

Das Mutterkind stand sehr hoch, geschlossen und nach hinten gelehnt. Das Kind, obwohl nicht sonderlich stark, befand sich heute noch nicht und wohl. Von besonderem Interesse bei diesem Fall ist (1) der glänzende Erfolg aller entzündlichen Erscheinungen im Wochenbett trotz der sehr eingetragenen Operation und des Vorfalls der Gebärmutter, wobei es allerdings eine glänzende Verbindung war, dass vor der Operation kein anderes Versehen Fehlbildungsverhalten versucht wurde und nicht versucht werden konnte; 2) dass das Kind noch 52 Stunden nach dem Wasserabfluss lebte und zur Welt befördert wurde.

Eine ausgetragene Tubo-Uterin-Schwangerschaft. Ueberwindung des Eies.

Von

BERNHARD S. SCHULTZE,

Professor in Jena.

(Mit Tafel III und einem Holzschnitt.)

Frau B. in B., 22 Jahre alt, wohlgenährt, gut gebaut, war als Kind nicht krank, wurde seit ihrem 16. Jahre regelmässig menstruirt, soll in ihrem 16., dann wieder im 20. Jahre mit heftigen Unterleibsschmerzen auf kurze Zeit jedesmal erkrankt sein, war darauf wieder gesund. Sie verheirathete sich im Frühjahr 1862; gegen Ende Juni 1862 letzte Regel; ungetrübtes Wohlbefinden im ganzen Verlauf der Schwangerschaft. Am 30. März 1863 treten Kreuzschmerzen auf, die die Nacht über in Pausen wiederkehren. Morgens um 5 Uhr am 31. März ein heftiger eklamptischer Anfall mit nachfolgendem Sopor, darauf Wiederkehr des Bewusstseins. Die Anfälle wiederholen sich in etwa einstündigen Pausen, welche von Sopor nun ununterbrochen ausgefüllt bleiben. Es wird ein Aderlass gemacht, Morphinum gereicht, Opiumklystiere gegeben, kalte Umschläge auf den Kopf gemacht.

Vom behandelnden Collegen Herrn Amtsphysikus Münzel hinzugerufen, sah ich die Frau Mittags um 3 Uhr. Sie liegt in tiefem Sopor mit rothem gedunsenen Gesicht, schnarchendem Athem, kleinem frequenten Puls. Hauttemperatur für das Gefühl der Hand erhöht. Wehen sind seit der Nacht nicht mehr wahrgenommen worden, Fruchtwasser ist nicht abge-

flossen, Urin ist nicht gelassen worden. Ich finde Uterus mässig fest, mit dem Fundus etwa 5 Zoll oberhalb des Nabels, das Kind in erster Schädel-lage. Herztöne desselben sind früher links unten wahrgenommen worden; die linke Seite ist der Auskultation gegenwärtig nicht zugänglich. Harnblase am Bauch nicht zu fühlen. Innere Untersuchung zeigt Portio vaginalis fast verstrichen, Cervikalkanal $\frac{1}{2}$ Zoll lang, dem Finger eben zugänglich; Fruchtblase vorliegend, dicht dahinter, oberhalb des Beckeneinganges, der Schädel. Diagonalconjugata $4\frac{1}{2}$ Zoll. Aus der Harnblase entleert der Katheter geringe Menge braunen, sehr trüben, stark eiweisshaltigen Urins.

Ein kurz dauernder eklamptischer Anfall unterbricht den Sopor. Auf die Untersuchung reagierte Patientin nicht.

Ordin.: Kalte Uebergiessung. Kalte Umschläge auf den Kopf, 10 Blutegel hinter das rechte Ohr. (Das linke ist nicht zugänglich.) Kolpeurynter. Durch den Mund etwas beizubringen ist nicht möglich.

Um 5 Uhr Zustand unverändert; ausgenommen, dass Cervikalkanal verstrichen, Muttermund wenig weiter, Gesicht weniger geröthet ist. Kalte Begiessung, Einlegung des Kolpeurynter wiederholt, kalte Umschläge fortgesetzt.

