

Ueber  
ektopische Schwangerschaft.

Vortrag,

gehalten auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien,  
Abtheilung Gynäkologie und Geburtshilfe.

Von

**Dr. Edmund Tuskai**  
in Budapest.

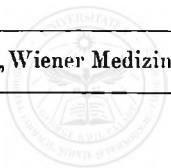
WIEN 1895.

Verlag von Moritz Perles,  
Seilergasse 4 (Graben).

---

Separatabdruck aus der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“.

---



Die umfangreiche Literatur über ektopische Schwangerschaft beschäftigt sich hauptsächlich mit der Frage des operativen Eingreifens, da doch ein ektopisches Ei unzweifelhaft als ein „bösartiger Tumor“ anzusehen ist. Während aber bei anderen bösartigen Geschwülsten eine frühzeitige Operation wenigstens relative Erfolge erzielt, muss bei einem ektopischen Ei rechtzeitig — d. i. möglichst im Anfangsstadium — eingeschritten werden, um einen absolut guten Erfolg — d. i. die Rettung des mütterlichen Lebens — zu erzielen. In diesem Umstande ist der Unterschied, aber auch die Mangelhaftigkeit des Vergleiches mit bösartigen Geschwülsten zu finden, wenn wir auch sonst gewöhnt sind, in geburtshilflichen Fragen den Erfolg nur dann „absolut gut“ zu nennen, wenn Mutter und Kind gerettet werden.

Die grosse und immer zunehmende Zahl der Mitteilungen von ektopischen Schwangerschaftsfällen beweist durchaus nicht, dass die Lehre von der Diagnose sich in gleichem Grade entwickelt hat, sondern nur:

1. dass in der späteren Zeit (d. i. vom vierten Schwangerschaftsmonate an) die Diagnose keine Schwierigkeiten bietet;

2. dass die Neigung zum operativen Vorgehen zugenommen hat, und darum die Konstatirung eines vielleicht nicht entzündlichen Tumors im Abdomen schon eine Indikation zu einer Laparotomie bildet, bei welcher Gelegenheit dann geahnte und nicht geahnte ektopische Schwangerschaften entdeckt werden;

3. dass die lebensgefährlichen Erscheinungen der inneren Blutung oder Vereiterung der ektopischen Säcke noch recht oft zu einem Eingriffe Ursache geben, während erst im Verlaufe oder nach der Laparotomie die Diagnose einer extrauterinen Schwangerschaft möglich ist.

Mit einem Worte: wäre die Möglichkeit einer frühzeitigen Diagnose gründlicher erforscht und studirt, so würde die Mehrzahl der Fälle einen viel günstigeren Verlauf nehmen, als dies im Allgemeinen heute der Fall ist.

Von den Autoren, welche sich bestrebt haben, Anhaltspunkte für eine möglichst frühzeitige Diagnose zu liefern, ist aus der letzten Zeit Baldy zu nennen. Er hebt hervor, dass man: 1. allgemeine Schwangerschaftszeichen; 2. einen consensuell, also einer Schwangerschaft entsprechend entwickelten leeren Uterus; 3. Abgänge von Decidua unter sehr unregelmässigen Blutungen; 4. einen höchst charakteristischen, intermittirenden Schmerz tief im Becken; 5. einen teigig-weichen Tumor neben dem leeren Uterus — in den meisten Fällen bei mehrgebärenden, längere Zeit steril gewesenen Frauen vorfindet, die ein ektopisches Ei beherbergen. Er sagt dann wörtlich: „Unter Berücksichtigung aller Symptome und des Untersuchungsbefundes lässt sich für einzelne Fälle die Diagnose stellen, häufiger jedoch auch nicht, und nicht selten wird Extrauterinschwangerschaft angenommen, wo scheinbar alle Zeichen dafür sprechen und doch keine vorhanden ist“ . . .

Smolsky legt Gewicht auf die klinischen Symptome der ersten drei Monate und sagt in seiner gründlichen Arbeit, dass „nach dem heutigen Stande der Wissenschaft eine sichere Diagnose der ersten drei Monate kaum möglich ist“.

Küstner ist in seiner klassischen Arbeit über das Thema decidirter und richtet sein Augenmerk bei der Stellung der frühzeitigen Diagnose „auf die teigig-weiche Konsistenz des Tumors, besonders wenn dieselbe auf Betasten hin einer derberen, härteren Konsistenz Platz macht. Das bedeutet unter allen Umständen, dass der Tumor sich kontrahirt, dass er also ein von einer muskulösen Wand umschlossener Sack ist, also der Tube oder dem Ovarium angehört“.

