

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

BEGRÜNDET VON DR. PAUL BÖRNER

HERAUSGEBER: PROF. DR. SCHWALBE
BERLIN W. AM KARLSBAD 5VERLAG: GEORG THIEME
LEIPZIG, RABENSTEINPLATZ 2

NO 19

BERLIN, DEN 12. MAI 1910

36. JAHRGANG.

Ueber Diagnose und Behandlung der Extrauteringravität.

Klinischer Vortrag.

Von A. Martin in Berlin (-Greifswald).

(Schluß aus No. 18.)

Die Symptome des Verlaufes variieren entsprechend diesen Möglichkeiten. Eine wahrscheinlich nicht kleine Anzahl von ektopisch Schwangeren überwindet nicht nur den Fruchtkapselaufbruch, selbst bei nicht unerheblichem Blutverlust sowohl in die Bauchhöhle als nach außen durch den Uterus — im Anschluß an die Ausstoßung der Decidua uterina —, sondern auch wiederholte Nachblutungen ohne ernstliche und dauernde Befindensstörungen. Selbst wenn sie zunächst kollabieren, auch einige Tage oder Wochen mehr oder weniger schwer leiden und der sorgsamsten Pflege bedürfen, erholen sie sich vollständig. Erst spätere, mit der ektopischen Schwangerschaft nicht in Verbindung stehende Erkrankungen und operative Eingriffe führen zur Klarstellung der seinerzeit nur wenig beachteten und nicht klar erkannten Erkrankung. Es gehört heute nicht mehr zu den großen Seltenheiten, daß solche Frauen von neuem uterine Schwangerschaften, auch extrauterine durchmachen. Jene können ohne Komplikation ausgetragen werden; diese werden von den durch die Erfahrung belehrten Frauen früher einer geeigneten Behandlung zugeführt.

Es bedarf keiner weiteren Erläuterung, daß die Genesenden jeder anderen Art von Erkrankung der Genitalien ausgesetzt bleiben. Immerhin sind z. B. solche Beobachtungen sehr selten, in denen etwa Uteruskarzinome nach Extrauterinschwangerschaften zu Eingriffen Veranlassung geben; häufiger tun das Uterusmyome und Ovarialneubildungen, am häufigsten akute gonorrhoeische oder septische Infektionen. Ueberlebt das Kind, wenn es in die freie Bauchhöhle gelangt, den Ortswechsel, so wird es entweder lebend daraus entnommen oder zwingt — abgestorben — früher oder später zum Eingreifen.

Ich habe solche Beispiele in den verschiedensten Stadien der Entwicklung beobachtet und operiert — so unter anderem ein lebendes, achtmonatliches Kind durch Laparotomie entwickelt, das im vierten Monat in die Bauchhöhle gelangt war. Ebenso einen mumifizierten Foetus, den ich lebend zur Zeit der vollen Reife als extrauterin gelagert diagnostiziert hatte. Die Frau verweigerte zunächst die Operation und erbat diese erst nach 18 Jahren, als sie durch das frei beweglich der Leber anliegende, mumifizierte Kind bei der Arbeit behindert wurde.

Unter den ektopisch Schwangeren, deren Fruchtkapselaufbruch nicht unmittelbar zum Tode, sondern zur Haematocoele intraperitonealis oder zum Haematoma extraperitoneale führt, zeigt die Mehrzahl das Bild einer lang dauernden, tiefen Anämie. Andauernde Schmerzen im Schoß, Störungen der Darm- und Blasenfunktion, Unregelmäßigkeiten der Menstruation und andauernde uterine Blutungen, oft auch subfebrile Temperatursteigerungen trotz jeder Behandlung. Die Patientinnen können sich nicht erholen, sehen schwer leidend

aus, haben einen kleinen, frequenten Puls, bei mäßigen Abendtemperaturen, anämische Geräusche über den Herzostien, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Beängstigungen, Neigung zu Ohnmachten, dabei Schlaflosigkeit, hochgradige nervöse Reizbarkeit. Appetitlos, leiden sie an Verstopfung, Gasansammlung mit Schmerzen bei der Darmentleerung; Uebelkeit, selbst Erbrechen machen die Nahrungsaufnahme zur Qual. Häufiger Harndrang stört den Schlaf, Schmerzen im Schoß und Kreuz behindern die behagliche Bettruhe, während andererseits das Schwächegefühl den Aufenthalt außerhalb des Bettes ausschließt. Das Versagen der häuslichen Pflege und der üblichen hausärztlichen Behandlung führt solche Kranken endlich zum Gynäkologen. In der Regel machen sich deutliche Menstruationsunregelmäßigkeiten bemerkbar. Die Menses bleiben vollständig aus, entsprechend der tiefen allgemeinen Störung, welche sich an den (internen) Blutverlust anschließt. Erst wenn die Resorption der Hämatocele weitere Fortschritte gemacht hat, kehrt mit der übrigen Erstarbung auch die Menstruation in ihrem sonst gewohnten Typus zurück. Etwas häufiger kommt es zu unregelmäßigen uterinen Blutabgängen. Der Versuch, für die Bewertung solcher Blutabgänge zur Bestimmung des jedesmal abgehenden Blutquantum durch Aufstellung einer Menstruationskurve sichere Anhaltspunkte zu gewinnen, hat heute bei Frauen sicher eine große Bedeutung, welche andauernd in ärztlicher, besonders in klinischer Beobachtung stehen. In der Praxis ist Verfasser dem verwertbaren Ziel noch in keinem Falle nahe gekommen. — In der Tat bleibt man gewöhnlich auf eine in weiten Grenzen schwankende Abschätzung angewiesen. Die Frauen selbst machen über die Blutmenge sehr unsichere Angaben, ebenso über die Beimengung von Gerinnseln oder Eiteilen. Andauernde blutige Ausscheidungen, ausgiebige uterine Blutungen sind im Anschluß an den Fruchtkapselaufbruch sehr häufig. Sie gehen ihm vorher, begleiten ihn, folgen ihm. Man hat aus diesen Blutungen auf den Hergang selbst Schlüsse gezogen. Ich habe sehr häufig ganz ungleichmäßige Beziehungen zwischen den beiden Vorgängen beobachtet. Wird die Decidua uterina nicht unmittelbar abgestoßen, sondern erst nach Wochen und Monaten, so scheint ein gewisser Zusammenhang zwischen Nachblutungen an der Eininsertionsstelle und solchen Abgängen zu bestehen. Ist die Rückbildung des Fruchthalters weiter vorgeschritten, so kann der Abgang der Decidua ohne nachweisbare Rückwirkung auf diesen erfolgen.

