

XII.

**Ein Fall von Schwangerschaft in einem rudimentären
Gebärmutterhorn; Verblutungstod. Transmigratio
seminis extrauterina.**

Von Dr. Rudolph Jaensch in Breslau.

(Hierzu Taf. IV.)

(Sectionsbericht und Erläuterung des anatomischen Präparats von Dr. Kollatscheck,
Assistent am patholog. anatomischen Institut zu Breslau.)

Kussmaul hat in seinem bekannten Werke: „Von dem Mangel, der Verkümmern und Verdopplung der Gebärmutter“ (Würzburg 1859.) 12 Fälle von Schwangerschaft in einem rudimentären Gebärmutterhorn aus der Literatur zusammengestellt. In der sehr bemerkenswerthen Abhandlung von Fürst in Leipzig: „Ueber Bildungshemmungen des Utero-Vaginalkanales“ (Monatsschrift für Geburtskunde 1867. Bd. XXX. Heft 2 u. 3) findet man die nach dem Erscheinen des Kussmaul'schen Werkes veröffentlichten, weiteren einschlägigen Beobachtungen aus der deutschen, englischen und französischen Literatur gesammelt. Zu den von Fürst citirten 7 Beobachtungen [Virchow¹⁾, Rosenburger²⁾, Luschka³⁾, Day⁴⁾, W. Turner⁵⁾ ⁶⁾ mit 2 Fällen, Stoltz⁷⁾ in Strassburg] konnte ich nach sorgfältiger Durchmusterung der mir zugängigen Literatur nach 1867 bis auf die neueste Zeit nur noch den von Baart de la Faille⁸⁾ als „Schwangerschaft in einem rudimentären Uterushorn“ kritisch gedeuteten Mauriceau'schen Fall einer Graviditas tubo-uterina ermitteln. Das vorhandene literarische Beobachtungsmaterial

¹⁾ Monatsschr. f. Geburtskunde. 1860. Bd. XV. S. 176.

²⁾ Ibidem. 1862. Bd. XIX. S. 189.

³⁾ Ibidem. 1863. Bd. XXII. S. 31.

⁴⁾ Ibidem. Bd. XXX. (resp. Edinb. Med. Journ. May 1866. p. 981).

⁵⁾ u. ⁶⁾ Ibidem. Bd. XXX. (resp. Ed. Med. Journ. May 1866. p. 971).

⁷⁾ Gazette médicale de Strassbourg. 24. März 1860. No. 3. p. 33 (resp. Monatsschrift f. Geburtskunde. 1867. Bd. XXX.).

⁸⁾ Schmidt's Jahrbücher. 1868. Bd. 138.



über Schwangerschaft in einer verkümmerten Uterushälfte ist demnach noch nicht so reichhaltig, dass nicht ein neuer, genau — beobachteter Fall dem Leser wenigstens als eine interessante Mittheilung erscheinen dürfte. Ich habe um so weniger Anstand genommen, die von mir gemachte Krankenbeobachtung der Oeffentlichkeit zu übergeben, als in den anatomischen Verhältnissen des durch die Section gewonnenen Präparats ein neuer thatsächlicher Beleg gegeben ist für die Richtigkeit der Annahme, dass ein verkümmertes Uterus-Nebenhorn selbst dann concipiren könne, wenn auch eine Communication seiner Höhle mit dem Cavum des entwickelten Horns nicht besteht.

Die unserer Beobachtung zu Grunde liegende Krankengeschichte war folgende:

Marie Lössin, Schaffnerfrau von hier, 27 Jahre alt, wurde in ihrem 14. Lebensjahre zum ersten Mal menstruirt. Die Regel trat von Zeit ab regelmässig 4wöchentlich ein, hielt durch volle 8 Tage mit profusem Blutfluss an, ihr Eintritt selbst aber war stets mit so bedeutenden Schmerzen, besonders in der linken Seite des Unterleibes verbunden, dass die Kranke jedes Mal einen halben Tag zu Bett bleiben musste. Seit 4 Jahren verheirathet, wurde sie vor jetzt 3 Jahren am rechtzeitigen Ende ihrer ersten Schwangerschaft von einem lebenden Knaben mittelst Zange entbunden. Das Wochenbett verlief ohne jede Störung. Nach dieser Zeit war sie gesund; nur ab und zu klagte sie auch in der menstruationsfreien Zeit über Wehsein in der linken Unterbauchgegend. Anfang Januar dieses Jahres blieb die erwartete Regel aus und ist seitdem nicht wieder eingetreten. Die Kranke fühlte sich „schwanger“ und erfreute sich bis zur gegenwärtigen Erkrankung, abgesehen von der mehrfach erwähnten Schmerzempfindung in der linken Unterbauchseite, einer guten Gesundheit.

In der Nacht vom 13. zum 14. Mai v. J. erkrankte sie ganz plötzlich im Bett: durch die heftigsten Schmerzen im Leibe, die erst in der linken Seite begannen, bald aber sich über den ganzen Unterleib verbreiteten, wird sie aus ruhigem Schlafe aufgeschreckt. — Häufiger Drang zum Uriniren, Aufstossen, Uebelkeit und schliesslich Erbrechen stellen sich in unmittelbarer Folge ein. Die Unterleibsschmerzen für „Kolik“ haltend, schleppt sich die Kranke mit Noth und Mühe noch aus dem Bett in der Absicht, sich eine Tasse warmen Thee's zu bereiten. Indess zunehmender Schmerz, Schwäche, hohes Angstgefühl und ein nun eintretender Schüttelfrost bestimmten sie, das Bett bald wieder aufzusuchen und die Hülfe der Hebamme zu verlangen. Diese fand die Kranke am Morgen des 14. Mai angeblich „bewusstlos“, mit halbgeschlossenen Augen und in einem so bedenklichen Zustande vor, dass sie ärztliche Hülfe baldmöglichst zu requiriren rieth.

Am 14. Mai früh 9 Uhr citirt, finde ich die übrigens kräftig entwickelte, grosse Kranke mit verfallenen Gesichtszügen, tief in den Höhlen liegenden, matten

Augen, auffallender Hautblässe, mit oberflächlicher, langsamer und zeitweis aussetzender Athmung, im Zustande ohnmächtiger Schwäche, aber bei eben wiedererwachtem Bewusstsein. Mit leiser, kaum vernehmbarer, zögernder Stimme klagt sie über Beklemmung auf der Brust, Athemnoth, Ohrensausen, Schmerzen im ganzen Leibe, brennenden Durst und versichert, „sie fühle, es werde ihr Ende sein.“ Puls kaum fühlbar, sehr frequent; — Zunge feucht, nicht belegt; — die Extremitäten fühlen sich kühl an. Abdomen meteoristisch aufgetrieben, ungemein schmerzhaft. Uterus von aussen wegen Spannung und Schmerzhaftigkeit des Leibes nicht durchzufühlen. In den Lumbar-Gegenden eine beiderseits bis in die Leistengegend reichende Dämpfung, links ausgedehnter als rechts.

Brüste geschwellt, lassen Serum ausdrücken. Linea stark pigmentirt. Scheide auffallend geschwellt, sehr schlüpfrig; Cervix uteri tiefstehend, von normaler Länge, weich und gelockert; Mm. rund, lässt grade die Spitze des Zeigefingers einlegen. Das vordere Scheidengewölbe herabgedrängt, elastisch und gespannt anzufühlen.

Meine Frage, ob sie vielleicht das Gefühl gehabt, als wäre im Leibe Etwas geplatzt und als hätte sich Flüssigkeit in den Leib ergossen, verneinte die Kranke auf das Bestimmteste.

