner Beobachtungen berichten.

Man wird mir nun vielleicht sofort vorhalten, wie ist es denn möglich, bei dieser Erkrankungsform, wenn sie conservirend behandelt wurde, eine Statistik zu bringen, da eine sichere Diagnosen-Stellung bei vielen Fällen überhaupt nicht möglich ist. Es können sich ja unter denen auf diese Weise Behandelten eine Reihe von Pyosalpingen, Kystomen, Myomen, parametranen Exsudaten event. Retroflexio-versio uteri gravidi etc. befunden haben, ja es können sogar Hämatocelen dabei gewesen sein, die gar nicht auf eine Extrauteringravidität zurückzuführen sind.

Dieser Einwand hat gewiss seine Berechtigung, aber eine Statistik im strengen Sinn des Wortes will ich überhaupt nicht geben, sondern mein Bestreben geht nur dahin, im Grossen und Ganzen einen Einblick in die Dauererfolge der conservirenden Behandlung zu bringen, und dass dies möglich ist, wird man mir doch vielleicht aus folgenden Gründen einräumen können. Einmal habe ich unter die conservirend Behandelten auch die lediglich Elytrotomirten (ich werde sie übrigens im Folgenden getrennt von den rein expectativ Behandelten besprechen) aufgenommen, da dieser Eingriff im Verhältniss zur Laparotomie bez. Kolpotomia posterior mit nachfolgender Entfernung der erkrankten Adnexe doch ein mehr conservirender genannt werden muss. Hierdurch wurde nun schon eine Reihe von Diagnosen gesichert. Ferner muss ich erwähnen, dass in früheren Jahren in der grössten Mehrzahl der Fälle nach sorgfältiger Desinfection der Scheide eine Probepunction gemacht wurde, dadurch konnte durch Aspiration von altem Blut ebenfalls zu einer sicheren Diagnose gelangt werden. Blutergüsse

anderer Ursache sind ja so selten, dass sie eigentlich gar nicht in Betracht kommen. Des Weiteren habe ich einen sehr grossen Theil der betr. Frauen nunmehr nachuntersucht, und die meisten persönlich gesprochen. So konnte ich die damaligen event. Fehldiagnosen wie Myom, Kystom etc. nach Möglichkeit berichtigen, denn im Laufe der Jahre werden doch derartige Geschwülste die Trägerinnen meist veranlassen müssen, sich wieder vorzustellen, oder anderweitig ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Thaten sie es aber nicht, so musste mir doch wieder bei der Nachuntersuchung der Tumor auffallen. Eine Hämatocele speciell bleibt aber doch Jahre lang nicht so, dass sie mit derartigen Erkrankungsformen immer noch so leicht verwechselt werden könnte. Auch die Retroflexio-versio uteri gravidi muss längst auf die eine oder andere Weise erledigt sein. Aehnlich ist es bei Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn oder bei Uterus arcuatus, auch eine Hämatometra muss sich irgendwie in der Zwischenzeit geltend gemacht haben. Von den wesentlichsten und häufigsten Erkrankungen, mit denen noch eine Extrauterin gravidität mit anschliessender Mola tubaria oder Hämatocele verwechselt werden kann, ist weiter noch die Pyosalpinx, das Parametraneexsudat und die Perityphlitis zu nennen, doch dürften letztere beide Erkrankungen nach genauester Anamnese und längerer Beobachtung doch nicht zu leicht zur Verwechslung Anlass geben. Ich habe nun auch, um mir ein ungefähres Bild über die Anzahl der Fehldiagnosen zu machen, nachgesehen, wie oft bei den wegen Extrauterin gravidität Laparotomirten von 1890—1899 unrichtige Diagnosen gestellt wurden, und habe gefunden, dass bei 121 in Betracht kommenden Fällen 19 mal anstatt der angenommenen Extrauterin gravidität ein anderes Leiden constatirt wurde. Es waren dies aber meist gerade diejenigen Fälle, bei denen keine ausgesprochene Hämatocele vorhanden war, sondern wobei die Diagnose auf Mola tubaria gestellt wurde und wobei ja leichter Fehldiagnosen unterlaufen können, als bei dem so charakteristischen Tastbefund der Hämatocele. Es ist nun auch so nicht zu verwundern, dass unter diesen Fehldiagnosen 11 mal von diesen 19 Fällen Pyosalpinx gefunden wurde, die ja gerade mit der Tubaren-Mole am leichtesten verwechselt wird.

Fassen wir aber alle soeben angeführten Punkte zusammen, so wird man mir doch zugeben können, dass bei den von mir jetzt zur Besprechung herangezogenen conservirend behandelten Fällen doch nur mehr wenige Fehldiagnosen mitgehen dürften.

Bevor ich nun auf die Resultate meiner Nachforschungen eingehe, möchte ich noch kurz besprechen, welcher Standpunkt im Allgemeinen, was die Therapie solcher ectopischer Schwangerschaften betrifft, an unserer Klinik eingenommen wird. Laparotomirt wird, wenn alle Anzeichen fortdauernder innerer Blutung vorhanden sind, oder wenn eine in Beobachtung stehende Hämatocele deutliche Zeichen der Grössenzunahme bietet.

Elytrotomirt wird (lediglich Ausräumung der Hämatocele ohne Herausnahme der erkrankten Adnexe) 1. bei hohem Fieber, 2. bei andauernden starken Schmerzen, die auf eingeleitete symptomatische Behandlung hin nicht weichen wollen, 3. wenn der Tumor nach längerer Beobachtung absolut keine Tendenz zum Kleinerwerden zeigt oder 4. wenn er so gross ist, dass eine Resorption nur sehr schwer in absehbarer Zeit vor sich gehen dürfte. Bei solchen Fällen kommt dann event. secundär noch die Laparotomie in Betracht, wenn bei der Ausräumung durch Elytrotomie noch grössere Eireste zurückbleiben, die von der Scheide aus zu entfernen nicht völlig gelingen will. Was übrigens speciell Punkt 4 anbetrifft, so ist man bei uns an der Hand der gesammelten Erfahrungen der letzten Jahre immer mehr zu möglichst vollständig expectativer Behandlung übergegangen. Ferner ist selbstverständlich, dass im Beginn der 90er Jahre auch bei uns der Laparotomie weitere Grenzen gesteckt waren wie jetzt. Die Kolpotomia posterior mit Entfernung der erkrankten Adnexe wurde bei uns nur in verschwindend wenig Fällen gemacht, so dass sie gegenüber der Laparotomie vollständig in den Hintergrund tritt.

Von 1890—1899 incl. gelangten nun im Ganzen 107 Frauen (II. und III. Verpflegungsklasse), bei denen die Diagnose auf Extrauterin gravidität in den ersten Schwangerschaftsmonaten mit Abort oder Ruptur gestellt wurde, zur Beobachtung, während die weiteren expectativ oder nur mit Elytrotomie behandelt wurden. Von diesen 107 starben in der Anstalt 2. Von den restirenden 105 erhielt ich von 91 Antwort, in Anbetracht dessen, dass ich vom Beginn meiner Arbeit bis zum Niederschreiben derselben nicht ganz 2½ Monate verwandte, ein ganz erfreuliches Resultat. Zur Heranziehung der Frauen bediente ich mich im Grossen und Ganzen der schon von G. Abel (über Bauchnaht und Bauchnarbenbrüche, Archiv f. Gyn. 1898, Bd. 56) eingeschlagenen und angegebenen Wege und ich kann hier nur wiederholen, dass bei einiger Mühe es nicht zu schwer ist, zu einem ganz günstigen Abschluss zu

kommen; allerdings eine gewisse Unverdrossenheit im Briefschreiben muss man besitzen, da ich oft, wie es auch schon Abel erging, 4—5 mal an dieselbe Person schreiben musste, bis ich nur eine Antwort bekam. Ein so gutes Ergebniss wie Abel, der von 665 Frauen nur von 5 nichts mehr ermitteln konnte, habe ich ja nicht aufzuweisen, doch erstreckten sich die Nachforschungen desselben nur auf 7 Jahre, während die meinigen sich auf 10 ausdehnten, ein wohl in Betracht kommender Factor, und ferner verwandte genannter Autor 4 Jahre auf seine Ermittlungen.