Hat der Fruchtkapselaufbruch nicht unmittelbar zum Tode des Foetus geführt, so unterbleibt zuweilen jede uterine Blutung, bis etwa im sechsten Monat die Decidua uterina abgeht. Andererseits ist dieser Abgang nicht immer mit dem Tode der Frucht oder dem Fruchtkapselaufbruch verknüpft.

Nicht selten werden, wie oben schon angedeutet, durch sorgsame Kontrolle bei solchen Kranken mäßige Erhöhungen der Körpertemperatur (um 38°) festgestellt, ohne ausgesprochene Frostempfindungen; andere zeigen auch wohl höhere Temperaturanstiege. Soweit diese nicht durch interkurrente Störungen — Angina, Influenza, Bronchialkatarrh,

Magen-Darmreizungen — bedingt sind, weisen sie auf Störungen im Verlauf der Ausheilung hin: durch Infektion der Hämatozele und der Schwangerschaftsreste, durch Abszeßbildung im Eisack und in dem Bluttor. Aber auch dann noch sieht man vereinzelt Fälle in Genesung ausgehen. Die Reste des Eis können verkalken, sodaß erst eine spätere Erkrankung den Sachverhalt klarlegt. Solche Fälle waren vor 20, ja noch vor 10 Jahren ab und zu zu beobachten. Heute kommen sie dank der allgemein geklärten Einsicht der Aerzte und des Publikums früher zu einer rettenden Behandlung. Diesen Varianten des Verlaufes entsprechen die verschieden gestalteten Lokalbefunde bei subakutem und chronischem Verlauf.

In den ersten drei Schwangerschaftsmonaten gelingt es in der Regel etwa nach dem fünften Tage nach dem Fruchtkapselaufbruch nicht mehr, flüssiges Blut in der Bauchhöhle mit Sicherheit durch Perkussion nachzuweisen: die absolute Schalldämpfung reicht nur soweit wie die geronnenen Massen. Da die Bauchdecken meist prall gespannt sind, so ist es ganz unmöglich, Coagula, welche das Becken ganz ausfüllen, von oben zu tasten. Es wird nur über dem Beckeneingang selbst eine absolute Dämpfung nachgewiesen. Nicht selten ragen diese Massen in der einen Seite höher hinauf als in der anderen. Die Vulva ist häufig mit Blut oder stark blutigem Schleim beschmutzt; ebenso auch die Scheide. Das Blut quillt aus dem zuweilen klaffenden Muttermund mit membranösen Fetzen und einer größeren Masse der blutig durchsetzten Decidua uterina. Der Uterus ist geschwollen, weich, meist gleichmäßig vergrößert, — im Gegensatz zu dem Befund bei uterinem Abort, bei welchem das Corpus deutlich vergrößert gefunden wird. Wenn ein uterin gelagertes Ei noch in seiner Kontinuität erhalten ist, gelingt es dem sehr geübten Untersucher, die eigenartige Ausladung der Corpuswand zu fühlen, welche als Hegarsches Zeichen bekannt ist. Bei uteriner Schwangerschaft nimmt auch der weniger Geübte bei geduldiger Tastung einen Wechsel der Konsistenz in der Uterusmuskulatur wahr, d. h. die auf das Tasten reagierenden Uteruskontraktionen.

Zunächst fällt bei der Hämatozelebildung nach Fruchtkapselaufbruch die Verlagerung des Uterus auf: er ist nach vorn und seitlich verschoben durch eine zunächst etwa vom dritten Tage an mehr teigige, später von Tag zu Tag härter werdende Masse, welche die Excavatio recto-uterina füllt, dann prall ausdehnt, das hintere Scheidengewölbe wie ein dickes Eiende herunterdrängt. Lag der Uterus vorher retrovertiert oder -flectiert, so wird er im ganzen herabgedrängt, das Collum dicht hinter die Symphyse, dem Scheideneingang entgegen. Zuweilen ist das ganze Scheidengewölbe selbst etwas aufgelockert. Vor dieser Masse, der in Gerinnung befindlichen Hämatozele, ist der Uterus nicht verschiebbar: die gebotene Vorsicht bei der Tastung zwingt auf weitere Klarstellung dieser Frage zu verzichten. Die retrouterine Hämatozele selbst ist unbeweglich. Sie füllt die hintere Hälfte des Beckens. Zuweilen, bei mageren Bauchdecken, zumal wenn sie nicht allzu prall gespannt sind, fühlt man bei kombinierter Untersuchung eine obere Grenze undeutlich, in der zweiten Woche. Später, wenn das Ganze härter geworden ist, wird auch hier eine Art oberer Abschluß deutlicher wahrnehmbar, die hier mit dem Hämatom verbackenen Darmschlingen werden als solche zuweilen erkennbar. Die Hämatozele ragt auch wohl auf die eine oder andere Darmbeinschaukel. Nicht selten ist sie so groß, daß das ganze kleine Becken ausgefüllt erscheint. Selten drängt sie auch die Excavatio vesico-uterina herab und damit das vordere Scheidengewölbe.

