

Diagnostische Verfehlungen auf dem Gebiete der Extra-uterin gravidität.

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

(Schluss aus No. 42.)

Wir sehen somit, dass das Gebiet der ektopischen Schwangerschaften reich ist an diagnostischen Verfehlungen und Momente genug vorhanden sind, welche die fälschliche Annahme einer nicht vorhandenen oder die Verkenennung einer bestehenden Extrauterin gravidität möglich machen. Wie zahlreichen Irrthümern man sogar im Verlaufe ein- und desselben Falles gelegentlich unterliegen kann, zeigt ein von mir beobachteter, im Archiv für Gynäkologie Bd. LXIV, Heft 3 ausführlich mitgeteilter und nach mehrfacher Richtung hin verkannter Fall von Extrauterin gravidität:

Eine 30jährige IV-Gravida, welche stets gesund und regelmässig menstruiert gewesen war, hatte ihre beiden letzten Kinder 1896 und 1897 ohne Kunsthilfe geboren, während sie bei der ersten Niederkunft im Dezember 1894 durch Perforation des lebenden Kindes entbunden werden musste. Das Wochenbett, das sich daran anschloss, brachte eine schwere Peritonitis, führte aber zu vollkommener Wiedergenesung. Die letzte normale Regel hatte sich Mitte Juli 1899 eingestellt, sie kam zwar Mitte August wieder, war aber nur winzig und hielt mit Unterbrechungen und bei minimaler Blutabsonderung bis Mitte September an.

Anfang August begann die Patientin über Beschwerden im Darm zu klagen, über kolikartige, in den unteren Partien des Leibes lokalisierte Schmerzen von wechselnder Intensität. Da gleichzeitig starke Stuhlverstopfung bestand, so nahm man einen entzündlichen, durch Koprostase verursachten Reizzustand des Darmes an und behandelte mit Abführung und Umschlägen — erster Irrthum —. Aber der Zustand besserte sich nicht. Die Schmerzen kehrten immer wieder, betrafen vornehmlich die rechte Leibseite, arteten zeitweise zu blasenkrampfartigen Attacken aus und machten die Kranke schliesslich vollkommen bettlägerig. Eine genaue Untersuchung Mitte September ergab mässige Auftreibung des Leibes, äusserste Schmerzempfindlichkeit und Nachweis einer handtellergrossen Resistenz im rechten Unterbauch in der Gegend des Mc. Burney'schen Punktes, Retroversion des wenig vergrösserten und in seiner Consistenz kaum veränderten Uterus, keinerlei Tumorbildung im Becken. Zu Folge dieses Befundes diagnostizierte man eine Perityphlitis und leitete daraufhin eine Eis-Opiumtherapie in die Wege — zweiter Irrthum —. Der Erfolg derselben jedoch liess auch diesmal zu wünschen übrig. Die heftigen Kolikanfälle zwar wurden unterdrückt, aber die unaufhörlich zerrenden Schmerzen blieben unverändert. Dabei magerte Patientin allmählich ab und wurde sichtlich zunehmend anämisch.

Am 17. Oktober zeitig früh verspürte die Kranke plötzlich einen heftigen Riss in der rechten Seite. Sie sank halb ohnmächtig zusammen und collabirte unter allen Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Untersuchung ergab jetzt einen die rechte Leibseite füllenden und sich nach links über die Mittellinie fortsetzenden grossen Tumor. Nach dieser Attacke erschien die Diagnose klar. Es hatte eine Tubar gravidität bestanden, welche soeben nach Ruptur des Sackes zu lateraler Hämatocelenbildung geführt hatte. Man durfte sich vorstellen, dass die rechte Tube in Folge dislozirender Adhäsionen, den Residuen des überstandenen Puerperalprozesses, von allem Anfang an nahe dem Beckeneingang gelegen habe und hier schwanger geworden sei. Es sei bald zum Tode der Frucht gekommen, gekennzeichnet durch die mehrwöchentliche uterine Blutung, sowie zu Ablösungsvorgängen seitens des Eies, welche zu häufigen Blutungen in die Bauchhöhle, zu peritonealen Reizungen und adhäsiven Bildungen in der Umgebung der Tube und so zu den Beschwerden und der zunehmenden Anämie der Kranken Veranlassung gegeben hätten, während der Fruchtsack, umlagert von Blutgerinnseln und Pseudomembranen, den Palpationsbefund eines ileocecalen Tumors gegeben habe. Schliesslich sei es zum Ver-

schluss der Tube und in Folge von Behinderung des Blutabflusses zur Ruptur des Sackes und so zur Bildung der peritubaren Hämatocele gekommen. Auf alle Fälle glaubte man, dass die Schwangerschaft ihr Ende erreicht habe und bei günstiger Aufsaugung der ergossenen Blutmassen die Patientin bald wieder genesen werde — dritter Irrthum —.