Herzfeld würdigt die allgemeinen Schwangerschaftssymptome, überhaupt das Erscheinen des Colostrums, die Pigmentationen der Warze und des Warzenhofes, die livide Verfärbung der Genitalschleimhäute und sieht ein sicheres Zeichen in der von Frankel beschriebenen Formveränderung des nicht schwangeren Uterus, welcher schlank ist (in der Längsachse vergrössert), weil das Corpus uteri in schnellerem Tempo die consensuellen Veränderungen mitmacht, als der Cervix.

Nebst diesen Untersuchungen der klinischen Symptome des Anfangsstadiums haben sich seit Wyder einige Forscher um die mikroskopische Seite der Frage verdient gemacht. Das Objekt dieser Untersuchungen bildete das Endometrium, welches behufs Untersuchung curettirt wurde.

Wie bekannt, hat auf diesem Gebiete in letzterer Zeit Kossman, Zedel, Ayers, Abel und Dobbert — vor ihnen Ercolani, Langhans, Leopold, Klein etc. — besonders Nützliches und Gutes geleistet, ohne jedoch ein sicheres Merkmal gefunden zu haben, womit man eine consensuell entwickelte Decidua im Uterus von derjenigen bei Uterinalschwangerschaft entwickelten unterscheiden könnte.

Dobbert findet die „Endothelröhren“, welche aus den Arterien und Venen hervorgehen, welche „der Decidua des Uterus bei ektopischer Schwangerschaft ein spezifisches Gepräge verleihen“, charakteristisch, und will diesen Befund als „differentialdiagnostisches Moment“ verwerthen.

Abel findet, dass der „Hauptunterschied einer Decidua bei Extrauterin gravidität und einer Decidua menstrualis in dem Nichtvorhandensein, resp. Vorhandensein der Drüsen liegt“, wenn die Decidua spontan ausgestossen wird. „Bei einem Abort findet man in den spontan ausgestossenen Stücken Eihautreste, oder es sind überhaupt Eihäute, oder aber, wenn nach Abgang des Eies noch nachträglich durch entzündliche Vorgänge Schleimhaut ausgestossen wird, so zeigen die Drüsen, die hier immer vorhanden sind, die für die Gravidität unverkennbaren Veränderungen. Dieselben sind erweitert, haben ganz ungewöhnliche Formen, die Epithelien sind breit, der Kern schwer färbbar, ähnlicher Plattenepithelien, als den zarten Cylinderepithelien der Uterusschleimhaut“ . . .

Diesen Auffassungen gegenüber stehen die makroskopischen Befunde Hegar's und Maier's, welche in vier Fällen spontan ausgestossener Membranen bei ektopischer Schwangerschaft Oberflächen- und Drüsenepithel vorfanden.

Franqué findet bei Endometritis exfoliativa keine differentialcharakteristischen Momente in den Membranen und sagt in seiner trefflichen Arbeit als Endergebniss, „dass das Mikroskop allein nicht in allen Fällen im Stande sein wird, die Differentialdiagnose zwischen frühem Abort mit seinen Folgezuständen, Extrauterin gravidität und Dysmenorrhoea membranacea zu

stellen . . . , wenn auch bei Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Momente diese Fälle äusserst selten sein mögen“ . . .

Ich kann an dieser Stelle auf die Gegensätze der Autoren nicht näher eingehen, glaube aber, dass obige Citate meine Behauptung bezüglich der Ungewissheit des mikroskopischen Befundes genügend begründen und das Bestreben, sichere Merkmale der ersten Zeit zu finden, erklärlich machen.

Ich theile nunmehr zwei Fälle von ektopischer Schwangerschaft aus meiner Praxis mit.