In günstigen Fällen gelingt es, von einer Uteruskante aus den Isthmus tubae zu tasten, ihn eine kurze Strecke zu verfolgen, auch wohl den Uebergang in eine massige Anschwellung wahrzunehmen. Daneben wird dann auch wohl, nach den ersten Tagen, in oder unter der großen Masse eine andere, weichere Masse isoliert — das Ei. Ein solcher Befund würde für einen inneren Fruchtkapselbruch, einen tubaren Abort, sprechen. Bei Tubarruptur wird überwiegend häufig das Ei zertrümmert, sodaß es als zusammenhängende Masse nicht mehr wahrnehmbar ist.

Die Frucht in diesem Entwicklungsstadium zu tasten, ist mir bisher nicht mit voller Deutlichkeit gelungen.

Eine verhängnisvolle Verschleierung des Tastbefundes entsteht, wenn sich die ektopische Schwangerschaft entwickelt bei Myomen des Uterus, Saktosalpinxbildung, Ovarialgeschwülsten, wenig umfangreichen Neubildungen des Ovar, chronischer Oophoritis, bei Parovarialzysten, besonders aber wenn perimetritische Schwielen den ganzen Inhalt des kleinen Beckens verbacken. Dann schiebt sich nach dem Fruchtkapselaufbruch das Blut zwischen die einzelnen Organe und bildet mit ihnen eine ungleich geformte und ungleichmäßig derbe Masse, die dem Uterus innig aufliegt, unbeweglich das Becken füllt. Die Scheide, das Beckenbindegewebe zeigen infolge der Stauung in allen Blut- und Lymphgefäßen eine ödematöse Durchtränkung, die sich bis in die Vulva, den Damm, an die Nates hin bemerkbar macht.

Ist das Blut zwischen die Blätter des Ligamentum latum vorgedrungen, bildet es ein extraperitoneales Hämatom, so erreicht es alsbald die Seitenkante des Uterus, schiebt sich hinten oder auch vorn um das Collum herum, drängt das seitliche Scheidengewölbe herunter, schiebt den Uterus nach der anderen Seite und meist auch nach vorn. Der Uterus selbst erscheint nach oben gedrängt, sodaß sein Fundus im Beckeneingang deutlich fühlbar wird. Solche parauterinen extraperitonealen Hämatome reichen in der ersten Zeit ihrer Entwicklung bis an die Beckenwand heran, während bei intraperitonealen Hämatozelen der vom Scheidengewölbe oder vom Rectum aus vorgeschobene Finger sich mit einer gewissen Deutlichkeit dazwischen schieben kann. Deutlicher als bei intraperitonealen kann man bei extraperitonealen Blutmassen die Tube, auch die anderen Adnexorgane auf der oberen Kante fühlen, sofern die Masse nicht weit über den Beckeneingang emporragt und die Adnexe atypisch ganz nach hinten, nach unten oder den Seiten verlagert. Zuweilen sprengt die nachdrängende Blutmasse, besonders wenn nach Tagen oder Wochen eine Nachblutung eintritt, die zarte, blutdurchsetzte peritoneale Hülle des extraperitonealen Hämatoms, es entwickelt sich eine intraperitoneale Hämatozele mit massigem Erguß von flüssigem Blut, das dann die ganze Bauchhöhle füllt. Die Tastbefunde nach dem dritten Monat weichen von den eben geschilderten wesentlich nur insofern ab, als hier die größere Masse des Eis, besonders aber — wenn auch nicht konstant — der Foetus deutlicher wahrnehmbar wird. Das trifft naturgemäß um so bestimmter zu, je größer der Foetus ist. Aber diese Fälle sind unbestreitbar die selteneren. Der Foetus liegt meist fest zusammengeschnürt in Ei hüllen, wenn diese als Ganzes aus dem Fruchthalter entleert sind, oder derart in Blutmassen mit der Plazenta, hinter verbackenen Darmmassen und Schwielen, daß einzelne Teile nicht scharf unterschieden werden können. Unzweifelhaft wird die Diagnose, wenn man den Foetus abseits vom Uterus und abseits von den im Becken liegenden Adnexorganen frei in der Bauchhöhle nachweisen kann, während der Uterus leer ist und neben ihm große, weiche, in wenigen Tagen härter werdende Massen von undefinierbarer Form zu tasten sind. In diesem Stadium gewährt die Möglichkeit, im Röntgenbilde den Foetus nachzuweisen, ein neues Hilfsmittel für die Diagnose. Freilich versagt die Durchleuchtung angesichts der versteckten Lagerung des Foetus gerade in den Fällen, wo auch die Tastung nicht die wünschenswerte Klarheit gibt. Das gilt auch für die Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität.

Für die Diagnose einer Hämatozele nach Fruchtkapselaufbruch ist nach alledem die Vorgeschichte von wesentlicher Bedeutung. Wir stellen die Unregelmäßigkeiten der Menstruation (Verfrühung, Verspätung, andauernden Blutabgang über die gewohnte Zeit) ganz in den Vordergrund. Sehr bedeutungsvoll ist der mit dem Vorgang des Aufbruches verknüpfte Schmerz (absatzweise, kolik-, wehenartig, bald leise einsetzend, ansteigend, plötzlich nachlassend). Diese Schmerzen können fehlen, sie können in öfteren Wiederholungen auftreten, in einer Ohnmacht enden. Häufig wird von einem vor Wochen überstandenen, mehr oder weniger

ausgesprochenen Kollaps berichtet, einem Schwinden des Bewußtseins, Erbrechen, Angstgefühl, Lufthunger, Schwinden des Pulses, Kaltwerden der Extremitäten, Auftreten klebrigen Schweißes. Nicht selten sind aber diese Erscheinungen weniger stark ausgeprägt, gehen nach Stunden vorüber, hinterlassen nur ein Gefühl großer Schwäche. Dann folgt nach einem Zwischenraum von Tagen, auch Wochen ein neuer Anfall, in welchem Schmerzen und Kollaps in verstärktem Maße auftreten.