Was nun die Nachuntersuchung anbetrifft, so ist es ja selbstverständlich, dass es mir nicht gelang bei allen 91 eine solche durchzuführen: die einen erklärten, sie fühlten sich völlig wohl, sähen also auch nicht ein, warum sie sich untersuchen lassen sollten, oder sagten, dass ihr Mann es direct verboten hätte. Einige waren zur Zeit gravid, und da wollte ich schon aus dem Grunde nicht touchiren, damit man mir nicht event. einen späteren Abort oder andere üble Zufälle in die Schuhe schieben könnte; des Weiteren kamen noch eine Reihe von Frauen aus der II. Verpflegungsklasse in Betracht, auch wohnten mehrere so entfernt von Leipzig, dass ich ihnen nicht zumuthen konnte, hierher zu reisen; von einigen derselben erhielt ich in liebenswürdiger Weise Berichte durch in der Nähe wohnende Aerzte. 15 Frauen suchte ich durch eine kleine Rundreise in ihrem Wohnorte auf.

Ich möchte nun zuerst die Dauerresultate der rein expectativ Behandelten, dann die der Elytrotomirten besprechen. Anhangsweise soll noch auf einige Fälle eingegangen werden, die wahrscheinlich seitdem nochmals eine Extrauteringravidität durchmachten.

Von den rein expectativ behandelten Fällen kommen 61 zur Besprechung; von diesen ist bei ihrem seinerzeitigen Aufenthalt in der Klinik keine gestorben. In der Zwischenzeit starben 2: eine verunglückte durch Verbrennung, die zweite ging an Uteruscarcinom zu Grunde. Da beide noch einige Jahre lebten und noch arbeiteten, habe ich sie nicht ausgeschaltet, und die Angaben der Männer über die Zeit nach der Entlassung von uns benutzt. 2 Frauen wurden nachträglich noch laparotomirt. (Die Diagnose Extrauteringravidität hatte sich übrigens durch die Operation bestätigt.) Bei einer wurde auswärts noch später angeblich ein Tumor per vaginam entfernt. Diese letzteren 3 Fälle sind von vornherein ausgeschaltet, zählen also nicht unter die 61. 5 Fälle musste ich nach den Er-

gebnissen der Nachuntersuchung weglassen. Das Nähere soll weiter unten berichtet werden.

Von den restirenden 56 nun sind zur Zeit vollständig arbeitsfähig und zwar wie vor der damaligen Erkrankung 41. Bedingt arbeitsfähig sind 15, von diesen können 6 nicht mehr als den gewöhnlichen Haushalt verrichten (das Waschen z. B. geht nicht); 9 arbeiten alles, verspüren aber bei schwerer Arbeit, wie Waschen oder starkem Heben Schmerzen. Gar nicht mehr arbeitsfähig, sodass sie selbst das Geringste nicht leisten können, ist keine.

Es ist nun ziemlich wichtig, festzustellen, wann die expectativ behandelten Frauen nach der Entlassung von uns wieder angefangen haben, leichte Arbeit (gewöhnlichen Haushalt) zu verrichten, und wann sie sich wieder an schwere Arbeiten (z. B. das Waschen) machten, um einen Vergleich mit den Laparotomirten anstellen zu können.

Es versahen ihren Haushalt gleich nach der Entlassung 14

nach der	1. Woche	4
" "	2. "	4
" "	3. "	7
" "	4. "	6
" "	6. "	4
" "	8. "	7
" "	10. "	3
" "	12. "	5
" "	16. "	2

Gewaschen haben gleich 2

nach 3 Wochen	5
" 4 "	4
" 6 "	7
" 8 "	6
" 10 "	2
" 11 "	2
" 12 "	7

5 konnten nicht mehr waschen, was sie aber vor der Erkrankung thaten, 16 waren durch äussere Verhältnisse nicht genöthigt zu waschen, d. h. sie brauchten sich überhaupt keiner besonderen, sehr anstrengenden Arbeit zu unterziehen; es sind dies in erster Linie ledige Personen, die nähten etc., und Frauen der II. Verpflegungsklasse.

Was das subjective Befinden anbetrifft, so fühlten sich von 56 Frauen 34 zur Zeit nicht wohl; über zeitweise Schmerzen im Leib und Kreuz ausserhalb der Regel haben 22 zu klagen.

Wieder concipirt haben von diesen 56 = 16, davon hatten 13 ausgetragene Kinder, 3 abortirten.

Es gebaren nach 1 Jahr nach der Entlassung 3

(hierbei 1 Abort im 3. Monat)

nach 2 Jahren nach der Entlassung 7

(hierbei 1 Abort im 2. Monat)

nach 3 Jahren nach der Entlassung 3

(darunter 1 zur Zeit im 4. Monat gravid)

nach 4 Jahren nach der Entlassung 2

(darunter 1 Abort im 3. Monat)

nach 7 Jahren nach der Entlassung 1.

Es concipirten seither 1 mal = 10

2 " = 2

3 " = 3

7 " = 1

Von denen, die nicht mehr concipirt haben, standen 5 der Coitus reservatus bez. anticonceptionelle Mittel zu, 3 Frauen sind seitdem in das Klimacterium getreten, 5 wurden Wittwen und bestreiten von da ab jeden sexuellen Verkehr. Rechnen wir nun diese 13 Frauen von den 56 ab, so kommen auf 43 = 16, die wieder concipirten, oder 37 pCt.

Es liegt nun gerade hier nahe, einzuwenden, dass unter denen, die wieder in die Hoffnung kamen, etliche sein könnten, bei denen damals eine Fehldiagnose gestellt wurde. Wie wir oben bereits gesehen haben, spielt nun hierbei insbesondere die Pyosalpinx eine grosse Rolle. Wie es aber mit der Conceptionsfähigkeit der Frauen mit früherer Pyosalpinx steht, können wir ungefähr aus einer Zusammenstellung von Kroenig¹⁾ erkennen, der zeigte, dass von 38 typischen Pyosalpingen keine einzige später wieder concipirte.