Im ersten Falle handelt es sich um die 37 Jahre alte M. P., die — vom Lande zu mir geschickt — bereits 5 Monate an einem reichlichen, übelriechenden Ausfluss aus der Scheide litt. Die sehr abgemagerte Frau kam mit der Diagnose einer Endometritis purulenta. Sie gibt an, dass ihre Krankheit vor 10 bis 12 Monaten ihren Anfang nahm, als sie ihre Menses verlor, die sie nach einigen Wochen unter ausserordentlich grossen, in der linken Leistengegend liegenden Schmerzen wieder bekam. Infolge plötzlicher, reichlicher Blutungen fiel sie öfters in Ohnmacht, die Schmerzen in der rechten Leistengegend nahmen zu, erschienen intermittirend und waren stetig ansteigend. Die Brustdrüsen waren angeschwollen, Colostrum entleerend, der Warzenhof pigmentirt. Plötzlich bekam die Patientin Fieber, zeitweise Schüttelfröste mit einer Temperatur von 40 Grad Celsius; sie erholte sich sehr langsam und verliess das Bett, mit einem übelriechenden Scheidenausfluss behaftet, welcher auf regelmässige Scheidenausspülungen sich zu verbessern schien, jedoch seit 5 Monaten übelriechender und opulenter wurde.

Bei der inneren Untersuchung fand ich in dem unteren Scheidengewölbe eine kleine (bohnergrosse) Continuitätstrennung, durch welche Jauche und Gewebsetzen in die Scheide drangen. Durch Erweiterung dieser kleinen Oeffnung entleerten sich ungemein viel Eiter und einige cylindrische und platte Knochenstückchen.

Die Natur und Ursache der Eiterung war somit festgestellt. Der Uterus war nach links gedrängt, etwas weicher, 11.5 Ctm. lang, das Endometrium weich, verdickt.

Nachdem hier unzweifelhaft eine 3—4monatliche ektopische Schwangerschaft vor 5—6 Monaten schon bestand und die Diagnose nach den von der Patientin gemachten Angaben mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit zur Zeit der ersten Blutung hätte gemacht werden können, war es von wissenschaftlichem Interesse, dieses dicke, weiche Endometrium mikroskopisch zu

untersuchen. Darum curetirtete ich dasselbe behutsam aus, um nur die oberflächlichsten Schichten herauszuholen.

Das Ausgeschabte wurde allsogleich in konzentrierter wässriger Sublimatlösung aufbewahrt, nach mehreren Stunden ausgewaschen, das Wasser durch 70<sup>o</sup> ige, dann absoluten Alkohol verdrängt, dieser durch Chloroform und das Chloroform durch Paraffin ersetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab merkwürdigerweise das Vorhandensein von Deciduaschichten — nach über 8 Monaten der ektopischen Schwangerschaft, wo der Fötus gewiss seit 5 Monaten schon abgestorben und in Verjauchung übergegangen war. Es ist nur zweifelhaft, ob diese Decidua von der ektopischen Schwangerschaft herrührt, nachdem auf einzelnen Schnitten — trotz der behutsamen Abschabung — auch Drüsen mit schönem Epithel zu sehen waren und die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins einzelner Chorionzotten nicht auszuschliessen war.

Die letzteren zwei Momente sprächen dafür, dass auch in utero eine Gravidität vorhanden und durch Abort abgelaufen war. In diesem Falle hätten wir es mit einer früheren ektopischen und späteren intrauterinen Schwangerschaft zu thun gehabt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung kann uns K o s s m a n n nicht der Vorwurf machen, dass wir die curetirteten Massen nach ihrer Gewinnung nicht recht bald einer konservirenden Behandlung unterzogen haben, wahr ist es aber, dass ich frei flottirende Chorionzotten nicht beobachtet habe.

Der Fall bietet auch darum Interesse, weil ein spontaner Durchbruch in die Scheide zu den seltenen Erscheinungen gehört, und ist lehrreich, weil die Diagnose in den ersten 2 Monaten gewiss nicht schwer zu machen war; der Zustand jedoch wurde nicht erkannt, die Verjauchungsprozesse für Typhus abdominalis gehalten — das führte die Frau zu jenem Zustande, in welchem sie sich mir präsentirte. Patientin ist heute auf dem Wege der baldigen Heilung.

Für die Lehre der Stellung einer frühzeitigen Diagnose ist mein zweiter Fall viel interessanter.