Sind wiederholte Anfälle mit mehr oder weniger erheblicher Intensität der Symptome überwunden worden, tritt, wenn auch in sehr langsamem Fortschreiten, relative Erholung ein, so handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um inneren Fruchtkapselaufbruch — um tubaren Abort.

Im weiteren Verlauf nach tubarem Abort sind neue Schmerzattacken mit Wiederholungen des Kollapses nicht ausgeschlossen. Auch nach teilweiser, selbst nach vollständiger Entleerung des Eis aus der Tube kann bei einer Nachblutung die nachdrängende Masse des Blutes die Tube sprengen: der schon überstandene Abort wird durch eine Ruptur kompliziert. Noch wochenlang sind Nachblutungen ohne sichtbare äußere Ursachen möglich. Solche Nachblutungen vergrößern die Masse; von neuem tritt die absolute Schalldämpfung im Abdomen auf, soweit flüssiges Blut reicht. Der Blutumor selbst erscheint wieder größer. Um die harte Masse der Hämatozele legt sich eine weiche Schicht, die erst nach und nach fester wird. Der Befund im Becken selbst erscheint dabei oft nicht unmittelbar verändert. Eine Gelegenheit zu solchen Nachblutungen bietet nicht nur ein äußeres Trauma mit einer Dislokation des die blutenden Gefäße verschließenden Thrombus. Zuweilen treten sie nach Wochen auf, mit der ersten Ovulation und Menstruation. Im Verlauf ungestörter Resorption lassen die Schmerzen nach, wenn diese überhaupt über die Tage nach der Katastrophe angedauert haben. Die Behinderung der Blase, des Darms bildet sich zurück. Die zunächst auch äußerlich wahrnehmbare Ausfüllung des Beckens verschwindet für die Tastung von oben. Der Tumor im Becken verkleinert sich, er wird härter; war er anfangs deutlich empfindlich, so verliert sich das. Im Scheidengewölbe verschwindet die ödematöse Weichheit; die Herabdrängung des Bodens der Excavatio recto-uterina erscheint ausgeglichen. Der Uterus rückt nach und nach an seinen früheren Platz. Das hintere Scheidengewölbe bleibt lange empfindlich. Nicht ohne Mühe fühlt man die erst spät schwindende Verdickung des Peritoneum der Excavatio selbst, dann werden die verdickten Ligamenta sacro-uterina deutlich wahrnehmbar. Besonders vom Rectum aus fühlt man häufig das eine dicker als das andere, wie gespannt. Es gelingt, die Adnexorgane zu differenzieren. Häufig wird es schließlich schwer, an der erkrankten Tube noch die Spuren der eben überwundenen Schwangerschaft zu erkennen.

Die durch toxische Infektion bewirkte Veränderung des Blutumors, besonders wenn es zur Bildung einer starren Kapselschicht (Kapselhämatozele) gekommen war, macht sich äußerlich an ihm lange kaum bemerkbar. Die Tastung erscheint etwas empfindlich, weil das Peritoneum ringsum an der Entzündung teilnimmt. Der Umfang wird nicht deutlich verändert. Erst wenn die Einschmelzung die dicken Fibrinschalen erweicht, sind an einzelnen Abschnitten Erweichungsherde nachzuweisen. Der Durchbruch zieht die Nachbarschaft in Mitleidenschaft. Das Scheidengewölbe, der Darm, die Blase, der Uterus, die Bauchdecken lassen an der betreffenden Stelle Oedem und Anschwellung, die der Einschmelzung vorausgehen, deutlich fühlen. Darm und Blase reagieren schnell mit lebhafter Reizung: Tenesmus, massige Absonderung der Schleimhaut werden lebhaft geklagt. Ein kurz vorher eingeführtes Klistier, ein zur Beruhigung der Schmerzen eingelegtes Suppositorium, eine Katheterisation, welche bei Blasen-tenesmus nicht zu umgehen war und durchaus sachgemäß vorgenommen wurde, werden als die Gelegenheitsursachen angeschuldigt. Mit dem Durchbruch und der

Entleerung erfolgt Nachlaß der Beschwerden. Zuweilen ist die Entleerung zunächst nur geringfügig, zuweilen gleich ausgiebig. Im ersteren Fall kommt es bald zu einer Verlegung der fistulösen Oeffnung, zu Verhaltung des einschmelzenden Materials, mit erneuten Schmerzen bis zum zweiten und mehrfach wiederholten Durchbruch, bis der Herd völlig entleert ist oder ein erlösender Eingriff seine Ausheilung herbeiführt.

Dabei kann die Allgemeinreaktion sehr gering bleiben: abendliche Temperaturen bis 38,5, geringe morgendliche Remissionen, kein ausgesprochener Schüttelfrost, aber Kältegefühl und kaltes Ueberrieseln am Körper. Der Allgemeinzustand wird nach und nach tief beeinträchtigt: Anämie und Siechtum bei Appetitlosigkeit, Verstopfung, Schlaflosigkeit lassen das für toxische Infektionszustände charakteristische Bild entstehen.

