

E 2 A - 16 205



2.

Aus der Geburtshilf.-Gynäkol. Abteilung des Städtischen Zentralkrankenhauses in Tallinn (Reval). Leitender Arzt: Dr. H. Perli.

Graviditas intramuralis.

Von

Harald Perli.

Zu den seltensten Formen der ektopischen Schwangerschaft ist wohl die Wandschwangerschaft — Graviditas intramuralis — zu rechnen. Wie oft man dieselbe bisher angetroffen hat, kann ich aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur nicht genau feststellen. Ich finde darüber nichts in den Lehrbüchern der Geburtshilfe von Ahlfeld, Bumm, Stoeckel, v. Jaschke. In der »Pathologischen Anatomie der weiblichen Sexualorgane von Dr. C. Gebhard, Leipzig 1899«, S. 468 lese ich: »Jeder Teil der Tube kann der Sitz einer Schwangerschaft werden. Entwickelt sich das Ei in dem intramuralen Teil der Tube, so spricht man von einer intramuralen oder interstitiellen Schwangerschaft.« Und weiter, unter Graviditas intramuralis: »Die Entwicklung des Eies in demjenigen Abschnitt der Tube, welcher die Muskulatur des Uterus durchbohrt, ist ein verhältnismäßig seltenes Vorkommnis. In früheren Entwicklungsstadien zeigt sich bei der äußeren Betrachtung der Präparate außer einer allgemeinen Vergrößerung des Uterus eine nur wenig in die Erscheinung tretende Auftreibung der schwangeren Seite. Später entwickelt sich eine deutliche Asymmetrie infolge eines einseitigen Wachstums der graviden Partie.« Also eine vollständige Identifizierung der Graviditas interstitialis mit der Grav. intramuralis.

Im Handbuch der Geburtshilfe von v. Winckel, Bd. II, S. 745 lese ich unter der Schilderung des histologischen Befundes der Graviditas interstitialis von Ulesko-Stroganowa folgende Ausführung von R. Werth: »Der Befund (histol.) entspricht also dem, welcher nach Analogie des sonst über die Einbettung des Eies in der Tubenwand Bekannten zu erwarten war. Ob auch hier das Ei sich primär in die subepitheliale Muskellage einbohrt oder durch Eintritt in intermuskuläre Epithelräume sich von vornherein in die Tiefe der das Tubenrohr

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

i 2869 1386

umfassenden Muskulatur versenkt, so wird auf jeden Fall das Eibett von vornherein innerhalb der Wandmuskulatur angelegt. Die Schwangerschaft ist demnach von vornherein eine intramurale, ein Verhalten, das auch den älteren Autoren bekannt war. Man unterschied dasselbe zum Teil als besondere Form von der im freien Lumen der Tube entwickelten Schwangerschaft und ließ sie in ganz unmöglicher Weise aus einer Sprengung des Fruchtsackes mit sekundärem Übertritt des Eies in die umliegende Uterusmuskulatur hervorgehen, eine Anschauung, zu der noch im Jahre 1896 sich v. Rosenthal bekannt.« Und S. 754: »Nicht zum Formenkreis der Interstitialschwangerschaft gehört auch der von v. Rosenthal als Graviditas intramuralis beschriebene und abgebildete Fall. . . . Hier ist erkennbar, daß es sich um einen von vornherein mißbildeten Uterus gehandelt haben muß.« Leider ist mir die Mitteilung v. Rosenthal's, die im Zentralblatt f. Gynäkologie 1896 erschienen ist, nicht zugänglich. Ich glaube aber aus R. Werth's Äußerungen eine Nichtanerkennung der Existenz der Graviditas intramuralis als einer selbständigen Form der ektopischen Schwangerschaft herauslesen zu können.