Zunächst war das Krankheitsbild einer intraabdominalen Blutung auf Grund der objectiven Symptome in Verbindung mit dem physikalischen Befunde ganz unzweifelhaft. Das Bild einer „Exsanguis“ könnte in der That kaum mit deutlicheren Farben wiedergegeben werden als solche in den Symptomen unserer Kranken zur Beobachtung kamen. — Bei den bestehenden Schwangerschaftszeichen (mehrmonatliche Menostasis, Mammaryschwellung, Lockerung der inneren Genitalien etc.) war wohl die Annahme einer Extrauterinschwangerschaft mit Berstung des Fruchtsackes schon jetzt sehr naheliegend, und gewiss auch berechtigt, — indess ich stellte diese speciellere Diagnose den Angehörigen gegenüber vorläufig nur als „sehr wahrscheinlich“ hin, da der unverkürzte, in seinem Kanal geschlossene Cervix uteri den untersuchenden Finger behufs Exploration der Höhle noch nicht passiren liess.

Ordin.: Eisblase auf den Leib — Schlucken von Eispillen — Mixt. sulph. acid. 4,0/180,0 und Tokayer abwechselnd halbstündlich esslöffelweise.

Abends 10 Uhr. Den Tag über ab und zu Erbrechen schleimiger Massen. Die Erscheinungen des Collaps entschieden geringer: Auge lebhafter, Puls voller, weniger frequent (120). Schmerzhaftigkeit des Leibes vermindert. Die Kranke verlangt selbst nach den Eisumschlägen über den Leib. Als Nahrung wird ab und zu Milch gereicht und vertragen.

15. Mai, Morgens 9 Uhr. In der Nacht kein Schlaf, häufiges Erbrechen, Schmerzen im Leibe erträglich. Die Kranke klagt hauptsächlich über Beklemmung über die Brust, Athemnoth und brennendes Durstgefühl. Puls 120, mässig voll. Sensorium frei. Fortsetzung der Eisbehandlung. — Innerlich braucht die Kranke abwechselnd Haller'sche Mixtur und Tokayer.

Abds. Zur Entleerung des mit reichlichen Fäcalmassen gefüllten Mastdarmes wird ein Klystier mit Zusatz von Ol. Ricini gesetzt. Bald darauf erfolgt eine sehr

reichliche breiige Ausleerung. Ordin. für die Nacht: p. Rect. Opium pur. 0,06 in einem Suppositorium.

16. Mai, Morgens 9 Uhr. Puls 120. Zunge feucht, kaum belegt. Kein Schlaf in der Nacht, öfter Erbrechen. — Grosse Schwäche.

Aus der Vagina entferne ich blutige Membranstücke, die sich nach ihrem Aussehen sofort als Deciduaefetzen erkennen liessen. Bei der weiteren Digitaluntersuchung finde ich den Cervicalkanal durchgängig, von anscheinend normaler Länge und entferne mit dem bis auf eine Länge von mindestens $1\frac{1}{2}$ Zoll eingeführten Zeigefinger aus dem tiefstehenden ¹⁾ Uterus leicht noch eine grössere Portion einer gleichen Membran. Diese Membranstücke, die sich nach der von Herrn Dr. Kollatscheck gütigst angestellten mikroskopischen Untersuchung als Decidua theile erwiesen, waren ohne irgend nennenswerthe Blutung aus einem Uterus ausgestossen, der bei der inneren Untersuchung seiner Form und Grösse nach durchaus nicht als abortirender, mindestens 4 Monat schwangerer Uterus imponirte, und der ausserdem den untersuchenden Zeigefinger durch den weitgeöffneten Cervicalkanal bis zum inneren Muttermunde und darüber hinaus vordringen liess ohne einen Widerstand, wie solchen ein 4monatlicher, im Uterus in seinen Eihüllen befindlicher Fötus dem Finger immer bieten muss.

Nach solchem Befunde war jetzt die Existenz einer extrauterinen Schwangerschaft ausser allem Zweifel gesetzt.

In Rücksicht aber auf die Dauer der Schwangerschaft und resp. auf den Zeitpunkt der eingetretenen Berstung des Fruchtsackes musste ich mich für die Annahme einer Tubenschwangerschaft entscheiden. Hecker's ²⁾ Endresultat der statistischen Zusammenstellungen über Dauer und Ausgang der verschiedenen Arten der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle ist ja bekannt als dahin lautend, dass Tuben- und auch Tubenterinschwangerschaft gewöhnlich schon in den ersten 2 oder 3, seltener erst nach 4 oder 5 Monaten durch Ruptur und innere Blutung tödtlich enden, — dass hingegen bei „freier Bauchschwangerschaft“ in der Mehrzahl der Fälle das Kind ausgetragen wird und eine wirkliche Uebertragung mit Lithopädonbildung ein nicht so seltenes Vorkommniss ist. —

Die Prognose für unseren Fall musste natürlich eine im höchsten Grade ungünstige, eine infaustissima sein.