Der Anfall wurde auch ganz gut überstanden und ein demselben folgendes, die Ernährung störendes, anhaltendes Erbrechen mit Glück bekämpft. Die Beschwerden hatten nachgelassen, und die Hämatocele begann, von lateralwärts her sich zu verkleinern. Durch Umschläge und Ichthyolaufgaben suchte man ihre weitere Resorption zu begünstigen. So verging eine Zeit leidlichen Wohlbefindens. Dann aber begannen die alten Schmerzen wieder, ja, sie steigerten sich zeitweise zu krampfartiger Heftigkeit. Gleichzeitig machte die Resorption des Tumors einen Stillstand. Denn während der seitliche Abschnitt desselben verschwunden, die Beckenschaufel wieder frei geworden war, blieb der mediale, unter dem Nabel gelegene Antheil nicht bloss unverkleinert, sondern er fing sogar an, sich nach aufwärts so zu vergrössern, dass eine Untersuchung am 2. Dezember seinen oberen Pol fingerbreit über der Nabellinie stehend fand, während er bei der Oktoberattacke nur die Mitte zwischen Nabel und Symphyse erreicht hatte. Man fühlte also jetzt eine über den Nabel reichende, weich-elastische, hinter der Symphyse empor zu beiden Seiten der Medianlinie, aber mehr nach rechts sich ausdehnende scharf contourirte Geschwulstmasse, welche sich ins kleine Becken fortsetzte und hier in die Cervix des sonst nicht tastbaren Uterus übergang.

Während der Beobachtung dieser ganzen Verlaufsperiode hatte man die Anschauung gehabt, dass dieser Tumor der ehemals kleine, aber allmählich durch Nachschübe der Blutung gewachsene, nicht resorbirte mediale Abschnitt der grossen Hämatocele sei, welche sich im Oktober gebildet hatte und deren laterale Masse unter unseren Augen durch Resorption verschwunden war — vierter Irrthum —. Als man aber jetzt bei der Dezember-Untersuchung das stetig-langsame Wachsen der Geschwulst, ihre längsovale Form, ihre Lage in der mittleren Bauchregion, ihre weich-elastische Consistenz, ihre scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung und ihre innige Verbindung mit der Cervix in etwas mehr unbefangener Weise betrachtete, drängte sich eine von der vorigen sehr differente Beurtheilung auf, nämlich die, dass dieser Tumor gar nichts anderes sei, als die normale schwangere Gebärmutter — fünfter Irrthum —. Nach einer solchen Deutung allerdings müsste es sich anfangs um eine gleichzeitige Extra- und Intrauterin-gravidität gehandelt haben, von denen die erstere mit der Hämatocelebildung zu Ende, die letztere aber zur Weiterentwicklung gekommen war, wobei der Uterus, der Blutmasse unmittelbar angelagert, eine direkte Fortsetzung derselben vorgetäuscht hätte. Mit dieser Diagnose der normalen Schwangerschaft erklärte sich auch Dr. Th. Landau einverstanden, welcher zur Consultation zugezogen wurde, da über die Art des vorliegenden Tumors und, falls doch die Ansicht von dem durch Blutungsnachschübe sich vergrössernden Hämatocele-reste den Vorrang gewänne, über die Nothwendigkeit einer Operation berathen werden sollte.