Dagegen äußert sich J. Veit in Döderlein's Handbuch der Geburtshilfe 1916, S. 378, Bd. II folgendermaßen:

»Ohne jede Annäherung an die Tube kann nämlich in der Wand des Fundus uteri außerhalb der Höhle des Uterus das ganze Ei oder ein großer Teil des Eies liegen und sich hier entwickeln. Der Gegensatz gegen die Graviditas tubo-uterina liegt dabei nur darin, daß der Einbettungsort von dem Tubenkanal ganz entfernt ist. Der Vorgang dieser Wandschwangerschaft des Uterus, die mit Tubenschwangerschaft nichts zu tun hat, ist zuerst von W. A. Freund beschrieben worden.« Und weiter S. 379: »In bezug auf die anatomische Unterscheidung hat Rose ganz recht, wenn er auf das Verhalten der Tube aufmerksam macht. Bei Wandschwangerschaft müssen beide Tuben ganz unverändert in den Uterus einmünden. Welche Erklärung (Schickele's Hypothese über präexistierende Uterusdivertikel oder Veit's Vergleich der Einbettung mit der Bildung der Placenta disseminata) auch die richtige ist, stets muß hierbei das Tubenlumen unbeteiligt sein; der Tubenkanal muß in ganzer Länge offen und sondierbar sein. Die klinischen Erscheinungen sind die gleichen; denn auch hierbei kommt es zur Ruptur des Fruchtsackes in die Bauchhöhle. Mancher Fall kann daher als interstitielle Gravidität angesehen sein; erst die Zukunft wird lehren, ob diese Wandschwangerschaft etwa öfters vorkommt. Jetzt sind wir wenigstens theoretisch mit ihr bekannt.«

Das ist alles, was ich von der Graviditas intramuralis in der mir zugänglichen Literatur gefunden habe. Eines steht fest, daß das kasuistische Material nur einzelne Fälle nachweisen kann.

Ich möchte die Kasuistik mit einem Fall bereichern.

Pat. N. J., 22 Jahre alt, kommt wegen lästiger Übelkeit und Erbrechen in die Sprechstunde. Bis dahin nie schwanger gewesen. Menses stets regelrecht 4wöchentlich — ohne Beschwerden. Letzte Periode vor 6 Wochen. Seit Sistieren der Menses die genannten Beschwerden. Uterus vergrößert, sukulent, fühlt sich gravid an. Die Pat. erhält genaue Vorschriften und Verordnungen, erscheint aber nach einigen Tagen wieder, sie könne ihren Pflichten als Beamtin nicht nachkommen, da die Beschwerden fort dauern und sich neben Schlaflosigkeit nächtliche Herzattacken eingestellt hätten. Ich entschieße mich zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

23. IV. 1924. Äthernarkose. Dilatiert wird mit Hegar'schen Dilatatoren. Abrasio. Aus dem Uterus kann ich nur geringe Schleimhautteilchen heraus-

befördern, von Eiteilen keine Spur. Ich taste unter der Narkose nochmals die Adnexa genau ab, um eine übersehene Tubarschwangerschaft auszuschließen.

Die Adnexa erweisen sich als frei.

24.—26. IV. Normaler Verlauf. Erbrechen hört auf — die Übelkeit dauert an.

27. IV. Die Pat. wird aus dem Krankenhaus entlassen mit der Unterweisung, sich bei geringster Veränderung im Wohlbefinden vorzustellen.

Die histologische Untersuchung der Schleimhautpartikel ergab: Uterusschleimhaut im Stadium der deciduellen Reaktion.

Nach 1 Woche erschien die Pat. in der Sprechstunde. Der Zustand hat sich in nichts geändert. Erbrechen hat sich gleich wieder eingestellt.

Es unterlag keinem Zweifel, daß die Schwangerschaft fort dauert. Daß ich den Uterus sorgfältig ausgeräumt hatte und ein Zurückbleiben des Eies so gut wie ausgeschlossen war — davon war ich überzeugt. Ich entlasse die Pat. wieder mit genauen Vorschriften und dem Rat, sich nach 1 Woche vorzustellen.

Den 24. V. untersuche ich die Pat. und finde eine deutliche Graviditas m. II. Ich fahnde nach den Symptomen einer interstitiellen Schwangerschaft — da ich vor 1 Monat einen Fall operiert hatte —, doch vergebens — außer dem Tastbefund einer normalen uterinen Schwangerschaft ist nichts herauszubringen.