Um 7 Uhr bedeutender Collapsus, Extremitäten kühl, Puls kaum zählbar, sehr frequent und klein; Uterus kleiner, fester, Muttermund nicht weiter, in demselben die Blase und dahinter der fest vorliegende Schädel. Dass etwa Fruchtwasser aus den Geschlechtstheilen abgeflossen sei, wird durch das vollständig trockne Lager der Frau widerlegt. An den Lungenspitzen ist in- und expiratorisches Rasseln aufgetreten. Kindliche Herztöne sind am Bauche nirgend wahrzunehmen. Bald Trachealrasseln, Tod um $7\frac{1}{2}$ Uhr.

Sectio Caesarea 10 Minuten post mortem, in der Linea alba ausgeführt.

Aus dem Peritonealraum ergiesst sich etwa $\frac{1}{2}$ Quart blutig-wässriger Flüssigkeit. Uterus schlaff, blutarm auf dem Schnitt, ohne Spur von Contraction. Kein Fruchtwasser in der Eihöhle.

Da hiernach eine Ruptura Uteri angenommen werden musste, auch der constatirte Tod des Kindes diesen Aufenthalt erlaubte, gehe ich mit der Hand zwischen Uterus und Bauchwand ein. Am Fundus uteri, nahe der rechten Seite ragt der rechte Fuss bis an die Knöchel, endet in den Peritonealraum; dicht dahinter, mit breiter Basis aufsitzend, ist ein Körper von der Grösse und Consistenz eines Ovarium zu fühlen; doch überzeugt sich die weiter zufühlende Hand, dass das Ovarium der rechten Seite erst 3 Zoll unterhalb der genannten Stelle neben dem Uterus gelegen ist.

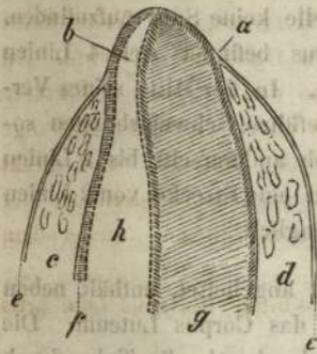
Nach Extraction und Abnabelung des in erster Schädellage gelegenen Kindes, eines ausgetragenen wohl entwickelten todtten Mädchens, zieht der Uterus sich etwas zusammen. Seine Besichtigung zeigt rechts am Fundus eine etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll breite, 1 Zoll tiefe eiförmig prominirende Stelle, über welche von hinten her der Peritonealüberzug in continuo sich fortzusetzen scheint. An 2 kurzen Stellen des hinteren Randes ist derselbe unterbrochen; man sieht daselbst zwischen der ringförmigen Begrenzung der Uterussubstanz und der durch das Ei gebildeten Hervorragung in eine Schicht deciduaartiger Substanz. Hier musste die Blutung stattgefunden haben. Während das bläulichweiss durchschimmernde Uterusgewebe, unter dem fortlaufenden Peritonealüberzug, mit regelmässig ovalem Rande im Umkreise der 1 und $1\frac{1}{2}$ Zoll messenden Hervorragung sich begrenzt, schimmern durch den serösen Ueberzug der Hervorragung breite blaue Venen durch. Die Palpation erkennt in ihr den Rand der Placenta. An der Vorderseite der Vorragung befindet sich von den zerrissenen Rändern einer beiderseits glatten Membran umgränzt eine querverlaufende, zolllange Oeffnung, dieselbe, aus welcher der Fuss hervorsah. Dieselbe führt direkt in die Höhle des Eies und lässt die Amnion-überzogene Vorderfläche der der hinteren Wand des Uterus anhaftenden Placenta blicken. Ueber dem Muttermund waren die Eihäute unverletzt.

Ohne Entfernung der Placenta wurde die Wunde übrigens lege artis vereinigt.

