

Zwei Früchte, verschiedenen Schwangerschaftszeiten entstammend, in demselben Tubensack.

Von

Prof. **G. Heinricius** und Doцент **Rud. Kolster**, Helsingfors.

(Mit 1 Abbildung auf Tafel VIII.)

Vorliegende Beobachtung verdient ihrer Seltenheit wegen veröffentlicht zu werden, umso mehr als dieselbe wohl einzig dasteht.

Krankengeschichte.

K. S., Schmiedsfrau aus Jämsä, 33 Jahre alt, wurde am 18. November 1897 in die gynäkologische Abtheilung der hiesigen Universitätsklinik aufgenommen.

Anamnese: Beginn der Menses im 19. Jahr. Bis zur Verheirathung vor 9 Jahren waren dieselben gering, währten 1—2 Tage und verloren sich bisweilen bis auf fünf Monate; nach der Heirath regelmäßig und ziemlich reichlich.

Vor 6 Jahren bemerkte Pat. einen allmählig wachsenden, beweglichen, recht festen Tumor im Unterleibe. Die Menstruation cessirte 6 Monate, während der Zeit nahm die Geschwulst an Grösse zu und Pat. hielt sich für schwanger. Seit Rückkehr der Menstruation nahm die Geschwulst an Grösse ab bis zum Herbst 1896, zu welcher Zeit dieselbe von Faustgrösse gewesen sein soll.

Anfang 1897 begann dieselbe wieder zu wachsen und im April fühlte Pat. Bewegungen in derselben, welche im August aufhörten, von welcher Zeit der Umfang des Bauches wieder abgenommen haben soll. Im Mai entwickelte sich Oedem im Gesicht und in den Füßen. Seit Juni leidet Pat. an schwerem Husten und die Kräfte nahmen zusehends ab. Der Appetit lag darnieder, Erbrechen im Frühjahr 1897, seit welcher Zeit Pat. meistens bettlägerig war.

Status praesens: Pat. ist mager, anämisch. Verschärfte Rasselgeräusche über beiden Lungenspitzen. Tuberkelbacillen im Sputum. Im Bauche ein glatter, prall anzufühlender Tumor, welcher sich von der Symphyse bis zur Mitte zwischen Nabel und Proc. xiphoideus und nach den Seiten bis auf Querfingerbreite von den Spin. il. a. s. erstreckt.

Die Portio ist klein, vaginal, nach unten gerichtet und geht in den Tumor über. Das vordere Scheidengewölbe und die vordere Scheidenwand nach vorn gedrängt.

Der Harn ist klar, sauer, ohne Eiweiss oder Zucker.

Kein Fieber.

Verlauf: Unter Beachtung der ziemlich vorgeschrittenen Tuberculose und der Schwierigkeit, die Natur des Tumors zu bestimmen, wurde ein abwartendes Verfahren bis auf Weiteres eingeschlagen.

Pat. erhielt kräftige Nahrung, Eisen und Kreosot.

Während wiederholt vorgenommener Untersuchungen liessen sich keine Föthaltheile innerhalb der prallen Geschwulst fühlen; ebenso waren keine Fötalgeräusche hörbar. Auch eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen gab keine Aufklärung. Am 10. October wurde ein Laminariastift in den Cervicalcanal eingeführt und am 11. October entfernt, worauf der Finger in den erweiterten Cervicalcanal eindringen konnte bis zum inneren Muttermund. Nachdem derselbe mittelst Hegar's Dilatorium erweitert worden war, konnte der Finger mit Mühe durch denselben dringen. Bei der Austastung konnten keine Föthaltheile aufgefunden werden, sondern der Cervicalcanal schien sich nach oben und vorn fortzusetzen.

Am 13. October stellten sich Symptome einer Peritonitis ein: aufgetriebener Bauch, Empfindlichkeit desselben, Erbrechen und Fieber.

14. October: Allgemeinzustand besser, aber am 15. October war die Druckempfindlichkeit diffus über den Bauch verbreitet, mässiger Meteorismus, wiederholtes Erbrechen. Nachmittags schwerer Collaps, Puls fadenförmig. Die letzten 24 Stunden starker Husten. Pat. klagte über ein Gefühl, als ob etwas „entzwei geborsten“ wäre.