Gehen wir nun zu dem objectiven Befunde über. Ich möchte nun gleich von vorne herein bemerken, dass die Deutung der zu constatirenden Veränderungen immerhin mit einiger Vorsicht zu geschehen hat. Denn einmal ist es nicht ganz unmöglich, wenn

1) Kroenig, Zur Prognose der ascendirenden Gonorrhoe beim Weibe. Dieses Archiv. 63. Bd. II. Heft.

auch nicht wahrscheinlich, dass bei einigen Frauen die von uns nunmehr gefundenen pathologischen Reste auf Erkrankungen zurückzuführen sind, die vor der Extrauteringravidität schon bestanden haben. Dabei tritt der Gedanke nahe, dass gerade solche Veränderungen die Ursache der ectopischen Schwangerschaft wurden. Dann wissen wir ferner nicht, was nach der Extrauteringravidität oft neues hinzugekommen ist. Manche Frauen geben ja an, dass sie in der Zwischenzeit nochmals im Unterleibe krank waren, bei manchen aber können sich neue Erkrankungen hinzugesellt haben, die die Trägerinnen oft gar nicht beachteten. Des Weiteren kommt es häufig vor, dass man bei genauer Exploration solcher Frauen, die sich freiwillig einer Nachuntersuchung unterziehen, auf grössere Schwierigkeiten stösst, als bei solchen, die Hülfe suchend zu uns kommen. Ein etwas intensiverer Druck hat z. B. einige Male genügt, die betr. Frau zu veranlassen, die Untersuchung sofort abzuberechnen.

Von 61 Frauen, die in Betracht kommen, habe ich 44 untersucht; von diesen musste ich nachträglich noch 5 ausschalten, es bleiben also noch 39 übrig.

Von diesen hatten 11 normale Genitalien. Des Weiteren möchte ich noch 2 Fälle hinzurechnen, die eine Retroflexio-versio uteri mobilis und leichten Prolaps der hinteren bez. vorderen Vaginalwand hatten, bei denen aber normale Adnexe und nirgends Adhäsionen zu constatiren waren. Die Uebrigen 26 Fälle boten mehr oder weniger pathologische Befunde. Geringe Veränderungen waren bei 13 vorhanden. Es handelte sich hierbei theils um leichte Retroposition und Fixation des Uterus, theils um geringe Verwachsungen der Adnexe, speciell der Seite, auf welcher seiner Zeit die Extrauteringravidität war. Mässige Verdickungen der betr. Tuben konnte in 4 Fällen festgestellt werden, bei den übrigen waren sie anscheinend normal oder liessen sich nicht mit Sicherheit tasten. In 7 Fällen war 4 mal der Uterus retroflectirt, breit fixirt, die Adnexe waren mehr oder weniger in breite Verwachsungen eingebettet, 3 mal waren retrovertirte, fixirte Uteri zu constatiren bei gleichfalls verwachsenen Adnexen.

Bei weiteren 6 Fällen fanden sich neben grösseren oder geringeren Verwachsungen und Verlagerungen bez. Fixation des Uterus wallnuss- bis fast gänseeigrosse prallelastische Tumoren auf der damals afficirten Seite, die jedenfalls einer Hydrosalpinx entsprechen dürften, insbesondere da die Adnexe der anderen Seite,

soweit sie gefühlt werden konnten, keine besonderen Veränderungen boten.

Hier möchte ich ferner noch der 5 Fälle Erwähnung thun, die ich bei der Nachuntersuchung ausschalten musste. Es sind dies 2 Pyosalpingen (nunmehr deutlich doppelseitige Adnextumoren), 1 Ovarialkystom, 1 Myom und 1 Fall, bei dem die Diagnose auf Kystom oder entzündlichen Adnextumor gestellt werden muss. Dass es sich bei diesen nicht um spätere Neuerkrankung handelt, dagegen spricht bei sämtlichen der weitere bisherige Verlauf.

Elytrotomirt wurden 27. Von diesen starben 2 während ihres Aufenthalts in der Anstalt und zwar 1 in Folge eines unglücklichen Zufalls, indem 8 Tage nach der Operation das Spülrohr durch den Hämatocelen-Sack in die Bauchhöhle gestossen wurde, die Frau ging an Peritonitis zu Grunde. Ueber den 2. Fall soll im Anhang berichtet werden.

Von den übrigen 25 sind nunmehr arbeitsfähig wie vor der ektopischen Schwangerschaft 19. 6 Frauen empfinden bei anstrengender Arbeit Schmerzen, doch arbeiten sämtliche schwer. Arbeitsunfähig ist keine.

Es haben ihren Haushalt nach der Entlassung begonnen sofort 4
nach der 1. Woche 4

"	"	2.	"	4
"	"	4.	"	3
"	"	5.	"	1
"	"	6.	"	2
"	"	8.	"	2
"	"	9.	"	1
"	"	12.	"	4.

Schwer gearbeitet bez. gewaschen haben nach der Entlassung
sofort 0

nach 4 Wochen 2

"	5	"	1
"	6	"	2
"	8	"	4
"	10	"	2
"	12	"	4

nach 12 Wochen doch nicht über $\frac{1}{2}$ Jahr 6.

Nicht mehr schwer arbeiten konnte 1.

In Folge äusserer Verhältnisse hatten schwere Arbeit nicht
nothwendig 3.

Völlig wohl fühlten sich 16. Zeitweilige mässige Kreuz- oder Leibschmerzen haben 9.

Von 25 haben wieder 10 concipirt, und zwar hatten 8 ausgetragene Kinder, 2 Aborte.

Es gebaren zum 1. Male wieder nach der Erkrankung

nach 1 Jahr: 4 (2 Aborte im 2. u. 3. Mon.)

" 2 " 3

" 3 " 1

" 4 " 2

Es concipirten 1 mal = 3

2 " = 5

3 " = 2.

4 Frauen stand der Coitus reservatus zu, 1 Frau ist unterdessen Wittwe geworden und stellt seitdem jeglichen geschlechtlichen Verkehr in Abrede; im klimakterischen Alter befinden sich zur Zeit 2.

Rechnen wir diese auch noch ab, so concipirten im Ganzen seitdem 55 pCt.

Von diesen 25 Frauen habe ich 21 untersucht; von ihnen war eine z. Z. im 3. Monat gravida. Anscheinend völlig freie Genitalien waren nur bei 6 vorhanden. Ich betone „anscheinend“, denn wenn man bedenkt, dass nach vorgenommener Elytrotomie der Hämatocelen-Sack nach unten drainirt wird, dass dann häufig gespült wird etc., so kann man wohl mit Recht annehmen, dass kleinere Verwachsungen doch in den meisten Fällen zurückbleiben werden, aber bedeutend sind sie jedenfalls bei diesen 6 Frauen nicht, da die Uteri sämmtlich gut beweglich sind; bei 4 von diesen waren die Adnexe als normal zu tasten, bei 2 gelang die Isolirung wegen starker Adipositas nicht, doch waren nirgends Resistenzen zu fühlen. Des weiteren möchte ich auch noch 3 Fälle anführen, bei denen zwar ein geringer Descensus der hinteren und vorderen Vaginalwand, sowie Retroflexio-versio uteri mobilis zu constatiren war, bei denen aber beide Adnexe deutlich als normal zu fühlen waren, so dass besondere Residuen von der damaligen Extrauterin-gravidität nicht angenommen werden können.

4 Fälle zeigten bei anteflectirtem, etwas fixirtem Uterus mässige Verwachsungen speciell im Bereich der damals befallenen Adnexe.

Bei 3 Frauen war ein retroflectirter, leicht fixirter Uterus zu constatiren mit ebenfalls in Verwachsungen eingebetteten Adnexen.

Bei 2 weiteren Frauen waren stärkere Adhäsionen bei retroflectirtem, ziemlich breit fixirtem Uterus vorhanden, und endlich hatten 2 Frauen neben Fixation des Uterus circa hühnereigrosse Adnex-tumoren; von ihnen gab eine an, in der Zwischenzeit noch einmal ein neues Gebärmutterleiden durchgemacht zu haben, nach der der Entlassung von uns bis zu ihrer neuerlichen Erkrankung fühlte sie sich aber wohl.