Septische Infektion führt sich in der Regel stürmisch, mit heftigem Fieber (Frost, hohe Abendtemperaturen, zunächst tiefe morgendliche Remissionen) und heftigen Schmerzen ein. Dann kommt es rasch zu einer weitgehenden Einschmelzung des Blutumors. Dieser scheint zu wachsen, die Nachbarschaft wird sehr schnell ergriffen. Kommt es nicht sofort zu akuter allgemeiner Peritonitis und raschem Tod, so treten die betreffenden Organe mit den Symptomen ihrer akuten Entzündung ganz in den Vordergrund. Der intensive Tenesmus und die Strangurie verursachen laute Klagen, ebenso die Anschwellung der Bauchwand. Das Fieber steigt, bleibt kontinuierlich, bis der Durchbruch erfolgt. Das Oedem der Wege, auf welchen dieser sich vorbereitet, erhöht den Eindruck, als ob der Blutumor wesentlich anschwillt. Der ganze Gewebsabschnitt ist hochgradig empfindlich, hart — bis Fluktuation eintritt und dann die Entleerung erfolgt. Auch hier kann Heilung nach einem einmaligen gründlichen Abfluß folgen. Häufiger ist der erste nur ungenügend, es folgen mehrere, bis der Herd endlich ausheilt.

Diese Befunde bei solcher Anamnese und solchen klinischen Erscheinungen sichern in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose. Nur zu oft aber drängen sich anscheinend unlösbare Schwierigkeiten dazwischen, sodaß es geboten erscheint, kurz diejenigen Erkrankungen noch zu erörtern, welche ähnliche Bilder entstehen lassen. Zunächst bestehen sehr häufig Zweifel, ob eine intrauterine oder eine extrauterine Schwangerschaft vorliegt oder bestanden hat. Darauf weisen Unregelmäßigkeiten der Menstruation, besonders aber blutige Abgänge aus dem Uterus hin. Erst wenn diese Vorfrage beantwortet ist, erscheint es zulässig, über das, was neben dem Uterus liegt, sich Klarheit zu verschaffen.

Die Anamnese läßt insofern im Stich, als die Angaben über die Menses zu beiden Möglichkeiten passen. Auch die Beschaffenheit des entleerten Blutes kann nicht leicht verwertet werden. Dieses ist beseitigt, oft ohne daß es selbst die Hebamme genauer betrachtet hat. Gerinnsel, fetzige Trümmer, die aus dem Muttermund hervorragen, geben unklare Auskunft. Eihautteile würden allerdings bedeutungsvoll sein, doch versagt nur zu oft die Untersuchung angesichts der völligen Zersetzung dieser Trümmer.¹⁾ Das stark aufgelockerte Uterusgewebe, der klaffende Zervikalkanal, durch welchen der Finger bis in das Cavum vordringen kann, die fetzig weiche Auskleidung der erweiterten Uterushöhle sprechen für uterine Schwangerschaft in den ersten Monaten, ebenso etwa mit dem Finger mühelos hervorgeholte Bröckel der Plazenta. Ein nur unerheblich aufgelockertes Uterusgewebe, bei einer mäßigen Volumzunahme des ganzen Uterus, ein geschlossener Muttermund sprechen gegen die Annahme einer hier bestehenden Schwangerschaft. Immerhin ist die Unterscheidung oft sehr schwer, besonders wenn wir erst wochenlang nach dem Anfang des Leidens gerufen werden. Die Möglichkeit, daß damals der Abort eines in utero entwickelten Eis erfolgt sei, ist kaum ganz von der Hand zu weisen.

Die Versuche, unter solchen Umständen durch die Entnahme von Korpuschleimhaut mit der Kurette Klarheit zu schaffen, dürfen nur mit größter Vorsicht ausgeführt werden. Wo auch

¹⁾ Den Foetus bekommt man ohnehin in den meisten Fällen von frühen Aborten nicht zu sehen.

nur der Verdacht einer durch vorausgegangene Behandlung oder Untersuchung bedingten Infektion besteht, ist es jedenfalls dringend geraten, davon Abstand zu nehmen. Schon die Rücksicht auf die neben dem Uterus liegende Masse (Hämatocoele?) oder eine entzündliche Adnexerkrankung erfordert größte Vorsicht. Ist durch das schlechte und sichtlich in kurzer Frist schlechter werdende Allgemeinbefinden oder durch den begründeten Verdacht, daß die neben dem Uterus zu fühlende Masse wächst, eine Zunahme der Gefahr angedeutet, dann verzichte man lieber auf die Abgrenzung einer Diagnose durch Uterusausschabung und handle so, wie die offen zutage liegende Gefahr es gebietet, auf eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hin.

Eine besondere Schwierigkeit bieten zuweilen Fälle von Retroflexio uteri gravidii mit Einklemmung des schwangeren Corpus. Besonders wenn dieses so groß geworden ist, daß es das kleine Becken vollständig ausfüllt, das Collum ganz nach vorn und oben verlagert, kann der Tastbefund große Schwierigkeiten bieten. Auch tritt zuweilen nach langsam entwickelten, mäßigen Beschwerden eine Art akuter Katastrophe ein, wenn die Urinentleerung anscheinend plötzlich unterbrochen ist, die Einklemmung angeblich ohne nachweisbare Ursache extreme Beschwerden hervorruft. Bei solchen Inkarcerationen tritt immer die Behinderung der Urinentleerung ganz in den Vordergrund, und auf die Katheterisation der Blase folgt stets unmittelbar ein unverkennbarer Nachlaß der Beschwerden; der Allgemeinzustand hebt sich in kurzer Frist. Dabei ist jetzt in der Regel die bimanuelle Tastung sehr ausgiebig durchführbar. Es gelingt, das Collum zu erreichen und von ihm aus das Corpus als die das Becken füllende Masse zu erkennen; meist kann man diese auch nach oben verschieben. Die Aufklärung des Befundes wird gelegentlich durch den Nachweis einer sehr starken Aufweichung des Isthmus uteri, des oberen Endes des Collum und des unteren Uterussegmentes gefördert. — Der unmittelbare Erfolg der Entleerung der Blase hat eine überraschende Wirkung für die Klärung der Diagnose. Auf jeden Fall gewinnt man den Eindruck, daß man ohne Gefahr eine Reihe von Stunden abwarten kann, um eine neue Untersuchung in Seitenlage, Knieellbogenlage, Hängelage, in Narkose, nach einer ausgiebigen Evacuatio alvi vorzunehmen, welche jeden Zweifel beseitigt.