Die durch Ungunst der Umstände nur in grosser Eile mögliche von dem behandelnden Collegen ausgeführte Sektion ergab: Lungen vollkommen frei, ausgezeichnet emphysematös, in den unteren Lappen blutreich. Im Pericard und beiden Pleurasäcken ziemlich viel Serum, im rechten Herzen Faserstoffgerinnsel. Leber sehr blutreich und morsch, Milz nicht vergrößert, Nieren sehr blutreich. Den Uterus nebst Tuben und Ovarien, in der Höhe des Scheidengewölbes abgeschnitten, verdanke ich der Güte des Herrn Collegen. Es folgt das interessante Ergebniss von dessen genauer Untersuchung.

Der breite schlaffe Uterus hat im Allgemeinen die Grösse und Form des Uterus einer am normalen Ende der Schwangerschaft Entbundenen. Da der Cervikaltheil fehlt, hatte es keine Bedeutung ihn zu wiegen. Seine rechte Hälfte ist am Fundus stärker gewölbt, die Muskulatur überall zu normaler, gleichmässiger Dicke entwickelt, mit Ausnahme einer rechts am Fundus gelegenen ($1\frac{3}{4}$ Zoll von rechts nach links, 1 Zoll von vorn nach hinten messenden) regelmässig ovalen Lücke. Ringförmig verlaufende Muskelzüge scheinen im Umkreis derselben durch den verdünnten Peritonealüberzug, namentlich an der Insertion der rechten Tube, wo dieselben wie

auseinandergezerrt aussehen. Die Peritonealinsertion der Tube ist 4 Linien vom rechten Rande der Lücke entfernt. Die Placenta nimmt die rechts gelegenen zwei Drittheile der hinteren Wand des Uterus ein, reicht bis in den Fundus und sieht daselbst, von einer Fortsetzung des Peritonealüberzuges bekleidet, aus der Lücke der Muskelwand mit ihrem Rande 1 Zoll breit und eben so hoch hervor. Vom freien Rande der Placenta schlagen sich hier nach vorn Amnion, Chorion und Decidua, von derselben Fortsetzung des Peritonealüberzuges bekleidet, herab, um am vorderen Rande der erwähnten Lücke sich der Innenfläche der vorderen Wand des Uterus anzulegen. In diesem Bereich befindet sich der Riss, durch welchen der Fuss hervorsah.



Nebensiehender Holzchnitt stellt die bei Bildung der Uteruslücke beteiligten Gebilde schematisch in einem durch die vordere und hintere Uteruswand quer über die Lücke gelegten Schnitt dar. c ist die Muskelsubstanz der vorderen, d die der hinteren Uteruswand, e e ist der Peritonealüberzug, f Decidua, g Placenta, h Eihöhle. Bei a war aus kleinen Zerreißungen die tödtliche Blutung erfolgt, bei b der Riss, durch welchen der Fuss austrat.

Das ganze Ei liegt, ungelöst, durch die Decidua verbunden, der inneren Uteruswand an. Gleiche Decidualbekleidung überzieht den durch die Uteruslücke hinausragenden Theil des Chorion wie der Placenta. Pflasterförmige kernhaltige sowohl, als auch spindelförmige Zellen in breiten Lagen waren reichlich auch in diesem Theil der Decidua nachzuweisen, nirgend Elemente, die ich als Muskelfasern mit Bestimmtheit hätte deuten können. Die fast linienbreiten, ringförmig die Lücke umziehenden unter dem unverletzten Peritonealüberzug etwas auseinandergezerrten Muskelbündel bildeten auch für die mikroskopische Untersuchung die Grenze der Muskelwand des Uterus. Die Fortsetzung des Peritonealüberzuges, welche Placenta und Decidua über diese Grenze hinaus bekleidet, zeigte überall schön lockiges Bindegewebe. Epithel war auf der Peritonealfäche derselben ebensowenig wie auf dem übrigen Peritonealüberzug zu entdecken; (die mikroskopische Untersuchung fand 60 Stunden nach dem Tode statt) es musste also unentschieden bleiben, wie weit Peritoneum, wie weit etwa neugebildetes Bindegewebe den fibrösen Ueberzug der hervorsehenden Parthie des Eies bildete. Stellenweise lagen entschieden zarte Pseudomembranen der ge-

nannten Peritonealparthie auf, auch zog sich eine Leiste ganz durchscheinender Pseudomembrane von der Uteruslücke nach links über den Fundus uteri hin. (Zur Zeit der Sectio Caesarea bestand nirgend eine Verbindung der Peritonealfäche des Uterus mit der Bauchwand oder anliegenden Organen.)