Vergleichen wir nun etwas die Resultate der Elytrotomirten und rein expectativ Behandelten:

Von 56 exsp. behandelten Frauen sind vollständig arbeitsfähig
41 = 73 pCt.

Von 25 elytrotomirten Frauen sind vollständig arbeitsfähig
19 = 76 pCt.

Vollständig arbeitsunfähig bei beiden Gruppen ist keine.

Von 56 exsp. Behandelten fühlen sich völlig wohl 34 = 60 pCt.

„ 25 Elytrotomirten „ „ „ „ 16 = 64 „

Auch in Bezug auf die Zeit des Eintrittes der Arbeitsfähigkeit, was den Haushalt betrifft, sind die Verhältnisse im Allgemeinen ähnlich, nur mit dem Anfang der schweren Arbeit erscheinen die Elytrotomirten etwas später daran zu sein. Von den expectativ Behandelten konnten 5 nicht mehr schwer arbeiten, von den Elytrotomirten nur eine.

Was die Conceptionsfähigkeit anbetrifft, so sind allerdings mit 28 pCt. : 55 pCt. die Elytrotomirten im Vortheil; auch beim objectiven Befund neigt sich die Wagschale im Allgemeinen zu Gunsten der letzteren, doch müssen wir dabei bedenken, dass unter den expectativ Bnhandelten immer noch etliche sein werden, die als Fehldiagnosen nicht festzustellen waren, und gerade diese, besonders was die Pyosalpinx betrifft, tragen wesentlich dazu bei, das Endresultat zu verschlechtern.

Ich habe nun, um einen Vergleich mit den Laparotomirten ziehen zu können, die wegen Extrauterin gravidität Laparotomirten der Jahre 1895—1899 incl. herausgesucht und an dieselben bezügliche Fragen geschickt. Unter das Jahr 1895 konnte ich nicht zurückgreifen, da Herr G. Abel gelegentlich seiner obenerwähnten Arbeit über die Bauchbrüche die in Frage kommenden Frauen dieser Jahre schon genau befragt und untersucht hat. Seine Resultate sollen in nächster Zeit veröffentlicht werden. Ich glaubte deshalb auch von einer Nachuntersuchung der Uebrigen absehen zu können.

Von 40 Frauen, die hierbei in Betracht kommen, starben in der Anstalt während ihres Aufenthaltes 3. Von den übrigen 37 erhielt ich von 36 Antwort; hierzu kommen noch jene 2 Frauen, die ursprünglich expectativ behandelt worden waren, später aber noch laparotomirt werden mussten, sohin im Ganzen 38. Bei der einen der Verstorbenen ergab die Section jauchige Peritonitis und weiter noch Darmtuberculose. Die zweite kam im Collaps unter den Zeichen starker innerer Blutung, sie erholte sich nicht mehr und starb $\frac{1}{2}$ Stunde post operationem. Die dritte erlag ebenfalls einer Peritonitis (Platzen eines verjauchten Hämatocelen-Sackes). Später starb ausserhalb der Anstalt keine.

Vollständig arbeitsfähig sind von den 38 Frauen 24 = 63 pCt., nicht vollständig arbeitsfähig sind 13 = 34 pCt., vollständig arbeitsunfähig ist 1 = 3 pCt.

Den Haushalt begannen gleich nach der Entlassung 1,

nach der 1. Woche 8,

" " 2. " 2,

" " 3. " 1,

" " 4. " 5,

" " 5. " 1,

" " 6. " 3,

" " 8. " 3,

" " 10. " 2,

" " 12. " 5,

darüber hinaus bis zu $\frac{1}{2}$ Jahr 5,

nach 1 Jahre 1,

gar nicht mehr 1.

Schwer gearbeitet bez. gewaschen haben gleich nach der Entlassung 0,

nach der 1. Woche 1,

" " 6. " 4,

" " 8. " 4,

" " 10. " 4,

" " 12. " 6,

darüber hinaus bis zu $\frac{3}{4}$ Jahr 6,

nicht mehr schwer arbeiten konnten 9, nicht nöthig hatten schwer zu arbeiten 4.

Vollständig wohl fühlen sich 23 = 60 pCt., Beschwerden im Unterleib und Kreuz haben 15 = 40 pCt. Bauchhernien haben

nach ihren Angaben 6 Frauen, davon fühlen sich 3 vollständig wohl und arbeitsfähig.

Von 38 haben wieder concipirt 5, 1 hat 3mal geboren, alle übrigen nur 1mal. Coitus reservatus gab nur 1 zu; Wittwen wurden 2. Ins Klimacterium kamen unterdessen 2, steril durch die Operation wurden 4. Ziehen wir diese ab, so haben noch 17 pCt. concipirt.

Nach der Operation gebaren

nach 1	Jahr 1,	
" 1½	" 1	(Abort im 2. Monat),
" 2	" 2,	
" 3	" 3.	

Vergleichen wir nun die Resultate der conservirend Behandelten mit denen der Laparotomirten, so finden wir:

Vollständig arbeitsfähig sind:

Von 56 expectativ Behandelten 41 = 73 pCt.

Von 25 Elytrotomirten 19 = 76 pCt.

Von 38 Laparotomirten 24 = 63 pCt.

Bedingt arbeitsfähig sind (nur leichte Arbeit):

Von 56 expectativ Behandelten 15 = 27 pCt.

Von 25 Elytrotomirten 6 = 24 pCt.

Von 38 Laparotomirten 13 = 34 pCt.

Arbeitsunfähig sind:

Von den expectativ Behandelten 0.

Von den Elytrotomirten 0.

Von den Laparotomirten 1 = 3 pCt.

Von den 56 expectativ Behandelten versahen ihren

Haushalt gleich nach der Entlassung 14 = 25 pCt.,

innerhalb der 1.—6. Woche 25 = 45 "

" " 12. Woche 15 = 26 "

" des nächsten ¾ Jahres 2 = 4 "

Von 25 Elytrotomirten versahen ihren Haushalt gleich

nach der Entlassung 4 = 16 pCt.,

innerhalb der 1.—6. Woche 13 = 52 "

" " 6.—12. " 8 = 38 "

Von 38 Laparotomirten versahen ihren Haushalt

gleich nach der Entlassung 1 = 3 pCt.,

innerhalb der 1.—6. Woche 19 = 50 "

" " 6.—12. " 10 = 26 "

" " 12. Woche bis 1½ Jahr 5 = 14 "

nach 1 Jahre	1 = 3 pCt.
gar nicht mehr	1 = 3 „

Wir sehen also daraus, dass die conservirend Behandelten in den ersten 6 Wochen schon einen Vorsprung haben: 70 pCt. bez. 68 pCt. gegenüber 53 pCt. Noch schärfer tritt der Gegensatz hervor, wenn wir sehen, dass von den expectativ Behandelten sofort nach der Entlassung wieder 25 pCt., von den Elytrotomirten 16 pCt., dagegen von den Laparotomirten nur 3 pCt. ihren Haushalt wieder aufnehmen konnten, ein Faktor, der bei der arbeitenden Klasse wohl kaum zu unterschätzen sein dürfte.

Von 56 expectativ Behandelten waren 16 durch äussere Verhältnisse nicht genöthigt schwer zu arbeiten oder zu waschen, somit kamen nur 40 bei schwerer Arbeit in Betracht.