16. October: Exitus letalis.

Als Patientin zuerst in der gynäkologischen Abtheilung untersucht wurde, liess sich eine sichere Diagnose kaum stellen. Corpus uteri konnte nicht palpatorisch unterschieden werden. Die Portio vaginalis ging in den grossen, glatten und prallen Tumor über, welcher die Mitte des Bauches einnahm und das vordere Scheidengewölbe nebst -wand hervordrängte. Mit Rücksicht auf die anamnestischen Angaben wurde angenommen, trotzdem Föthaltheile nach verschiedenartigen Untersuchungen nicht erkannt werden konnten, dass der Tumor möglicherweise eine schwangere Gebärmutter mit retinirtem todten Fötus sei. Wurde die Anamnese nicht berücksichtigt, wohl aber das negative Resultat der Untersuchung nach Föthaltheilen, so erschien die Geschwulst als ein grosses Myom. Weil das Corpus uteri nicht zu palpieren war und der Tumor von runder Form und praller Consistenz in der Mittellinie des Corpus lag, so wurde die Annahme eines extrauterinen Fruchtsackes bis auf weiteres abgelehnt. Die vorgeschrittene Tuberculose der Patientin liess die Vornahme eines operativen Eingriffes zur Zeit als nicht statthaft erscheinen.

Um den Fall klarer überschauen zu können, wurde der Cervicalcanal erweitert, so dass der Finger den inneren Muttermund passiren konnte. Da aber auch jetzt keine Fötaltheile nachweisbar waren und die Uterushöhle sich als engen Canal erwies, wurde eine uterine Schwangerschaft ausgeschlossen und die Diagnose blieb in suspenso, obwohl mit Rücksicht auf die Anamnese an eine ektopische Schwangerschaft gedacht werden konnte.

Eine hinzugetretene Peritonitis führte den Tod der Frau herbei. Bei der Autopsie wurde erst der Fall aufgeklärt und erwies sich als eine ungewöhnliche Form von Tubarschwangerschaft.

In den von dem einen von uns geleiteten Sectionscursen für Studirende kam dieser Fall zur Section unter folgender Diagnose: Tumor abdominis. Peritonitis. Tuberculosis pulmonum. Die Section fand am 18. October 1897 statt und sei aus dem Protokoll nur was uns hier interessirt angeführt:

In den Lungen einzelne kleine tuberculöse Herde.

Das Zwerchfell rechts bis zur 5., links bis zur 4. Rippe reichend.

Bei Inspection des Bauches fällt ein grosser, blauröthlicher Tumor auf, der den ganzen unteren Bauchraum von der Symphyse bis etwas über Nabelhöhe besetzt. Mit demselben sind zahlreiche Darmsehlingen fest verlöthet. Im Bauchraum reichliche Mengen mit Koth vermischter brauner Flüssigkeit. Das Peritoneum glanzlos, stark geröthet und mit fibrinösem Exsudat bedeckt. Die Viscera abdominalia untereinander und mit dem Peritoneum durch schmutzig gelbe Exsudatmassen verklebt.

Die Leber ist an das Zwerchfell angewachsen. Die Consistenz schlaff, die Farbe blassbraun, die Schnittfläche glatt. Die Textur verschwommen. In der Gallenblase reichlich grüne Galle.

Die Milz ist 14 cm lang, 9 cm breit, blutreich, weich. Das Bindegewebsgerüst nicht deutlich wahrnehmbar.

Der Magen leer, contrahirt, seine Schleimhaut blass, etwas erweicht.

Die Därme sind äusserst brüchig und an den Stücken, die mit dem Tumor verwachsen sind, finden sich mehrere brandig verfärbte Flecke, welche beim Lösen der Därme stets reissen, so dass die Perforationsstelle im Ileum nur schwer zu erkennen war. In den Därmen gallig gefärbte Flüssigkeit, im Dickdarm etwas

festere Kothmassen. Die Schleimhaut blass, nur an den brandigen Stellen blauröthlich.

Die linke Niere 10 cm lang, 6 cm breit, schlaff anzufühlen, die Capsula fibrosa leicht ablösbar. Die Schnittflächen glatt, die Rinde blassbraun, die Pyramiden dunkelroth. Die rechte Niere 11 cm lang, 6 cm breit, der linken gleich.

Die Schleimhaut des harnleitenden Apparates blass.

Bei Präparation des Tumors zeigt es sich, dass derselbe von der linken Seite des Uterus entspringt und aus der erweiterten Tube besteht. Das linke Ovarium ist mit der Hinterseite derselben verwachsen. Das rechte steht nicht im Zusammenhang mit dem Tumor. Nach Eröffnung des Uterus kann eine Sonde durch die rechte Tube geführt werden, während dieselbe links nach 2 bis 3 mm auf ein festes Hinderniss stösst.