Das rechte Ovarium liegt dem Uterus dichter an, als das linke; ist um die Hälfte kleiner, enthält nur wenige Follikel, 4 bis 5 Corpora nigra. Die rechte Tube endet gegen das Abdomen mit einem geschlossenen, keine Spur von Timberien zeigenden, mit zahlreichen pseudomembranösen Strängen besetzten, vom Peritoneum überzogenen Blindsack. Das Parovarium ist auffallend stark entwickelt. Von der Uterinöffnung der Tube ist nach Abtrennung der Decidua an der betreffenden Stelle keine Spur aufzufinden. Die peritoneale Insertion der Tube in den Uterus befindet sich 4 Linien entfernt von dem rechten Saum der Uteruslücke. In der Mitte seines Verlaufs eingeschnitten, ist der Tubenkanal für eingeführte Schweinsborsten sowohl bis in den abdominalen Blindsack als auch andererseits bis 2 Linien vor der Lücke der Uterussubstanz, also noch auf eine Strecke von 2 Linien des interstitiellen Kanales vollkommen frei zugänglich.

Das linke Ovarium, mit breiterem Ligament angeheftet, enthält neben zahlreichen Follikeln an seiner äussersten Ecke das Corpus Luteum. Die Ala vesperilionis ist dick, undurchscheinend und schmal, die Tube durch zarte durchscheinende Adhäsionen im äusseren Drittheil ihres Verlaufs an die hintere Uteruswand geheftet; vom abdominalen wie vom uterinen Ende aus für Borsten zugänglich, hat sie am äusseren Drittheil, entsprechend den peritonealen Pseudomembranen, eine der Borste nicht zugängliche Stelle. Sie zeigt hier einen deutlichen stark s förmigen doppelten Knick; eine Milch-Injektion passiert übrigens frei auf diese Stelle.

Die beigegebene Tafel zeigt die leere schlaffe Gebärmutter von vorn genau $\frac{1}{2}$ der Grössen- und Formverhältnisse, die sie darbot, als sie mir Tags nach der Sektion zukam. a ist der aus der Uteruslücke hervorsehende vom Peritoneum überkleidete Rand der Placenta. Bei b fällt der Blick in die Eihöhle durch den Riss, aus welchem der rechte Fuss ausgetreten war. c ist deciduabekleidete Aussenfläche des Chorion, d deciduabekleidete Innenfläche des Peritonealüberzuges. Auch durch den nahe dem linken Rande der Gebärmutter befindlichen Kaiserschnitt fällt der Blick in die Höhle des Eies. Man sieht daselbst den linken unteren Rand der Placenta und ein Stück Nabelschnur. Es sind ferner die Insertionsenden der beiden Ligamenta rotunda und der Tuben gezeichnet; die

rechte, blind endende Tube ist ausgezeichnet. Die Eierstöcke sind nicht sichtbar.

Ueerblicken wir diesen anatomischen Befund, so fällt vor allen Dingen eine mehrfach ausgesprochene Beeinträchtigung der Entwicklung der rechten Seite in die Augen. Das Ovarium ist klein, mit schmaler Peritonealfalte angeheftet, enthält nur wenige Follikel; die Tube endet ohne Pavillon mit weitem Blindsack bei übrigens nicht verminderter Länge; das Parovarium ist stärker entwickelt als das der anderen Seite. In der Muskelsubstanz derselben Uterusseite zeigt sich an der Tubeninsertion eine ringförmige Lücke. Es ist Behufs Deutung dieses Befundes gar nicht von der Hand zu weisen, dass Beziehungen zwischen der Lücke der Uterussubstanz und der gleichseitigen Bildungshemmung der Tube und des Ovarium sehr nahe liegen; wir beobachten die letzteren öfters im Verein mit einseitiger Verkümmernng des Uterus. Lag auch hier eine solche zum Grunde, so wäre der Schwund der Uteruswand während der Schwangerschaft aus denselben am einfachsten zu erklären.