Von diesen arbeiteten sofort wieder schwer	
nach der Entlassung	2 = 5 pCt.,
innerhalb der 1.—6. Woche	16 = 40 „
„ „ 6.—12. „	17 = 42,5 „
nicht schwer arbeiten bez.	
waschen konnten	5 = 12,5 „

Von den 25 Elytrotomirten hatten 3 schwere Arbeit nicht nöthig.

Von den übrigen 22 arbeiteten sofort	
wieder schwer nach der Entlassung	0 = 0 pCt.,
innerhalb der 1.—6. Woche	5 = 22,5 „
„ „ 6.—12. „	10 = 45,5 „
„ „ 12. Woche bis $\frac{3}{4}$ Jahr	6 = 27 „
nicht mehr schwer arbeiten konnte	1 = 5 „

Von 38 Laparotomirten brauchten 4 nicht schwer zu arbeiten.

Von den übrigbleibenden 34 arbeiteten sofort	
wieder schwer nach der Entlassung	0 = 0 pCt.,
innerhalb der 1.—6. Woche	5 = 14,5 „
„ „ 6.—12. „	14 = 41 „
„ „ 12. Woche bis $\frac{3}{4}$ Jahr	6 = 17,5 „
nicht mehr schwer arbeiten konnten	9 = 27 „

Wir erkennen also auch hier wieder in den ersten 6 Wochen den Vortheil auf Seite der conservirend Behandelten. Auch haben wir bei diesen in Procenten bedeutend weniger Frauen, die keine schwere Arbeit mehr verrichten können als bei den Laparotomirten.

Völlig wohl befinden sich von 56 expectativ Behandelten 34 = 60 pCt.,

" " " " " 25 Elytrotomirten 16 = 64 "

" " " " " 38 Laparotomirten 23 = 60 "

Hier sind also die Verhältnisse gleich.

Concipirt haben von 43 in Betracht kommenden

expectativ Behandelten 16 = 37 pCt.,

" " " 18 in Betracht kommenden Elytrotomirten 10 = 55 "

" " " 29 in Betracht kommenden Laparotomirten 5 = 17 "

Ein wesentlicher Unterschied!

Es erübrigt noch zu ermitteln, wie sich die Durchschnittsdauer des Aufenthaltes in der Klinik der conservirend Behandelten zu der der Laparotomirten verhält. Wir finden: im Durchschnitt waren die rein expectativ behandelten Fälle 15,9, die Elytrotomirten 27,3, die Laparotomirten 29,9 Tage in der Klinik. Die Aufenthaltsdauer der rein expectativ behandelten Fälle ist also im Durchschnitt fast die Hälfte kürzer wie die der Laparotomirten.

Wir kommen nun im Allgemeinen zu folgendem Resultat: Was die Arbeitsfähigkeit betrifft, so stehen die conservirend Behandelten jedenfalls nicht hinter den Laparotomirten zurück, ja sie scheinen noch günstigere Resultate aufzuweisen, vor Allem wenn man bedenkt, was ich immer wiederholen möchte, dass unter den rein expectativ Behandelten immer noch etliche Fehldiagnosen sich befinden werden, und diese sind, wie ich schon oben bei der Conceptionsfähigkeit bemerkte, sicher nicht geeignet, unsere Resultate günstig zu beeinflussen, denn man kann wohl sicher annehmen, dass von allen bei der Differentialdiagnose in Betracht kommenden anderen Krankheiten die abgestorbene Extrauterin-gravidität der ersten Monate mit ihren Nebenerscheinungen noch die besten Aussichten für ein spontanes Ausheilen bieten; Tumoren, die auf anderer als entzündlicher Basis beruhen, fallen hierbei ja selbstverständlich weg.

Vor allem ist bei dem Capitel der Arbeitsfähigkeit noch darauf hinzuweisen, dass die cons. Behandelten um vieles früher wieder ihrer gewohnten Beschäftigung zugeführt werden, wie die Laparotomirten. Sehen wir doch schon, dass die rein exps. Behandelten im Durchschnitt um 14 Tage früher die Klinik verlassen haben

wie die Laparotomirten; des Weiteren finden wir, dass 25 pCt. der exsp. Behandelten und 16 pCt. der Elytrotomirten sofort nach der Entlassung ihren Haushalt versahen, während dies von den Laparotomirten nur 3 pCt. konnten. Auch die schwere Arbeit kann bei den cons. Behandelten früher aufgenommen werden, was wir daraus entnehmen, dass innerhalb der ersten bis sechsten Woche nach der Entlassung von den rein exsp. behandelten Frauen 40 pCt., von den Elytrotomirten 22,5 pCt., von den Laparotomirten aber nur 14,5 pCt. schwer arbeiten.

Was das Allgemeine betrifft, so lässt sich, wie aus den oben angeführten Zahlen ersichtlich ist, kein wesentlicher Unterschied finden. Dagegen ist die Conceptions-Möglichkeit entschieden auf der Seite der conserv. Behandelten grösser.

Es concipirten von den exsp. Behandelten 37 pCt.

„	„	Elytrotomirten	55	„
„	„	Laparotomirten	17	„

Ich glaube nun, dass nach den allgemeinen Resultaten, die sich uns ergeben haben, die Eingangs erwähnten Einwürfe sich von selbst erledigt haben, ohne dass es unbedingt nöthig erscheint, die objectiven Befunde der Laparotomirten noch heranzuziehen, wenn ich auch gern zugebe, dass vielleicht die Laparotomirten in diesem Punkte etwas günstigere Resultate bieten mögen; wir sehen also: die cons. Behandelten erholen sich, was das allgemeine Befinden anbetrifft, gerade so schnell wenn nicht schneller als die Laparotomirten, von lebenslangem Siechthum konnte ich nichts entdecken. Arbeitsfähig werden sie früher als die Laparotomirten, womit auch der sogenannte Ruin der Familie hinwegfällt. Die Aussicht auf eine abermalige Conception ist günstiger wie bei den Laparotomirten. Auch der Einwurf, dass später oft doch noch laparotomirt werden muss, ist kaum berechtigt, da dies in unserer Beobachtungsreihe nur bei 2 Frauen nothwendig wurde. Die Todesfälle lassen sich nicht gut vergleichen, denn wenn, wie bei uns, nur alle ganz schwere Fälle der Laparotomie verfallen, so ist ja klar, dass ein Vergleich zu Ungunsten der letzteren ausfallen müsste.

Wie selten aber exsp. behandelte Fälle im Allgemeinen zum Tode führen, lässt sich vielleicht mit Folgendem illustriren: Olshausen¹⁾ sagt in einem Aufsätze „Ueber Hämatocele und Hämato-

1) Olshausen, Ueber Hämatocele und Hämatometra. Dieses Archiv. Bd. 1. 1870.

metra“ im Jahre 1870: „ Nur so lässt es sich erklären, dass Scanzoni noch in der neuesten Auflage (1867) seiner Gynäkologie erklärt, er habe in 20jähriger Praxis nur 2 Hämatoceleen gesehen. Ich würde es viel glaubwürdiger finden, wenn er angäbe, er hätte 200 gesehen.“ Bedenkt man nun, dass damals (1870) die Diagnosenstellung auf Extrauterin gravidität resp. Hämatocele an den Lebenden hauptsächlich eine Errungenschaft erst der letzten Jahre war, so wird man auch unschwer schliessen können, dass mein Vater diese 2 Fälle wohl auf dem Sectionstisch gesehen hat. Wenn aber bei der damaligen durchaus exp. Behandlungsweise innerhalb 20 Jahren nur 2 unter den Augen meines Vaters zur Section kamen, so ist das ein Zeichen, dass die Lebensgefährlichkeit solcher Extrauterin graviditäten keine so überaus grosse ist. Secirt aber wurde damals schon so fleissig wie heute, eine grössere Anzahl solcher Fälle wäre also wohl kam entgangen.