Bei Eröffnung des Tumors findet sich in demselben ein Fötus von 51 cm Länge ohne irgendwelche makroskopisch wahrnehmbare Spuren von Maceration. Derselbe liegt mit dem Kopf medial, den Rücken nach oben gewandt. Durch eine 50 cm lange Nabelschnur ist derselbe mit der kleinen Placenta verbunden, welche in der Nähe des freien Tubenendes an der Hinterfläche des Tubarsackes liegt. Das freie Tubenende ist kurz vor dessen abdominaler Oeffnung obliterirt, so dass hier ein kleiner Sack entsteht, in welchen die Sonde ca. 1 cm eindringen kann. Die Wand des Tubarsackes ist in der Mitte an dem grössten Diameter 3—4 mm dick, in der Nähe des Uterus nimmt die Wand an Dicke zu bis zu 1 cm und ist hier theilweise durch Muskelmassen gebildet, welche direct in die Musculatur des Uterus übergehen.

Zwischen und um den Fötus herum, besonders aber an der medialen, unteren Seite liegt eine reichliche, braune, kittartige Masse. Beim Herausspülen derselben kommen zahlreiche Knochen, und Knochenfragmente zum Vorschein, Rippen-, Wirbel-, Arm- und Beinknochen, Schädelknochen u. s. w. Am uterinen Ende des Tubarsackes findet sich ein Unterkiefer in eine consistenterere Masse eingebettet und der Wand des Sackes fest angeheftet.

Sämmtliche Knochen zeigen Spuren einer starken Maceration, so sind einzelne Wirbel beinahe bis zur Unkenntlichkeit usurirt, an einigen der langen Extremitätenknochen sind Epi- und Diaphysen getrennt.

Von einer zweiten Placenta oder einer zweiten Nabelschnur neben der oben erwähnten lässt sich nichts nachweisen.

Uterus und Scheide besitzen blasse glatte Schleimhäute.

Eine mikroskopische Untersuchung verschiedener Organe des vorgefundenen Fötus zeigt, dass dennoch eine gewisse Maceration stattgefunden hat. Dieselbe zeigt sich der Hauptsache nach darin, dass die Kerne sich kaum färben lassen und in einem Undeutlichwerden der Organstructuren, welche beinahe nicht mehr wahrzunehmen sind.

Die herausgespülten Knochen wurden sorgfältig gesammelt und mit einem zerlegten Skelet eines reifen Kindes aus der Sammlung des pathologischen Institutes verglichen. Hierbei stellte sich eine beinahe vollständige Uebereinstimmung in der Grösse der verschiedenen Theile heraus, so dass dadurch die Annahme gesichert ist, dass dieselben einem reifen oder wenigstens ganz kurz vor der Reife verstorbenen Fötus angehört haben.

Vorliegendes Sectionsergebniss bietet ein besonderes Interesse. In erster Linie schon durch das Vorhandensein zweier Föten in demselben Fruchtsack. Zwillinge bei ektopischer Schwangerschaft sind schon mehrfach beobachtet. Beispielsweise mag auch auf den Fall Folet's¹⁾ hingewiesen werden, der 15 Jahre nach dem Ablauf einer Schwangerschaft bei einer 49jährigen Frau den zurückgebliebenen Tubartumor entfernte und in demselben einen reifen und einen im 3. Monat verstorbenen Fötus vorfand.

In unserem Fall handelt es sich aber nicht um eine Zwillingsschwangerschaft, wie zur vollen Evidenz aus dem pathologisch-anatomischen Befund hervorgeht. Aus dem oben Gesagten geht nämlich hervor, dass wir es mit zwei reifen Föten zu thun haben. Von diesen war der eine makroskopisch unversehrt und zeigte erst bei mikroskopischer Untersuchung eine leichte Nekrose seines Gewebes, welche in einer beinahe aufgehobenen Färbbarkeit der Kerne und einem Undeutlichsein der Organstructuren bestand.

Der zweite Fötus war dagegen mit Ausnahme der Knochen vollkommen bis zu einer braunen schmierig-kittartigen Masse macerirt, sogar die Knochen zeigten Usuren, theilweise waren sogar Epi- und Diaphysen getrennt.

Diese weitgehende Maceration des einen reifen Fötus, während der zweite nur wenig oder kaum degenerirt war, schliesst ein

1) Folet, Grossesse extrauterine gémellaire probablement tubaire. Ann. de Gynécol. et d'obstét. XLV.

gleiches Alter der beiden vollkommen aus. Es ist undenkbar, dass von zwei reifen Föten innerhalb eines gemeinsamen Fruchtsackes der eine vollkommen macerirt sein könnte, während der zweite kaum Spuren einer Auflösung zeigt.

In Uebereinstimmung mit der Annahme, dass die vorgefundenen zwei Föten zwei zeitlich getrennten Schwangerschaften entstammen, liegt auch die Fundstelle der Reste des älteren. Dieselben lagen der Hauptsache nach im uterinen und unteren Abschnitt des Fruchtsackes, zum Theil der Wand fest anhaftend.