Die beiderseits vollkommen symmetrische Insertion der Tuben sowie der Ligamenta rotunda und Lig. Ovarii, die Abwesenheit jeder Andeutung von ursprünglichem Septum oder 2hörniger Bildung des Uterus, die an allen Stellen des Uterus vollkommen symmetrisch in der Flächenausdehnung und in der Dicke zu Stande gekommene Hypertrophie der Wand — mit einziger Ausnahme der ringförmigen Lücke — nöthigen mich, die Annahme einer ursprünglichen einseitigen Bildungshemmung des Uterus auf das Bestimmteste auszuschliessen.

Es liegt kein Grund zu der Annahme einer vor der Schwangerschaft bestandenen Asymmetrie des Uterus vor. Bei Ablauf der Schwangerschaft finden wir dicht oberhalb der Insertion der rechten Tube, entsprechend der Stelle, wo das Orificium uterinum gelegen sein sollte, eine ringförmige nirgend Spuren einer Zerreißung zeigende Lücke der Muskelsubstanz des Uterus, über welche von Aussen der Peritonealüberzug, vielleicht zum Theil durch Pseudomembran ergänzt, von Innen die Schleimhaut als Decidua ununterbrochen hinziehen. So sicher es ist, dass der Einriss dieser Decke, durch welchen der Fuss heraussah, in den letzten Lebensstunden der Frau erfolgt ist, eben so zweifellos ist es wohl, dass die besagte Lücke der Muskelsubstanz langsam im Verlauf der Schwangerschaft entstand. Ich glaube es wäre müssig, dafür weitere Motive anzuführen.

Nicht durch einen entzündlichen Prozess kann an dieser Stelle die Muskulatur des Uterus untergegangen sein. Eine Art Sehnenfleck müsste

dann die Stelle einnehmen. Auch nicht durch Atrophie ging die Muskelsubstanz hier unter. Es würden dann die Muskelbündel am Rande der Lücke allmähig endigen. Die kreisförmig das Ostium uterinum tubae normal umziehenden Muskelbündel wurden bei gleichzeitiger Hypertrophie auseinander gedrängt. Nur der Druck des wachsenden Eies kann das bewirkt haben. Worin kann der Grund liegen, dass gerade an dieser Stelle der Druck des wachsenden Eies eine so wesentlich andere Wirkung gehabt haben muss, als an jeder anderen Stelle des gleichmässig hypertrophirten Uterus? Das Ei muss wohl an eben dieser Stelle der Peritonealfäche des Uterus ursprünglich näher gelegen haben; dann musste gerade hier früher als an allen anderen, stärker als an allen anderen Stellen der Druck des wachsenden Eies sich gegen die Peritonealoberfläche hin fortsetzen.

Diese Bedingung war gegeben, wenn das Ei im Tubenkanal, nahe dem Orificium uterinum dextrum zur Entwicklung kam. Das Nichtvorhandensein des rechten Orificium uterinum tubae, während das linke normal offen ist, der Sitz der Uteruslücke genau an der Stelle des fehlenden Orificium, der ringförmige Verlauf der Muskelfasern um die Lücke an dieser Stelle genau wie dieselbe hier, nur eng geschlossen, normal die Tubenmündung umkreisen, das alles spricht dafür, dass der Sachverhalt in der That ein solcher war.

Jaquemier hat die Ansicht ausgesprochen, dass partielle Verdünnungen des Uterusparenchyms dadurch bedingt sein möchten, dass das an einem Punkt der Uteruswand angeheftete Ei daselbst zurückgehalten wird und durch sein allmähiges Wachstum bei zurückbleibender Entwicklung der übrigen Parthien des Organs die Stelle seiner Anheftung vorwiegend und ausschliesslich ausdehnt.