Was können wir nun aber für unsere therapeutischen Maassnahmen folgern? Ich glaube wohl dies, dass wir solche Fälle von Extrauterin gravidität nach Thunlichkeit möglichst conservirend das heisst rein exp. oder durch Elytrotomie behandeln sollen. Um aber nicht falsch verstanden zu werden: Die Extrauterin gravidität mit allen ihren Nebenerscheinungen ist kein Beobachtungsfeld für den practischen Arzt, sie gehört, so weit dies natürlich durchgeführt werden kann, in die Kliniken und Krankenhäuser unter specialistischer Aufsicht, dann kann man ruhig abwarten, das Messer ist ja stets zur Hand. Ich möchte also nicht gesagt haben, dass man draussen in der Praxis, wenn man zu einem solchen Fall gerufen wird, ruhig seiner Wege wieder gehen kann, um so lange zu beobachten — bis es vielleicht zu spät ist. Wie oft aber dennoch, trotz der im Allgemeinen in den letzten Jahren bei uns mehr eingeführten conserv. Behandlung laparotomirt werden musste, geht daraus hervor, dass seit dem Jahre 1895 83 derartig erkrankte Frauen (incl. I. Verpflegungsklasse, die bei der obigen Berechnung aber nicht mit einbezogen ist) conserv. behandelt wurden, während in der gleichen Zeit immer noch 41 laparotomirt wurden. Von 1890—1894 incl. hatten wir allerdings noch 30 conserv. Behandelte und 53 Laparotomirte.

Soweit wären wir also zu einem ganz günstigen Resultat für die conserv. Behandlung gekommen. Und nun die Ergebnisse anderer Autoren! Ich habe nur eine einzige grössere bezügliche

Zusammenstellung von L. Prochownick¹⁾ gefunden und zu welchen Ergebnissen kommt er? Gerade zum Gegentheil! Er fasst seine Erfahrungen in folgendem Satze zusammen: „. allein die weiteren Beobachtungen meiner Kranken haben mich mehr und mehr dazu geführt, in einem frühzeitigen abdominellen Eingriff den besten und bewährtesten Conservatismus zu erblicken.“ Er blickt auf ein Material aus 23 Jahren zurück. Die Anzahl der Fälle, über die er berichtet, ist fast gerade so gross wie bei uns. Er giebt an von 50 Laparotomirten befinden sich 41 recht gut, von 18 durch vaginale Incisionen und Drainage Behandelten 12 nach Ueberstehen der ersten Monate dauernd recht gut. Von 44 gänzlich abwartend Behandelten 19 nach Ablauf der ersten Monate gutes Befinden, einige wenige glänzend, die Mehrzahl nicht gut. Wir fanden, dass dies Verhältniss bei den einzelnen Behandlungsweisen so ziemlich gleich ist. Bei diesem Punkte also ist der Unterschied zwischen unseren beiden Zusammenstellungen noch nicht zu gross. Ich lege übrigens auf den Vergleich der Resultate der Frage nach dem Wohlbefinden kein besonderes Gewicht, denn bei dieser Frage kommt es ganz darauf an, wie man sie stellt. Viel wichtiger erscheint mir darnach zu forschen: wann die Frauen wieder angefangen haben ihren Haushalt zu versehen oder schwer zu arbeiten, das ist wohl ein sicherer Maassstab für das Befinden. Ich gebe ja gerne zu, dass viele Frauen der arbeitenden Klasse eher anfangen wieder sich zu beschäftigen, als es gerade ihr allgemeines Wohlbefinden angezeigt erscheinen lässt, aber über bestimmte Grenzen können auch sie nicht hinaus. Und gerade dieser Punkt der Arbeitsfähigkeit bez. des Eintrittes derselben, wo wir gerade ein so günstiges Resultat für die conserv. Behandelten gefunden haben, ist bei Prochownick leider nicht berührt. Eine Anzahl von jahrelang siechen Frauen, von denen Prochownick berichtet, habe ich aber nicht entdecken können. Was den objectiven Befund anbetrifft, so habe ich ja oben schon zugegeben, dass wir bei den exps. Behandelten im Allgemeinen vielleicht auf keine so guten Ergebnisse stossen wie bei den Laparotomirten, trotzdem wir unter unseren exps. behandelten Fällen 13 mit anscheinend völlig normalen Genitalien und weitere 13 mit nur geringen Veränderungen fanden, und auch Prochownick selbst

1) Die Anzeigstellung zum chirurgischen Eingreifen bei extrauteriner Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. 1900. No. 32.

meint: „Es ist kaum glaublich, wie schnell oft solche Hämatoceleen soweit sich zurückbilden, dass nach 6—8 Wochen überhaupt kein deutlich tastbarer Befund mehr besteht“, aber wir dürfen bei Betrachtung der Dauerresultate nicht allein den objectiven Befund gelten lassen, wir müssen immer auch auf den Eintritt der Arbeitsfähigkeit und das subjective Wohlbefinden hierbei unser Augenmerk richten. Sind speciell letztere Punkte in Ordnung, so können wir ja auf einen idealen objectiven Befund leichter verzichten. Lehrt uns doch die tägliche Erfahrung und speciell auch die Erfahrung, die wir bei der Nachuntersuchung solcher früher krank gewesener Frauen sammeln, dass selbst bei ziemlich ungünstigen objectiven Verhältnissen Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden oft gar nicht alterirt sind.

Ziemlich stark auseinander aber gehen unsere Zahlen, was die Conceptionsfähigkeit betrifft. Prochownick sagt: von 39 laparotomirten Frauen, bei denen eine Conceptionsfähigkeit wieder möglich war, concipirten wieder 21, also in Procenten umgerechnet ca. 53 pCt., bei uns nur 17 pCt. Von 40 expectativ Behandelten, bei denen eine Conceptionsmöglichkeit gegeben war, concipirten dort 20 = ca. 50 pCt., bei uns nur 37 pCt. Von den Elytrotomirten concipirten nach Prochownick 4 = ca. 22 pCt., bei uns 55 pCt.

Um diese Zahlunterschiede zu erklären, die speciell die Laparotomirten und Elytrotomirten bieten, kann ich eigentlich nicht viel weiter anführen mit Ausnahme dessen vielleicht, dass eben die Zahlen, mit denen beide Zusammenstellungen arbeiten, wieder den alten Fehlen zeigen, dass sie eben zu klein sind. Denn es ist doch kaum anzunehmen, dass dort und hier derartige Unterschiede der Operationsmethoden bestehen, dass dadurch ein Einfluss auf die Conceptionsmöglichkeit hervorgerufen wird.

Aber etwas anderes können wir noch vielleicht aus den Prochownick'schen Zahlen ersehen. Er sagt nämlich: Von 39 in Betracht kommenden Laparotomirten concipirten 21; von 40 rein exsp. Behandelten 20, also fast das gleiche Verhältniss. Wenn man diese Zahlen sieht, so kann man sich doch unmöglich denken, dass die exsp. Behandelten so schlecht in allen übrigen den Laparotomirten gegenüber stehen sollten, wie Prochownick angiebt. Ferner führt er weiter aus, dass unter den 21 Laparotomirten diejenigen concipirten, welche nur 4 Aborte hatten, während von 20 in Betracht kommenden exsp. Behandelten, die wieder gravid wurden, 8 abor-

tirten; er nennt diesen Unterschied hochgradig. So schlimm glaube ich, ist dies ja auch nicht.