Die Placenta des jüngeren Fötus lag dagegen in der Höhe der abdominalen Tubenöffnung.

Der vorliegende Fall zeigt uns also, dass eine Tubenschwangerschaft ihr normales Ende erreichen und dass der zu dieser Zeit abgestorbene Fötus bis auf die Knochen macerirt und grösstentheils auch resorbirt werden kann, und dass trotzdem dieselbe Tube nochmals Sitz einer ektopischen Gravidität wird, die auch diesesmal bis zu ihrem normalen Ende verläuft, zu welcher Zeit der zweite Fötus alsdann auch abstirbt.

Ganz von selber entsteht bei diesem Fall die Frage, in welcher Weise die Befruchtung des zweiten Eies stattgefunden hat, wie auch, ob das Ei dem gleichseitigen oder dem Ovarium der entgegengesetzten Seite entstammt.

Von entscheidender Wichtigkeit für diese Frage wäre der Nachweis des Corpus luteum. Leider ging bei der Herausnahme des Präparates aus der Bauchhöhle das rechte Ovarium verloren, ein Verlust, der erst zu spät beobachtet wurde. Aber auch trotz dieses Mangels lässt sich diese Frage mit grösster Wahrscheinlichkeit aus dem oben dargelegten Befund beantworten.

Zuerst sei bemerkt, dass das linke Ovarium keine Spur eines als Corpus luteum anzusprechenden Gebildes auffinden lässt, wodurch allein der Sitz desselben in das verloren gegangene rechte Ovarium verlegt werden muss.

Aber auch noch andere Gründe sprechen für die Annahme einer äusseren Ueberwanderung eines befruchteten Eies.

Einerseits das Verschlussensein des uterinen Endes der linken Tube. Wie aus dem Sectionsbericht hervorgeht, liess sich hier eine Sonde nur 2—3 mm einführen, um alsdann auf ein festes Hinderniss zu stossen. Dieses muss seiner Entstehung nach auf die erste Gravidität zurückgeführt werden und war also das uterine

Ende der linken Tube geschlossen, als das Ei, von welchem der zweite Fötus entstammte, behandelt wurde. Ein Eindringen von Spermatozoen, oder eine Verlagerung eines in der Uterushöhle befruchteten Eies direct in die linke Tube von der Uteruscavität aus war hierdurch verhindert.

Es bleibt uns also nur die äussere Ueberwanderung eines befruchteten Eies des rechten Ovariums als ätiologische Ursache der zweiten Gravidität übrig, wenn wir nicht auf ein Hin- und Herwandern eines Eies des linken Eierstockes oder ein Befruchten eines Eies desselben mittelst durch die rechte Tube in die Bauchhöhle gedrungener Spermatozoen zurückgreifen wollen. Die beiden letzten Annahmen sind wenig wahrscheinlich und werden ausserdem dadurch hinfällig, dass sich im linken Ovarium kein als Corpus luteum anzusprechendes Gebilde sicher nachweisen liess. Wir müssen daher wohl annehmen, dass die zweite Schwangerschaft durch äussere Ueberwanderung eines befruchteten Eies entstand.

Hier in unserem Falle kommt noch der Umstand hinzu, dass das Ei nach der Ueberwanderung in die linke Tube nicht mehr in den Uterus gelangen konnte, da das uterine Ostium der linken Tube verschlossen war. Auch die nach der früheren Gravidität zurückgebliebenen Veränderungen der Tubenwand müssen wohl in dieser Beziehung ätiologisch für das Anheften des Eies im abdominalen Ende der Tube verantwortlich gemacht werden.

Es erübrigt noch, darauf hinzuweisen, dass der pathologisch-anatomische Befund den anamnestischen Angaben eine Erklärung giebt und dieselben in gewissem Maasse bestätigt. Dass die in der Anamnese angegebenen Zeiten allerdings nicht ganz genau stimmen, muss der mangelhaften Beobachtungsgabe der Volksklasse zugeschrieben werden, aus welcher die Kranke stammte.

Erklärung der Abbildung auf Tafel VIII.

Die Abbildung des Präparates konnte äusserer Umstände nicht sofort ausgeführt werden, sondern erst, nachdem dasselbe einige Tage in Formol-lösung aufbewahrt worden war, und ist daher als halbschematisch anzusehen.

- a bezeichnet die Vulva,
b " " Scheide,
c " " aufgeschnittene Uterushöhle.

Die Knochen und der Fötus sind möglichst naturgetreu in den Tuben-sack hineingezeichnet worden, hauptsächlich um ihre ursprüngliche gegen-seitige Lage zu kennzeichnen.