Ein auf eine beschränkte Stelle der Uteruswand beschränkter Druck des wachsenden Eies kann meiner Meinung nach, wenn das Ei an der Uterusschleimhaut sich ansetzte, nur dadurch bedingt werden, dass der bald nach der Conception das Ei umwuchernde Schleimhautwall „*Decidua reflexa*“ eine besondere Festigkeit hat, und so die gleichmässige Bethätigung des Druckes nach allen Seiten hindert. Eine solche abnorm feste Konstruktion der „*Decidua reflexa*“ ist nie beobachtet; ich weiss nicht, ob ihre Annahme die einzige Erklärung einer Anzahl von Fällen in sich trägt (s. *Scanzoni*, Lehrbuch der Geburtshilfe 1855, p. 316). In einem Falle wie dem vorliegenden, wo die verdünnte Stelle des Uterus der Tubenmündung entspricht, wo diese Tubenmündung selbst nicht aufzufinden und die letzten 2 Linien des Tubenkanals dazu obliterirt sind, liegt es wohl

weit näher anzunehmen, dass das Ei anstatt im Cavum uteri dicht an der Uterinmündung auf der Tubenschleimhaut sich festsetzte. Da musste dann die das Ei vom Cavum uteri trennende Schicht aus Tubenschleimhaut, hypertrophirter Uterusschleimhaut und vielleicht noch einer dünnen Lage Muskelsubstanz des Uterus bestehen. Das Ei überwand im Verlaufe der Schwangerschaft diesen seiner Ausdehnung vom Cavum uteri her entgegenstehenden Widerstand, aber bis es dazu kam, hatte dasselbe auch die nach aussen und oben gelegene Tubo-Uterin-Wand so beträchtlich ausgedehnt, dass, mit Auseinanderweichung der hier gelegenen an der normalen Hypertrophie theilnehmenden Ringfasern, an einer begrenzten Stelle vom Uterus nichts übrig geblieben war als der Peritonealüberzug und die Decidua.

Ich kann nach alle dem nicht anders, als den uns vorliegenden Fall für eine Graviditas tubouterina zu erklären. Will man eine Beziehung zwischen der Bildungshemmung der rechten Uterusanhänge und dem abnormen Verlauf der Schwangerschaft statuiren, so bleibt meines Erachtens die einzige Möglichkeit, eine ursprüngliche Weite des jetzt verloren gegangenen rechten Orificium uterinum Tubae zu supponiren; die Ueberwanderung des Eies würde dadurch erleichtert worden sein.

Ueberwanderung des Eies wurde schon in einem Fall von Tubo-Uterin-Schwangerschaft beobachtet und zwar von *Oldham*, Guys hospital reports Oktober 1845. In *Oldham's* Fall war die Schwangerschaft *links*, das Corpus luteum *rechts* und wie im vorliegenden Fall der Pavillon der rechten Tube geschlossen. Wie daher in *Oldham's* Fall eine *extrauterine* Ueberwanderung des Eies angenommen werden musste, so ist es in unserem Fall erwiesen, dass die Ueberwanderung *intrauterin* stattfand.

Tubo-Uterin-Schwangerschaft ist überhaupt nur selten beobachtet worden. *Hecker*, Beiträge zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle, Marburger Programm 1858, fand in der Literatur 26 Fälle davon. Unter diesen 26 Fällen sind nur 6, welche die Mitte der normalen Schwangerschaftsdauer erreichten oder überdauerten, 2 von *Rokitansky* (darunter einer von 16monatlicher Dauer) ferner von *Rosshirt*, *Clief*, *Murphy*, *Romsbottom* je ein Fall. In den meisten der genannten Fälle (mir ist nur der von *Rosshirt* mitgetheilte aus eigener Anschauung des Präparates bekannt) scheint die Lücke in der Uterussubstanz gross, und derselben aufsitzend ein grosser Sack vorhanden gewesen zu sein, welcher den Fötus ganz oder zum grösseren Theil barg; nur in *Clief's* Fall sah der Kopf der 2 $\frac{1}{2}$ pfündigen Frucht allein aus dem Fundus uteri hervor. Dazu bestand in den meisten ein Septum transversum zwischen dem Fötusraum und dem leeren Theil der Uterushöhle. Je näher der