Er betrifft eine 34 Jahre alte Kutschersfrau, die 2 Mal spontan entbunden, zum letzten Male vor 7 Jahren. 5 Tage nach der letzten Entbindung stand sie auf und laborirte einige Wochen an den Symptomen der Subinvolution, bis sie wieder schwanger wurde und nach 2—3 Monaten abortirte. Seit der Zeit litt sie an verschiedenen Entzündungskrankheiten der inneren

Genitalien. Nach 6 Jahren blieben ihre auch sonst unregelmässigen, schmerzhaften Menstruationen im Monate Dezember vergangenen Jahres aus, und sie hielt sich auch bis Ende Jänner dieses Jahres für schwanger, nachdem aber damals ihre Menses sich wieder einstellten, ja recht heftig bis Mitte Februar d. J. dauerten, hatte sie sich nunmehr für nicht schwanger gehalten. Am 20. Februar jedoch bekam sie plötzlich starke Schmerzen im Unterleibe, wozu sich noch öfteres Erbrechen gesellte. Recht oft hatte sie Schwindelerscheinungen, Nebel vor den Augen, unbeschreiblich grosses Mattigkeitsgefühl und sie bemerkte gleichzeitig, dass in ihrem Bauche in der Mittellinie ein beweglicher, runder, rasch wachsender Tumor sich bilde.

Bei der sehr blassen, abgemagerten Frau mit kleinem, raschen Pulse fand ich im Unterleibe etwas links, nahe zur Mittellinie, 3—4 Querfinger breit unter dem Nabel einen kindskopfgrossen, sphäroiden, prall elastischen, leicht beweglichen Tumor. Die Linea alba pigmentirt, die Genitalschleimhäute livid. In der Scheide eine an der hinteren Wand vom Vestibulum bis hinauf zu dem hinteren Parametrium reichende, wulstförmige, elastisch anzufühlende Fluktuation zeigende Erhabenheit — offenbar das durch eine Flüssigkeit emporgewölbte Septum rectovaginale. Dieses wulstförmige Gebilde ging in das, das kleinen Becken nahezu ganz ausfüllende, nicht schmerzhaft, auch prall elastische Gebilde über und ist unbedingt in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Tumor im Bauche, nachdem das Andrücken des einen Fluktuation im anderen wahrnehmen liess. Portio uteri platt zusammengedrückt, hoch oben bei der Symphyse und etwas nach links; Corpus uteri undeutlich zu fühlen.

Die rectale Untersuchung ohne Narkose lässt nichts Bemerkenswerthes erkennen, nur dass das ganze kleine Becken von demselben elastischen Gebilde eingenommen ist: also eine H a e m a t o k e l e sich gebildet hat.

Den kommenden Tag fand ich sie ohnmächtig im Bette liegen, das Leintuch mit heller blutig-wässriger Flüssigkeit verunreinigt. Ferner wurde mir ein Gefäss, 7—800 Gr. hellrother Flüssigkeit derselben Qualität enthaltend, gezeigt, in welcher grössere Flocken und Fetzen herumschwammen. Die Flüssigkeit entleerte die Frau vor einer Stunde, als sie sich aufzusetzen versuchte und plötzlich von einem Erguss aus der Scheide überrascht wurde.

Die innere Untersuchung zeigte, dass das frühere wulstförmige Gebilde aus der Vagina verschwand, die Spannung in dem ganzen kleinen Becken und in dem beweglichen Tumor des Abdomens gesunken war. Nach einer gründlichen Untersuchung



konnte ich eine feine Querspalte im unteren Drittel der Vagina entdecken, durch welche bei Andrücken des Bauches die oben beschriebene Flüssigkeit durchsickerte, gleichzeitig aber auch eine solche durch den Mastdarm herausran. Eine nähere Untersuchung liess die Umgebung der Frau momentan nicht zu, aber es ist unschwer zu diagnostizieren, dass ein Durchbruch in den Mastdarm gleichzeitig mit demjenigen in die Scheide geschah.

Die Untersuchung der im Gefässe vorhandenen Flüssigkeit ergab, dass dieselbe hellroth, durchscheinend, von alkalischer Reaktion und 1010 spezifischen Gewichtes ist, circa 1.5 pCt. Eiweiss enthält. Ausserdem phosphorsaures, schwefelsaures und kohlen-saures Natron, phosphorsaurer Kalk und geringe Menge (wahrscheinlich vom beigemischtem Blute stammenden) Harnstoff enthält.

Unter dem Mikroskop fand ich sehr viel weisse Blutkörperchen, Detritus, sehr feine Wollhärchen und einige kleine, durchsichtige Membranen mit einem niedrigen, einkörnigen Epithelstratum.

Sehr wahrscheinlich ist also die Flüssigkeit Fruchtwasser mit Blut gemengt.

Der leere, 12 Ctm. lange Uterus wurde auch in diesem Falle curettirt und das Geschabsel ebenso behandelt, wie im vorigen Falle.