Wenn nun auch als Folge dieser Consultation die von so bewährter Seite gestützte Annahme einer normalen Gravidität die vorherrschende wurde, so liess sich andererseits nicht ganz verhehlen, dass mancherlei Umstände dagegen sprachen. Zunächst überschritt die Grösse des vermeintlichen Uterus die auf fünf Monate zu berechnende Zeit der Schwangerschaft um mehr als einen Monat, sodann war die an einzelnen Stellen geradezu unerträgliche Empfindlichkeit des als Uterus gedeuteten Körpers überraschend und vor allem, es war vor der Hämatocelebildung weder bei äusserer noch bei innerer Untersuchung eine für Schwangerschaft sprechende Vergrösserung der Gebärmutter zu constatiren gewesen, welche doch, da sie jetzt über Nabelhöhe stand, der Palpation kaum hätte entgehen können. Schien aber trotz solcher Einwendungen die Diagnose ihre Richtigkeit zu haben, indem in den folgenden Wochen der vermeintlich schwangere Uterus nicht bloss weiter aufwärts wuchs, sondern in ihm jetzt auch Kindestheile fühlbar und Herztöne hörbar wurden, so harmonirte doch mit den Verhältnissen einer normalen Gravidität das Befinden der Patientin sehr wenig. Zwar war dieselbe im Stande, zeitweilig das Bett zu verlassen, selbst kurze Spaziergänge zu machen, aber ihr Befinden wurde täglich schlechter, sie magerte sichtlich ab und wurde von unaufhörlichen Schmerzanzfällen geplagt, unter denen sie, wo sie ging und stand, für jedermann auffällig, zusammenzuckte, sodass die Besorgniss immer reger wurde, es möchte sich bei unserer Kranken doch um etwas Ernsteres als nur um einfache Schwangerschaft handeln.

Diese Befürchtung sollte rasch zur Gewissheit werden. Am 6. Januar 1900, zeitig früh, wie damals im Oktober, empfand die Patientin einen heftigen Riss im Leibe. Sofort darnach stellten sich intermittirende Schmerzen von solcher Heftigkeit ein, dass die Kranke laut schreiend, mit hoch an den Unterleib heraufgezogenen Beinen, also in extremster Steinschnittposition dalag und in dieser Stellung die nächsten Tage zu verharren gezwungen wurde. Collaps oder Zeichen innerer Blutung waren nicht vorhanden, dagegen zeigte die Untersuchung eine vollständige Verschiebung der bisherigen Tastbefunde. Der vermeintliche Uterus war nach rechts gedrängt, und die Frucht, die

bisher in der Mitte des Leibes hinter oder scheinbar in ihm fühlbar gewesen war, lag nunmehr oben am linken Rippenbogen, quer, ziemlich deutlich unter den Bauchdecken, und ihre Bewegungen schienen es zu sein, welche die erheblichen Beschwerden der Patientin verursachten. Es bedurfte mehrerer Wochen und starker Benutzung des Morphiums, ehe das Unerträgliche dieser Schmerzen sich milderte, welche so sehr den Charakter des intermittirend-Krampfhaften an sich hatten, dass, als in dieser Zeit Ikterus sich einstellte, man wirklich die Möglichkeit erwog, ob nicht etwa eine Cholelithiasis für ihr Zustandekommen mit in Rechnung zu setzen sei. Allmählich liessen die intensiven Beschwerden nach, nur die Kindesbewegungen blieben lebhaft, deutlich die Bauchdecken hebend und immer noch schmerzhaft genug. Der Allgemeinzustand der Patientin war ein trauriger. Abgemagert, mit eingefallenen Wangen, stieren, hervortretenden Augen bot sie ein Bild körperlichen Verfalles.

Allem zu Folge durfte nun mit einem operativen Eingriffe nicht länger gezögert werden, denn es war klar, dass wir es hier mit einer sekundären Bauchschwangerschaft bei lebendem Kinde zu thun hatten. Es war anzunehmen, dass bei der Ruptur des Tubensackes im Oktober das unversehrte Ei aus der Tube zum Theil in die freie Bauchhöhle ausgetreten sei und sich neben der Hämatocele in den unversehrten Eihäuten weiter entwickelt habe. Dabei war es wohl in so unmittelbare Anlagerung an die hintere Uterusfläche gerathen, dass der Uterus vorn und hinter ihm das Ei zusammen den Eindruck der normalen Schwangerschaft gemacht hatten — sechster Irrthum —. Bei der zweiten Attacke im Januar rupturirten nun auch die Eihäute, und die Frucht gelangte auf diese Weise in den freien Bauchraum zwischen die Därme. Da der Uterus sehr hoch, vier Finger breit über dem Nabel stand, so lag die Wahrscheinlichkeit vor, dass auch gleichzeitig die Gebärmutter selbst schwanger war — siebenter Irrthum —.