Peritonealinsertion der Tube die interstitielle Schwangerschaft ihren Sitz hat, desto dauerhafter muss natürlich das Septum, desto grösser die Uteruslücke und der epiuterine Sack sein, das Septum wird man ausserdem desto sicherer finden, in je früherem Stadium die Schwangerschaft zur anatomischen Untersuchung kommt. Im vorliegenden Fall, wo die Lücke und die epiuterine Ausstülpung klein und das Septum am Ende der Schwangerschaft in die Decidua vollständig aufgegangen war, muss, wie oben angeführt, die Insertion des Eies ganz nahe der Uterinmündung der Tube stattgefunden haben.

Patuna's, *Hey's* und *Hoffmeister's* Fälle angeblicher ausgetragener Tubo-Uterin-Schwangerschaften (siehe *Kiwisch*, klinische Vorträge über specielle Path. und Ther. der Krankheiten des weibl. Geschlechts. II. Dritte Aufl. 1857. Pag. 257) werden wohl mit Recht als apokryph betrachtet; es bleiben in allen dreien selbst über den anatomischen Befund so bedeutende Zweifel offen, dass über die Genese eine Diskussion nicht möglich ist. *Kiwisch* führt am genannten Ort noch andere Fälle von *Laugier*, *Herbin*, *Mordat*, *Ficlitz* an, Fälle die, zum Theil wenigstens, an der überlebenden Mutter beobachtet sein sollen. Mir ist eine Kritik derselben um so weniger möglich gewesen, als *Kiwisch* sich darauf beschränkt, die Namen der Autoren zu nennen; ich fand auch anderwärts nicht die Angabe der Quellen. Die Möglichkeit, die Diagnose der Graviditas tubouterina an der überlebenden Mutter zu stellen, ist übrigens durch einen von *Mortils-Pons*, Union medicale 1856, 51, beschriebenen Fall constatirt. Mit dem Wachsen des Uterus hatte sich während der Schwangerschaft ein 2. Tumor, dem Uterus aufsitzend, entwickelt. Als nach Extraction des Kindes die Nachgeburt nicht hervortrat, fand die eingehende Hand den Uterus leer, die Placenta sass in dem, dem Uterus genau in der Gegend der Tubeninsertion aufsitzenden Tumor und wurde aus demselben mit der Hand entfernt.

Nach der Geburt des Kindes kann bekanntlich der Uterus in der Gegend der Tubeninsertion die Placenta umschnüren und durch solche Strikturen die wunderlichsten vollkommen semmelförmigen Gestalten annehmen. Liegt aber die Placenta an dieser Stelle in einem Tumor, dessen Existenz vor Ausschliessung des Kindes constatirt wird, so kann wohl nur eine Tubo-Uterin-Schwangerschaft zu solchem Verhalten Veranlassung geben.

Ist eine solche epiuterine Ausstülpung klein, wie in unserem Fall, wo nur ein kleiner Theil der Placenta darin lag, so ist natürlich eine Diagnose nicht möglich.

Dergleichen Fälle mögen öfter vorkommen und der Erkennung sich vollständig entziehen, um so mehr, da sie lethalen Ausgang nicht nothwendig bedingen. Wenn in unserem Fall die Eröffnungsperiode normal verlief, so brauchte eine Ruptur der peritonealen Ausstülpung nicht einzutreten; und wenn selbst bei Lösung der Placenta die Continuität des Peritonealüberzuges unterbrochen wurde, so konnte bei dauernder Contraction des Uterus eine Peritonitis ausbleiben oder auf kleinem Raum verlaufen.

Die Erklärung der Tafel siehe pag. 182.