Uterusmyome gleichen gelegentlich in Umfang und Sitz den intraperitonealen Hämatozelen. Auch in ihrer Konsistenz können sie analoge Tastbefunde bieten. Selten aber ist bei Myomen die gleiche Vorgeschiede gegeben. Perimetritische Schwielen am myomatösen Uterus lassen diesen mit der Umgebung völlig verschmolzen erscheinen, können auch eine ähnliche unbewegliche Ausfüllung der Excavatio recto-uterina verursachen. In der Regel läßt sich die Beziehung der Myomasse zu der Wand des Corpus uteri bei längerer Tastung feststellen, dazu kommt die mehr knollige Form des Myoms, die häufige Multiplizität von Myomknollen, die Möglichkeit, das noch nicht in die Neubildung aufgegangene Uterusgewebe von der Neubildung selbst zu unterscheiden. Die Sonde ergibt die Vergrößerung und unregelmäßige Gestaltung des Cavum corporis. Gelingt dann eine Tastung der Tube bis an das Infundibulum, so sichert diese die Diagnose gegen eine hierin entwickelte Gravidität.

Die bedenklichste Ähnlichkeit haben die Hämatozelen mit den entzündlichen Anschwellungen und den Neubildungen der Adnexorgane, den Saktosalpingen, Oophoritiden und den Ovarialtumoren. Nicht selten sind Salpingitis und Oophoritis mit der damit fast regelmäßig vergesellschafteten Perimetritis eine Zeitlang vor der ektopischen Eieinbettung diagnostiziert und behandelt worden. Die Anamnese weist auf Gonorrhoe hin, auf lange bestandene Endometritis, auf Aborte und Partus mit fieberhaft verlaufenen Wochenbetten. Sicher erfolgt auch dabei das Uebergreifen der entzündlichen Prozesse auf das Peritoneum oft plötzlich und macht katastrophale Krisen, ganz so wie der Fruchtkapselaufbruch. Das Schlimmste ist, daß oft genug die ektopische Schwangerschaft auch bei florider Gonorrhoe und anderen akuten infektiösen Schleimhautrekrankungen zur Entwicklung kommt. In der Regel klingt die akute Perimetritis nach Tubagonorrhoe

in kurzer Frist, nach mehreren Stunden, wenigen Tagen ab. Stets begleitet ein manchmal geradezu bedrohlicher Fieberanfall dieses Uebergreifen. Die Temperatur fällt in der Regel, nachdem das Exsudat sich entwickelt hat. Der Fruchtkapselaufbruch an sich bedingt kein Fieber; das kann aber, wenn die Tube ohnehin septische oder gonorrhoeische Kokken birgt, sehr schnell hinzutreten. Selten machen sich bei diesen Infektionsvorgängen ähnliche Kollapserscheinungen bemerklich wie beim Fruchtkapselaufbruch. Eine akute Anämie, wie sie für diesen charakteristisch ist, fehlt bei den Entzündungsvorgängen. Im Stadium des noch nicht in der Organisation begriffenen Exsudates besteht Fieber, deutlicher peritonitischer Reiz oder intensive Peritonitis, mit charakteristischer Pulsbeschleunigung, Uebelkeit, Erbrechen, Meteorismus, Verstopfung. Das gehört nicht zu dem typischen Verlauf einer Hämatozelenbildung. Aber diese Erscheinungen können — allerdings in seltenen Fällen — auch bei Perimetritis verhältnismäßig rasch vorübergehen. Es hinterbleibt große Schwäche, eine mäßige Empfindlichkeit des Leibes, geringer Schmerz im Schoß. Die anfänglich hochgradige, meist sehr prägnante Empfindlichkeit perimetritischer Exsudate kann rasch abnehmen. Die intraperitonealen Hämatozelen sind selbst in der Regel nicht deutlich empfindlich; sie werden es, sobald sie einschmelzen.

Bei der Tastung muß man versuchen, den Anteil der Tube selbst festzustellen, ihre Anschwellung und mäandrische Schlingelung bis zum Uebergang in die kolbige Anschwellung des Infundibulum. Die glatte Oberfläche, die Kontinuität des Ganzen, welche man vom Rectum aus kontrolliert, sprechen, zumal bei einer nachweisbar (aszendierenden) Infektion für eine Sactosalpinx serosa oder purulenta; Unregelmäßigkeiten der Menstruation lassen eher an eine Sactosalpinx haemorrhagica, d. h. eine Tubenschwangerschaft denken. Die mit dem Infundibulum innig verbundene Masse auf dem Boden der Excavatio recto-uterina wird hart, mag sie nun eitrig sein oder blutig. In sie hinein taucht das Infundibulum und das daneben oder darunter liegende Ovarium, welches man zuweilen an seiner eigenartigen Konsistenz erkennt, im Gegensatz zu der wurstartigen, derberen Tube und der harten Masse des Exsudates oder Extravasates. Nicht selten kompliziert sich ektopische Schwangerschaft auf der einen Seite mit Entzündungsvorgängen auf der anderen. Beide sind mit der Hämatocoele und dem Eiterherd von alten und frischen Schwielen bedeckt; das Ganze bildet eine große, in ihren Einzelheiten kaum entwirrbare Masse.