Die Operation wurde am 5. Februar in der Prof. Landau'schen Klinik von Dr. Th. Landau vollzogen. Bei geöffneter Bauchhöhle erschien entsprechend dem Befunde der früheren Palpation ein längsovaler, mannskopfgrosser, frei aufragender Tumor, der, in allem einem normalen graviden Uterus gleichend, auch jetzt für diesen gehalten wird — achter Irrthum —. Als man aber denselben zur Orientirung der bestehenden Verhältnisse in die Höhe zieht, entsteht aus ihm eine furbunde Blutung, und man erkennt, dass man nicht die Gebärmutter, sondern die zum grössten Theil frei aufragende Plazenta vor sich hat. Das zwischen den Därmen liegende und nachher noch einige Stunden am Leben gebliebene Kind wird entwickelt, die Plazenta unter Aortencompression von ihrer stielförmigen Insertion über dem rechten Ligamentum latum, Beckenboden und dem ganz nach rechts hinten und unter ihr verlagerten Uterus abgetrennt, der letztere emporgezogen, ein zweiter, jetzt zum Vorschein kommender Plazentalappen vom Douglas abgeschält, nach Unterbindung der Spermatika und Lösung reichlicher Adhäsionen die rechte Tube reseziert und nach Toilette des Wundbettes und Drainage desselben die Bauchhöhle wieder geschlossen. Patientin ist reaktionslos genesen und hat sogar im September 1902 einen kräftigen Knaben ohne jede Kunsthilfe geboren.

Es bestand also der Anamnese, dem Operationsbefunde und dem Untersuchungsergebnisse des anatomischen Präparates zu Folge eine im ampullären Abschnitt der rechten Tube entwickelte Schwangerschaft. Im dritten Monat riss der Fruchtsack, es bildete sich eine peritubare Hämatocele, das intakte Ei aber trat unversehrt grösstentheils in die Bauchhöhle aus und entwickelte sich hier über dem nach unten und hinten geschobenen Uterus weiter. Im sechsten Lunarmonate rupturirte die Eihaut, und die Frucht gelangte somit in die freie Bauchhöhle zwischen die Därme, von wo sie im siebenten Lunarmonat durch die Operation gewonnen wurde.

Während der Beobachtung des Falles gab es die erwähnte Reihe der zahlreichen Verkennungen. Der Beginn der Schwangerschaft wurde überhaupt nicht erkannt, man nahm zuerst entzündliche Darmreizung, späterhin Perityphlitis an. Als es zur Ruptur gekommen war, entging, da man die Schwangerschaft für erledigt hielt, das ausgetretene Ei der richtigen Deutung, man hielt es anfangs für einen Abschnitt der Hämatocele, dann für die normale schwangere Gebärmutter. Allerdings ahmte das Ei mit der aufragenden Plazenta vorn und der hinter ihr in den Eihäuten liegenden Frucht täuschend Form und Art eines graviden Uterus nach. Auch als die Frucht nach Sprengung der Häute nach oben verschoben worden war, gab die Plazenta so sehr das Bild eines Uterus, dass sie sogar noch bei der Operation für diesen gehalten wurde. Ein analoger Fall wird von Champneys berichtet; derselbe hielt gleichfalls einen in Form und Gefühl einem schwangeren Uterus ähnlichen Tumor für die gravide Gebärmutter, während die Operation ergab, dass es sich um die Plazenta des lebenden, extrauterin gelegenen Eies handelte.

Die Diagnose in unserem Falle bot somit theilweise nicht unerhebliche Schwierigkeiten, und wenn es einerseits sicher ist, dass eine frühzeitige Erkennung der vorliegenden Schwangerschaft unsere Patientin vor vielem Ungemach bewahrt hätte, so ist es andererseits ebenso richtig, dass die Verhältnisse sich mehrfach so täuschend gestalteten, dass die Verfehlung der zutreffenden Diagnose wenigstens entschuldbar war.