Auf weiteren Verschiedenheiten mit der Prochownick'schen Arbeit einzugehen, würde zu weit führen, ich muss deshalb auf das Original verweisen.

Ich habe nun versucht eine Lanze für meine Ergebnisse zu brechen, aber bestimmte wichtige Factoren kann ich eben doch nicht bei Seite schaffen. Unsere Resultate stehen sich also in manchen Punkten ziemlich ausgesprochen gegenüber. Die Schuld muss ich, wie schon oben angedeutet, den beiderseits doch zu kleinen Zahlen zuschreiben. Aber eins kann man wenigstens aus meiner Arbeit ersehen, dass die von Prochownick angegebene ungünstige Beurtheilung der Dauerresultate rein exp. behandelter Fälle doch nicht so unerschütterlich sicher dasteht, es muss also das Beibringen weiteren grösseren Materials abgewartet werden. Sollte sich aber dann nur das eine herausstellen, dass die Wahrheit in der Milte liegt, und die conservirende wie eingreifende Behandlung gleiche Berechtigung haben, dann wird eben immer noch die erstere vorzuziehen sein, denn wir können eben dann in vielen Fällen doch die Laparotomie umgehen, wie sie Prochownick und Andere durchgeführt wissen wollen.

Um keine Missverständnisse hervorzurufen, möchte ich hier zum Schlusse nochmals hervorheben: Ich spreche nicht der conservirenden Behandlung bei jedem Falle das Wort wie Prochownick der Laparotomie, sondern ich sage nur, dass erstere dann mir angezeigt erscheint, wenn eben die Indicationen für die Laparotomie, wie sie z. B. an unserer Klinik für solche Fälle aufgestellt sind und derer ich schon Eingangs Erwähnung that, nicht gegeben erscheinen.

Anfangsweise soll noch über 4 Fälle berichtet werden, bei denen eine Wiederholung der Extrauterin gravidität theils sicher, theils mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden muss

1. H., Anna, 38 jährige Markthelfersfrau. Op. Aufgenommen am 4. 8. 1894. Anamnese: Letzte Menses vor 6 Wochen, seit einiger Zeit plötzliche heftige Leib- und Kreuzschmerzen, seitdem Blutungen, Befund: kein Colostrum, keine Verfärbung der Vaginalschleimhaut, Uterus klein, anteflectirt, antepionirt, hinter dem Uterus mannskopfgrosser Tumor, welcher das Scheidengewölbe vorwölbt, die Geschwulst ist nach rechts oberhalb des Poupart'schen Bandes zu tasten. Elytrotomie: Entleerung einer grossen Menge von Blutgerinnseln aus dem Hämatocelen-Sacke. 2 mal Fiebersteigerungen. Entlassungsbefund am 22. 8.: Uterus antefl. leicht retrovertirt in der Beweglichkeit durch Collumfixation einge-

schränkt. Rechts vom Uterus noch eine gänseeigrosse Resistenz. Versah sofort nach der Entlassung ihren Haushalt. Schwere Arbeit nach 5 Wochen. Vollständig arbeitsfähig und gesund bis 1898.

5. 1. 1898, wieder aufgenommen: Anamnese: Letzte Menses vor $2\frac{1}{2}$ Monaten, vor 1 Monat plötzlicher intensiver Schmerzanfall, die Schmerzen liessen später etwas nach, kamen aber periodisch wehenartig wieder, seit 3 Wochen unregelmässige Blutungen, Zunahme der Beschwerden, Wasserlassen und Stuhlgang in der letzten Zeit sehr erschwert. Befund: Kein Colostrum, keine Scheidenverfärbung, Uterus klein, dextroponirt, antevertirt, links vom Uterus deutlich abgrenzbarer, sehr schmerzhafter, teigiger Tumor von Strausseneigrösse, von dem sich der Uterus nur schwer abgrenzen lässt. Adnexe nicht zu tasten. Elytrotomie: Entleerung einer ziemlichen Menge alten eingedickten Blutes. Im weiteren Verlauf 3 mal Temperatursteigerung, entlassen am 22. 2. 1898.

Kein Entlassungsbefund. Sofort nach der Entlassung Haushalt, 6 Wochen später schwere Arbeit, bis heute vollständig gesund und arbeitsfähig, hat nicht mehr conceipirt, kein Coitus reservatus. Gegenwärtiger Befund: Im hinteren Scheidengewölbe 2 alte Elytrotomienarben. Uterus anteffectirt, retroponirt, leicht fixirt, nicht vergrössert. Adnexe wegen ziemlicher Empfindlichkeit nicht sicher zu tasten, links anscheinend noch Resistenzen.

2. H., Pauline, Korbmakersfrau 35 Jahre, VIIp., letzte Geburt vor 1 Jahre. Aufgenommen am 12. 8. 1897. Anamnese: Letzte Menses vor 2 Monaten, vor 1 Monat Auftreten von ruckweisen Schmerzen und unregelmässigen Blutungen, fühlte sich wieder Gravida. Narcosenbefund: Colostrum in den Brüsten, Verfärbung und Auflockerung der Vaginalschleimhaut. Uterus retrovertirt, etwas vergrössert mit einem dahinter liegenden teigigen Tumor eng verbunden, derselbe liegt hauptsächlich links und ist mit dem Rectum und der hinteren seitlichen Beckenwand im Zusammenhang, seine untere Partie ist von höckriger Oberfläche, er ist unbeweglich und über kindskopfgross; die rechten Adnexe erscheinen normal, höchstens eine mässige Vergrösserung des rechten Ovariums. Diagnose: Haematocoele retro-uterina post abortum tubarium. Die Frau verliess die Anstalt auf eigenen Wunsch nach 3 Tagen und begann sofort wieder mit ihrer Hausarbeit. Nach $11\frac{1}{2}$ Wochen konnte sie wieder Alles verrichten, die Periode wurde wieder regelmässig, und fühlte sie sich vollständig wohl. Im August 1900, nachdem die Regel unregelmässig geworden war, plötzliches Unwohlsein und Schmerzanfälle in der Eisenbahn. Die Schmerzen beruhigten sich wieder, traten aber nach 8 Tagen neuerdings auf, wurden wehenartig, hierzu gesellten sich dann Blutungen. Die Frau kam nunmehr sehr herunter, sodass der hinzugezogene Arzt, der eine Extrauterin-gravidität diagnosticirte, eine sofortige Operation vorschlug. Dieselbe wurde verweigert. 3 Tage später liessen die Schmerzen und Blutungen allmählig nach und erholte sich die Frau langsam wieder. Heute fühlt sie sich wieder vollständig wohl und arbeitet wie früher. Herr Dr. Dietel in Zwickau, der damals die Frau untersucht hatte, stellte mir mit grosser Liebenswürdigkeit seine Notizen zur Verfügung: Befund vom August 1900: sehr anämische Frau, Temperatur 38,2, Puls 96. Man fühlt bei der Palpation des Abdomens einen das linke Poupart'sche Band um 2 Querfinger überragenden und sich nach der linken Darmbeinschaufel erstreckenden ziemlich festen Tumor. Uterus in der rechten Beckenhälfte und nach vorn und oben gedrängt durch einen unbeweg-

lichen, ziemlich derben, das linke Parametrium und den Douglas mässig vordrängenden Tumor von gut Kindskopfgrösse. Rechte Adnexe nicht zu tasten. Die Diagnose lautete auf Ruptur der linken graviden Tube mit Anschluss einer Haematocele retro-uterina. Bei der Nachuntersuchung am 13. 3. 1901 fand nun oben genannter Herr: Uterus annähernd median in normaler Lage und Haltung. Die linke Tube ist noch als kleinfingerdicker Strang zu fühlen. Das linke Ovarium ist etwa walnussgross und scheint fixirt zu sein. Rechte Adnexe nicht deutlich zu tasten.