Immer wird eine mit fieberhafter Erkrankung einhergehende Vergrößerung der Tube und Exsudatbildung auf Salpingitis, eine solche ohne Fieber auf ektopische Schwangerschaft und Hämatocoele hindeuten. Dort frisch entzündliche Vorgänge, hier ausgesprochene Menstruationsunregelmäßigkeiten, dort allmähliche Steigerung, hier plötzlicher Verlauf unter akuter Anämie: das sind die wesentlichen diagnostischen Anhaltspunkte. Es liegt nahe, in zweifelhaften Fällen durch die Punktion der Excavatio recto-uterina Klarstellung anzustreben. Die Massen sind vom hinteren Scheidengewölbe aus bequem zugänglich. Wir punktieren in Fällen unlösbaren Zweifels zu Beginn der operativen Behandlung. Auch bei Sactosalpinx serosa wird dadurch die Ausheilung ebensowenig wie die Exstirpation des Tubensackes gestört. Eine diagnostische Punktion ist also in Zweifelsfällen durchaus berechtigt.

Unter den Tumoren des Ovarium und Parovarium, welche in der Excavatio recto-uterina eingebettet mit einer Hämatocoele intraperitonealis nach ektopischer Schwangerschaft verwechselt werden können, trifft man zuweilen auf Zysten — Cystis simplex, Retentionsfollikel, Dermoid, Pseudomuzinkystome, auch solide Eierstocksfibrome — welche durch Einklemmung im Becken, besonders nach Stieldrehung völlig ähnliche klinische Erscheinungen verursachen. Die Entwicklung solcher Neubildungen resp. der Tumoren verläuft in der Regel symptomlos. Die Ernährungsstörung durch Einklemmung und die Folgen einer Stieldrehung setzen häufig mit einer auch nach Wochen noch festzustellenden Plötzlichkeit ein. Wir hören, daß nach Fall oder nach bestimmten

Anstrengungen Ohnmachtsanwandlung, Schmerz, Erbeben, peritonitische Reizerscheinungen, Störungen der Blase und des Darms, uterine Blutungen akut aufgetreten sind. Die Patientinnen können sich seitdem nicht erholen, sehen schwer leidend und siech aus. Es läßt sich ein toxisches Fieber konstatieren, unter dessen Einwirkung die Frauen dahinsiechen. Der Befund am Leib und im Becken ähnelt dem bei Hämatozelebildung: äußerlich wird bei tiefem Eindringen die obere Fläche eines das kleine Becken ausfüllenden Tumors wahrgenommen, dessen Berührung, zumal wenn die peritonitische Reizung stärker entwickelt war, empfindlich oder auch stark schmerzhaft ist. Im Becken fühlt man den Uterus nach vorn und seitlich verlagert, der vorderen Beckenwand angedrückt. Die Beziehungen der Adnexorgane sind nicht mit Deutlichkeit zu durchschauen. Zuweilen gelingt es, die zu dem Tumor gehörige Tube annähernd deutlich zu tasten. Die Excavatio recto-uterina ist prall ausgefüllt, zuweilen so weit heruntergedrängt, daß das hintere Scheidengewölbe wie das stumpfe Ende eines Eis in die Scheide vorgedrängt erscheint. Der Tumor ist prall gespannt, hart, Fluktuation nur undeutlich wahrnehmbar. Die Oberfläche erscheint innig mit dem Peritoneum verlötet, das Ganze unbeweglich. Knochenteile in Dermoiden können als kindliche Teile imponieren. In der Regel fehlt die für ektopische Schwangerschaft charakteristische Unregelmäßigkeit der Menstruation, ebenso sonstige Schwangerschaftszeichen, doch können die Spätveränderungen nach vorausgegangenen Geburten und besonders nach Aborten sich in dieser Beziehung irreführend geltend machen. Der weitere Verlauf klärt die Diagnose: Hämatozelen, welche organisiert sind, verkleinern sich, wenn sie erst soweit in der Rückbildung vorgeschritten sind, bei weiterer ruhiger Beobachtung — eingeklemmte und stielgedrehte Neubildungen lassen Besserung und Genesung nicht erkennen und drängen zur operativen Behandlung.

Parametritische Abszesse, deren Befund dem der Hämatozele sehr nahekommen kann, besonders wenn das Blut bei dem Fruchtkapselaufbruch zwischen die Blätter des Ligamentum latum gelangt ist, lehnen sich stets an ein Puerperium oder einen operativen Eingriff oder ein Trauma an. Wenn uns dabei eine klare Anamnese gegeben wird, sollte die differentielle Diagnose keine Schwierigkeiten bieten. Das gilt sicher bei frischen Erkrankungsfällen. Nach längerem Verlauf, zumal wenn uns die Vorgeschichte aus irgendwelchen Gründen undurchsichtig bleibt, kann sehr gut ein älteres parametritisches Exsudat sich ganz ähnlich verhalten wie eine alte Hämatozele oder auch ein extraperitoneal gelagertes Hämatom. Der Uterus ist verlagert, ihm liegt die derbe Masse meist innig an, seitlich, vorn oder hinten; die Masse ist nicht mehr empfindlich, ohne scharfe Konturen. Dann muß der Befund der Tube eine Entscheidung ermöglichen. Auch bei Parametritis sehen wir häufig die Tube am Infektionsvorgang beteiligt, verdickt, zu einer Saktosalpinx umgestaltet, deren Form und Lage der einer schwangeren Tube vollkommen gleicht.

In diesem Stadium drängen wohl kaum bedrohliche Erscheinungen zu einer unmittelbaren Entscheidung. Die weitere Beobachtung des Verhaltens der Masse und voraussichtlich ihrer Rückbildung ergeben die Klarstellung, wobei in der Regel das Exsudat und das Extravasat zunächst resorbiert werden, während die Tube länger unverändert allen Versuchen, ihre Rückbildung zu fördern, widersteht.

Die Häufigkeit der Appendicitis gebietet hier darauf hinzuweisen, daß auch bei dieser Erkrankung das Exsudat in das Becken hinabsinken kann: es füllt die Excavatio recto-uterina und stellt sich wie ein perimetritischer Abszeß oder eine vereiterte Hämatozele dar. Auch subperitoneale Ausbreitung kommt dabei zur Beobachtung, mit der Bildung eines parametritischen, paraproktitischen Abszesses. In der Regel weist die Vorgeschichte mit hinreichender Deutlichkeit auf die Appendix-erkrankung hin.