Das mikroskopische Bild des Endometrium zeigt drei leicht abgrenzbare Schichten:

1. Die oberflächliche, unebene, mit Epithel meistens nicht versehene Schichte färbt sich schwer, zeigt mehrere grosse spindelförmige, ovale und polygonale Zellen mit grossen Kernen und einigen Kernkörperchen, d. i. Deciduazellen in Bildung aus Bindegewebeelementen, zwischen welchen zahlreiche, besser gefärbte Rundzellen liegen. Drüsen sind in dieser Schicht nirgends zu finden, wohl aber einzelne längliche Lücken, in deren Mitte veränderte Cylinderepithelien, am Rande einige kubische Zellen zu sehen sind (Endothelröhren? D o b b e r t).

2. Die zweite Schicht zeigt in dem der Muscularis zugewendeten Theile mehrere Drüsen mit gut erhaltenem Cylinderepithel; die ganze Schichte färbt sich viel besser, als die vorige und besteht meistens aus runden Bindegewebszellen, ferner aus einigen spindeligen Zellen.

3. Die dritte, also der Muscularis anliegende Schichte zeigt erweiterte Drüsen, deren Epithel gequollen, theils der regressiven Metamorphose verfallen und abgestossen in dem Drüsenlumen vorzufinden ist. Das Gewebe ist mässig verändert. Hier wie in den übrigen Schichten finden sich zahlreiche Gefässe vor, deren Lumina erweitert, deren Endothelien gequollen sind. Der

Oberfläche näher werden sie sehr dünnwandig, sind nur mit einer Lage unveränderter oder gequollener Endothelien versehen und scheinen sehr zahlreich vertreten zu sein.

Leider muss ich von einer genaueren Beschreibung der weiteren Befunde an dieser Stelle absehen; so viel ist aber aus dem Bisherigen auch wahrzunehmen, dass die curettrirte Schleimhaut eine Deciduaschicht mit erweiterten, vermehrten Capillaren aufweist, welches Moment nach *Dobbert* für die Differentialdiagnose charakteristisch ist.

Kurz zusammengefasst zeigen also meine beiden Fälle die folgenden gemeinschaftlichen Symptome:

1. Entzündliche Erkrankungen und Sterilität gingen bei beiden Mehrgebärenden voraus.

2. Mit Entwicklung der objektiven Schwangerschaftssymptome cessirte die Menstruation 8—10 Wochen lang, um dann abundant, profus und irregulär öfter zu erscheinen.

3. In 6—7 Wochen hatten sich bei Beiden intermittirende, stetig zunehmende Schmerzen im Unterleibe eingestellt.

4. Ein Tumor neben dem leeren Uterus war vorzufinden.

5. *Decidua* konnte von allen beiden Uteri gewonnen werden, welche in dem letzteren Falle ganz charakteristische Struktur zeigte.

6. Im letzteren Falle konnte auch die chemische Untersuchung der ergossenen Menge zur Feststellung der Diagnose angewendet werden.

Nach all' diesem möchte ich ein behutsames Curettement zur Feststellung der frühzeitigen Diagnose nicht so sehr scheuen, wie manche Forscher und Kliniker — nachdem selbst die Provokation eines Aborts nicht so verhängnissvoll sein muss, als ein nicht geahntes ektopisches Ei werden kann.

#### L i t e r a t u r.

Hegar und Meier: Beiträge zur Pathologie des Eies. Virchow's Archiv, 1871, Bd. 52.

Wyder: Beiträge zur norm. u. path. Hist. der menschl. Uterusschleimhaut. Arch. 1878, Bd. 13.

Wyder: Beiträge zur Extrauterinschwangerschaft. Arch. 1891, Bd. 14.

Otto v. Franqué: Beitr. zur path. Anatomie der Endometr. exfol. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXVII. Bd.

Bernutz: Contribution à l'histoire de la Dysmen. membr. Arch. de tocolog 1879.

Abel: Zur Anatomie der Eileiterschwang. Arch. f. Gynäk. Bd. 39.

Dobbert: Beiträge zur Anatomie der Uterusschleimhaut bei ekt. Schwang. Arch. f. Gynäk. 47. Bd., so auch Virchow Arch. 123.

Langhans: Die Lösung der mütterl. Eihäute. A. f. Gyn. Bd. 8.

Klein: Entwicklung und Rückbildung der Decidua. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXII.

Zedel: Zur Anatomie der schwangeren Tube. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 26.

Elischer: Két esete a méhen kívüli terhességnek.