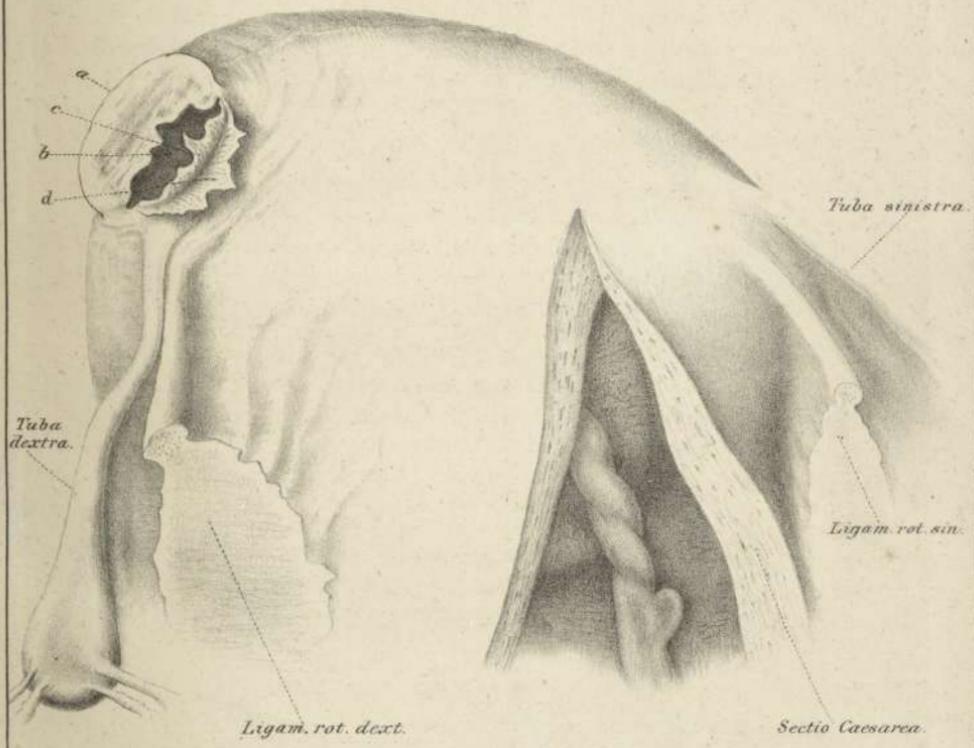
Gallensteine mit Perforation in den Darm

A. SENFF, prakt. Arzt.

Am 15. December vorigen Jahres wurde ich zu Frau K. in W. gebeten.

Nach der Anamnese war Patientin bis dahin stets gesund, abgesehen von einer seit etwa 8 Tagen entstandenen gelblichen Färbung der Haut und leichten drückenden Schmerz im rechten Hypochondrium, der häufig bis zum Scrobiculum cordi und in den Rücken sich ausbreitete. Seit etwa 10 Stunden hatte der Schmerz sich verstärkt und strahlte teilweise bis in die rechte Achselgegend aus. Der Stuhl war aufgehoben, Stuhlstopfung, zeitweilige Brechneigung. Ausserdem will P. schon seit einer Reihe von Jahren hinwieder die eigenthümliche Empfindung gehabt haben, als ob sich etwas Harter in ihrem Lohle befinde.

P. ist kräftig gebaut, gut genährt, 36 Jahre alt, doch mässiger. Die Haut und Conjunctivae bläulich gelblich, Zunge belegt, Lungen keine Laie, Grösse, Stos und Töne des Herzens normal; das ganze Abdomen mässig aufgetrieben; die Percussion der Leber ergab, dass die rechte Hand nahezu 2 Querfingerbreit unter dem Rippenbogen hartnackig war die palpation beständige. Diese war nur in der Lebergegend, vorzüglich an ihrem rechten Hand und nach der lin. alle ein schmerzhaft. In gleicher Höhe zur dem Nabel, etwa 1 Zoll rechts von dem war eine harte rundliche Geschwulst, von der Grösse eines Taubens, welche sich



B. Schultze del.

Lochow lith.