Therapie des chronischen Stadiums nach der Störung der ektopischen Schwangerschaft. Ist die Katastrophe überwunden, wenn der Arzt am Krankenbett eintrifft, so wird er bei ruhig und stetig fortschreitender Organisation der Hämatozele und der Resorption des Eis energisch und geduldig die Mittel zur Anwendung bringen,

welche diesen Prozeß fördern, besonders auch die Lebensenergie der Patientin heben. Auf die spezielle Aufführung dieser Mittel darf ich hier wohl verzichten. Verzögert sich die Genesung, treten fortdauernd Störungen des Allgemeinbefindens dazwischen oder entwickelt sich eine Infektion, sei es eine toxische oder septische, dann ist durch die Ausräumung der Blutreste und der Eiteile die Genesung herbeizuführen. Abszesse sind sobald als möglich zu entleeren und in geeigneter Weise zur Ausheilung zu bringen. Der Weg zu diesen Hämatozelen erscheint durch ihre Lage und ihre Zugänglichkeit gegeben. Man kann sie ebenso wie Abszesse im Becken von der Scheide aus eröffnen, entleeren und unter Drainage ausheilen. Bei geeigneter Abdeckung der Umgebung erscheint bei hohem Sitz des Abszesses die abdominale Eröffnung und Drainage als der gangbare Weg.

Auch ein Lithopädion bildet wegen der Möglichkeit von ihm ausgehender Störungen stets eine Indikation zur operativen Entfernung durch die Laparotomie.

Aus dem Pathologisch-bakteriologischen Institut des
Kgl. Krankenhauses in Zwickau i. S.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Fremdkörper- einheilung im Herzen [im Herzen eingeheilte Nadeln].¹⁾

Von Prof. Dr. W. Risel.

Kaum einer der in der Literatur niedergelegten Fälle von älteren oder frischeren, absichtlichen oder zufälligen Herzverletzungen gleicht vollkommen dem andern. So ist es mir auch nicht gelungen, ein Analogon zu einer Beobachtung aufzufinden, die ich kürzlich zufällig bei der Sektion einer älteren Frau machen konnte, bei der ich drei Nadeln (oder Bruchstücke einer solchen) in der Herzspitze eingeheilt fand.

Es handelte sich um eine 55jährige Frau, die an der Inkarzeration eines Bauchwandbruchs Anfang Dezember 1909 gestorben war, der sich entwickelt hatte, nachdem bereits im April 1893 bei ihr die Radikaloperation einer inkarzierten Nabelhernie vorgenommen war. Schon 1907 hatten sich einmal die Symptome einer Darminkarzeration gezeigt, die aber von selbst wieder zurückgingen. Jetzt hatten die Erscheinungen bei der Aufnahme in das Stadtkrankenhaus zu Zwickau (San.-Rat Horn) schon seit vier Tagen bestanden. Obwohl die Frau schon in moribundem Zustande ins Krankenhaus kam, wurde dort noch versucht, durch eine Enterostomie Besserung zu erzielen; jedoch starb die Kranke schon wenige Stunden nach der Aufnahme.

Aus dem Sektionsprotokolle (S. N. 248/1909) sei das Wesentliche hier wiedergegeben: Außerst fettleibige Leiche einer älteren Frau. Starker Hängebauch, über den in der Mittellinie — etwas unterhalb des Schwertfortsatzes beginnend und bis etwa handbreit oberhalb der Symphyse reichend — eine alte, weißliche Operationsnarbe hinzieht. Nabel nicht mehr nachweisbar. In der Bauchhaut viele alte, weißliche Striae, aber keine deutlichen anderen Narben; auch an der Brusthaut sind keine solchen zu finden. Unterhautfett am oberen Teile des Bauches fast 8 cm dick. Die Brustorgane mußten im ganzen von der Bauchhöhle her herausgenommen werden. Die Lungen sind nicht verwachsen, die Pleurahöhlen ganz frei von Flüssigkeit. Beide Lungen sind überall weich, gebläht, lufthaltig, ganz frei von Herd-erkrankungen irgendwelcher Art. Der Herzbeutel ist nicht besonders weit, an seiner Vorderfläche überall dicke Fettmassen. Er läßt sich ohne Schwierigkeit hinter dem Sternum ablösen. Fremdkörper irgendwelcher Art lassen sich dabei nicht fühlen. Mit den Lungen ist der Herzbeutel nicht verwachsen. Er ist frei von Flüssigkeit. Das Herz ist groß, an der ganzen Oberfläche mit sehr reichlichem subepikardialen Fettgewebe versehen; das Epikard selbst ist überall glatt, ohne Verdickungen. Das Herz läßt sich nicht aus der Perikardialhöhle herausheben, sondern ist vorn durch einen weißlichen, fadenförmigen Strang von etwa 7—8 mm Länge fixiert, der sich an der Vorderfläche des rechten Ventrikels anheftet, etwa 2 cm schräg nach oben und rechts von der eigentlichen Herzspitze, 1 cm entfernt von der Grenze zwischen beiden Ventrikeln. Auch an der Hinterfläche des linken Ventrikels ist das Herz durch eine mehr flächenhafte Verwachsung am Herzbeutel fixiert. Sie liegt mit ihrem unteren Rande etwa 2 cm nach hinten und oben von der eigentlichen Herzspitze aus, hat einen Durchmesser von etwa 17 mm bei etwa 5 mm Länge. Bei genauerem Zusehen gewahrt man innerhalb der vorderen Verwachsung einen etwa 3 mm aus dem

¹⁾ Nach einer Demonstration in der Zwickauer medizinischen Gesellschaft (Sitzung vom 4. Januar 1910).