Man sieht, wie rasch auch in diesem Falle wieder eine Resorption eintrat. Im Uebrigen würde es sich hier um den seltenen Fall handeln, bei dem die Extrauterin gravidität 2 mal auf derselben Seite sass.

3. W., Minna, 27 Jahre, IIp., Zimmermannsfrau. Letzter Partus vor 3 Jahren, starker Ausfluss im Wochenbett. Aufgenommen am 16. 9. 1890. Anamnese: Letzte Menses vor 10 Wochen, vor 6 Wochen plötzlicher Schmerz im Unterleib mit Ohnmachtsanfall im Anschluss an schwere Arbeit, musste sich zu Bette legen, nunmehr 4 Wochen lang angeblich Fieber, später Blutung. Befund: Kein Colostrum, keine Verfärbung der Vaginalschleimhaut, Uterus anteflectirt, anteponiert. Hinter dem Uterus und nach links kindskopfgrosser nicht beweglicher teigiger Tumor, der die Symphyse nicht überragt, Adnexe nicht zu tasten. Diagnose Abortus tubarius sinister. Haematocele retro-uterina. Behandlung: Expectativ. Bei der Entlassung nach 4 Wochen: Tumor nur mehr apfelgross, fieberfreier Verlauf. Die Frau fühlte sich bald wieder wohl und arbeitsfähig und gebar im Mai 1892 ein ausgetragenes, normales Kind. Mitte November 1892 erfolgte, nachdem die Regel 8 Wochen ausgeblieben war, eine ziemlich starke Blutung, die circa 8 Tage dauerte, der Abgang einer Frucht wurde nicht beobachtet. Dann setzte die Periode wieder ein, und zwar regelmässig bis April 1893, von da ab Blutung bis zur Aufnahme in die Kgl. Frauenklinik zu Dresden, von der mir in lebenswürdigster Weise nachstehende Notizen überlassen wurden, die ich leider, um nicht zu weitläufig zu werden, nur im Auszug benutzen kann. Befund: Uterus nach vorn gelegen, anteflectirt, nicht vergrössert. Portio etwas aufgelockert, rechtes Parametrium ausgefüllt von einer teigigen Geschwulst, die nach der linken Seite bis über die Mittellinie reicht. Per Rectum kommt man an der hinteren Uteruswand in die Höhe bis zur Gegend des inneren Muttermundes. Hier stösst man auf eine unregelmässige jedenfalls der rechten Tube angehörige Geschwulst. Diagnose: Rechtsseitige Tubargravidität im Zustande des Abortus. Laparotomie: Rechtsseitige Extrauterin gravidität auf der Fimbria ovarica (kinderfaustgrosser Hämatocelensack) und Hydrosalpinx links.

Gewisses Interesse bietet auch dieser Fall insofern, als zwischen der ersten und zweiten Extrauterin gravidität ein normaler Partus erfolgt wäre.

4. G., Anna, Brauereiarbeitersfrau, 29 Jahre, Ip., letzte Geburt vor 6 Jahren, normales Wochenbett. Aufgenommen am 13. 2. 1892. Anamnese seiner Zeit vom Arzt eingesandt: Im April 1891 stellte sich die Frau bei demselben vor wegen starker Schmerzen im Leibe, un-

regelmässiger Blutungen und erschwerten Stuhlgangs. Die Erscheinungen verbesserten sich langsam, bis im Mai desselben Jahres im Anschluss an eine neuerliche Untersuchung in der Sprechstunde plötzlicher bedrückender Collaps eintrat. Der Arzt glaubte eine linksseitige Pyosalpinx zur Ruptur gebracht zu haben. Es traten peritoneale Reizerscheinungen auf, neben dem Uterus war ein kindskopfgrosser Tumor zu tasten. Im Juni 1891 wurde nun, da der Zustand durchaus sich nicht bessern wollte, in einem auswärtigen Krankenhause laparotomirt, nachdem Extrauterin gravidität angenommen worden war. Die Punction des bläulich-rothen Sackes ergab nur Blut. Es wurde nun eine Morphin-injection in denselben gemacht und die Bauchhöhle wieder geschlossen. (Leider sind alle diese Angaben etwas ungenau, doch konnte man mir auf mein Ersuchen in dem betreffenden Krankenhause keine weitere Auskunft mehr geben.) Die Frau entzog sich nun den Augen des Arztes, bis sie sich im Februar 1892 unter denselben Symptomen wie im April 1891 vorstellte, combinirt mit den Erscheinungen einer inneren Blutung. Vorübergehend soll auch häufiges Erbrechen und Uebelsein in letzter Zeit aufgetreten sein. Am 13. 2. 1892 wurde nun die Frau auf Ersuchen des betreffenden Arztes in unsere Klinik aufgenommen. Dieselbe trat mit Ileuserscheinungen und äusserst erschöpft in unsere Klinik ein. Daneben wurde ein über kindskopfgrosser Tumor im Douglas constatirt und als eine Extrauterin gravidität mit Haematocele aufgefasst. Wegen des schweren Zustandes der Frau konnte an eine Laparotomie nicht mehr gedacht werden, es wurde nur die Elytrotomie ohne Narcose gemacht, wobei sich alte Blutgerinnsel entleerte. Nunmehr wurden hohe Einläufe gegeben, worauf sich zeitweise spontan Stuhl entleerte. Die Frau machte aber einen immer mehr verfallenden Eindruck, hohe Temperaturen von $39-40^{\circ}$ waren vorhanden, ikterische Verfärbung etc., sodass noch weiter eine Sepsis angenommen wurde. Exitus 20. 2. Section: Die Ileuserscheinungen erklärten sich durch theilweise Abknickung eines mit der alten Laparotomienarbe verwachsenen Dünndarmstückes. In der Bauchhöhle befand sich weiter ziemlich viel freies altes Blut, herrührend von einem geplatzten Fruchtsack einer rechtsseitigen Tubargravidität. Der aufgefundene Foetus, der höchstens 8 bis 10 Wochen alt war, konnte nach Aussagen eines Embryologen erst 3—4 Tage vor dem Tode der Mutter abgestorben sein. Das Ostium abdominale der linken Tube, die etwas geschlängelt war, war offen, makroskopische Reste des im vorhergehenden Jahre punctirten Tumors waren nicht auffindbar.

Auch hier sehen wir, dass bereits nach 1 Jahre nichts mehr von der früheren Extrauterin gravidität vorhanden war. Es liegt ja nun nahe zu sagen, dass diese Extrauterin gravidität vielleicht identisch mit der vor 1 Jahre beobachteten sei, da man aus dem etwas unklaren Berichte des Arztes nicht das Nähere entnehmen konnte, und dass man es eben hier mit alten Resten derselben zu thun hatte, dagegen aber spricht der Befund des noch frischen Fötus.