Da der Zustand der Pat. sich wesentlich verschlimmert hatte und eine ungewöhnliche Nidation des Eies mir klar war, schreite ich den 27. V. zur Operation. Bevor ich laparotomiere, dilatiere ich nochmals die Cervix und curettiere — das Cavum uteri ist leer. Daraufhin laparotomiere ich gleich.

Nach der Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Medianschnitt finde ich einen 2monatigen großen Uterus, der sich in nichts von einem normalen graviden Uterus unterscheidet. Adnexa vollständig frei. Abgang der Ligamenta normal. Das einzige, was ich herausfühle, ist eine gewisse Verdickung der vorderen Uteruswand. Ich führe den Schnitt in der Art des korporealen Kaiserschnittes und stoße gleich auf die Placenta. Der Schnitt wird in der Richtung zum Fundus ein wenig erweitert und ein 2monatiger Fötus mit allen Eihäuten in toto ausgeschält. Es bleibt eine Höhle, die vom Cavum uteri geschieden war.

Da ich die Cervix vor der Operation dilatiert hatte, so müßte ich, falls es Cavum uteri wäre, in die Cervix gelangen können. Der untere Höhlenwinkel erwies sich aber als Blindsack. Die Tuben öffneten sich nicht in die offene Höhle. Die hintere Wand der Höhle war zur hinteren Wand des Uterus verschieblich. Es unterlag danach keinem Zweifel, daß die Höhle in der vorderen Uteruswand war. Ich vernähte die Höhle, nachdem ich sie mit einem scharfen Löffel ausgekratzt hatte, um auch die geringsten Zottenreste zu entfernen, mit versenkten Catgutnähten, darüber eine sero-seröse Naht.

Die Pat. machte einen komplikationsfreien Verlauf durch und wurde am 14. Tage nach der Operation geheilt entlassen. Ich habe die Pat. nachher mehrere Male gesehen. Die erste Periode, nach der Operation sehr stark, trat nach ungefähr 5 Wochen ein, dauerte 5 Tage an (gewöhnlich 3 Tage). Seitdem ist sie regelmäßig beschwerdefrei menstruiert.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß wir es hier mit einer selbständigen, mit der interstitiellen Schwangerschaft nicht zu verwechselnden Form der Schwangerschaft zu tun haben. Es ist eine Wandschwangerschaft — Graviditas intramuralis.

Wie gesagt, hatte ich vorher eine interstitielle Schwangerschaft, die in die Bauchhöhle rupturierte, operiert. Nach diesem Falle hatte mein Assistent in meiner Vertretung einen zweiten Fall operiert. Das waren beides ausgesprochene

interstitielle Schwangerschaften. Die Veröffentlichung dieser beiden Fälle habe ich meinem Assistenten übertragen. Diese meine Erfahrung läßt mich diese beiden Arten der Schwangerschaft auseinanderhalten. Es ist ein Zufall, daß dieser Fall unrupturiert zur Operation kam. Nach der Ruptur wäre die Unterscheidung bedeutend schwieriger.

Wie kommt nun solch eine intramurale Schwangerschaft zustande? Die Antwort auf die gestellte Frage ist nicht leicht zu geben. Man wird vorläufig wohl bei den theoretischen Vermutungen bleiben müssen. Nach Schickele's Hypothese könnte es sich dabei um eine Einbettung des Eies in ein präexistierendes Uterusdivertikel handeln. Solche sind, meint Veit, allerdings ohne Schwangerschaft bisher noch nicht erwiesen. Nach Veit's Annahme gelangt das Ei stets in das subepitheliale Bindegewebe auf dem Wege der Venen in tiefere Schichten in der Wand des Uterus.

Mir scheint es, daß die Glandulae uterinae vielleicht eine gewisse Bedeutung gewinnen könnten. Die trichterförmigen Mündungen der Drüsen, meint Oertel, kann man mit bloßem Auge sehen. Sie sind also genügend groß, damit sich das Ei in sie verirren könnte. Wenn eine Drüse sich tief in die Muskulatur versenkt, so wäre das Eindringen des Eies in tiefere Muskelschichten in dieser Art nicht von der Hand zu weisen. Doch muß die endgültige Lösung dieses rätselhaften Vorganges vorläufig der Zukunft überlassen werden.

ESTICA

A-16205