In der weiteren Behandlung figuriren Hämostatica und Analeptica. — Neben fortgesetzten Eismuschlägen über den Leib wurden jetzt auch in die Vagina Eisstückchen eingelegt. —

Da alles Genossene erbrochen wird, lasse ich Milch und Brühe in Intervallen per Rectum injiciren.

Abends: Den Tag über häufiges Erbrechen, dabei brennender Durst und Gefühl des Hungers. Puls 120. Zunge wenig belegt, hat Neigung zum Trocken-

¹⁾ Der auffallende Tiefstand des Uterus, der die Einführung des Fingers in die Cervicalhöhle und darüber hinaus so sehr begünstigte, war jedenfalls bedingt durch den Druck der in die Beckenhöhle ergossenen beträchtlichen Blutmasse.

²⁾ Hecker (Monatsschr. f. Geburtskunde. 1859. Bd. XIII.), Beiträge zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle.

werden. Der Leib sehr viel schmerzhafter, — vielleicht in Folge der heftigen und häufigen Erschütterungen durch das Erbrechen. — Hohe Tympanie. Sensorium vollkommen frei.

Subcutane Injection von Morphium acet. 0,01 in's Epigastrium (gegen das Erbrechen).

17. Mai, Morgens 9 Uhr. Puls 128. Zunge fast trocken. Nach der Morphium-einspritzung von gestern Abend hat die Kranke nicht mehr erbrochen und hat die Nacht ruhig und theilweise schlafend verbracht. — Seit 5 Uhr — diesen Morgen — wehenartige, mit Pausen von 10 Minuten sich folgende Schmerzen im Unterleibe mit Drang nach unten; seit der gleichen Zeit wieder Brechneigung.

Per Vag. constatirte ich folgenden Befund:

Cervix fast ganz verstrichen; der Uterus zeigt mehr die abortirende Form. Sehr bequem explorirt der Zeigefinger jetzt die leere Uterushöhle. Uterusinnenfläche glatt und schlüpfrig durch blutig-röthlichen Schleim.

Trotz der aufgetretenen hohen Tympanie des Leibes ist jetzt in der Uterusgegend — bei leerer Blase — eine die Symphyse auf Handbreite überragende Dämpfung deutlich zu constatiren.

Nachmittags collabirt die Kranke von Stunde zu Stunde mehr. In demselben Grade als der Collaps zunimmt, trübt sich das Bewusstsein. Abends 7 Uhr tritt nach kurzer Agone und unter paralytischen Lungenerscheinungen der Tod ein.

Section 16 Stunden p. m.

Eine wohlgebaute, etwas magere Leiche in Starre. Hautdecken, besonders im Gesicht, zeigen ein wachsgelbes Colorit. Hochgradiger Meteorismus. — Nur die Eröffnung des Unterleibs ist gestattet.

Durch den unteren Schnittwinkel entleert sich eine unbedeutende Menge Blutserums (circa 200 Gr.). Das gespannte Netz bedeckt das Darmconvolut vollständig und liegt mit seinem unteren Rande, besonders aber mit dessen rechter Hälfte, zwischen derben Blutgerinnseln festgehalten. Der Peritonealüberzug zeigte keinerlei Injection, ist überall blass und glatt. Nach Verdrängung der Därme lassen sich aus der Bauchhöhle noch circa 1 Litre flüssigen, dunklen Blutes ausschöpfen.

Aus dem kleinen Becken ragen über das Niveau seines Eingangs hinauf feste, massige ¹⁾ Blutcoagula und zwischen ihnen etwas rechts vom Promontorium sieht eine gewölbte, nur mässig gespannte, durchsichtige Membran hervor, welche die Füße eines mit dem Kopf nach unten und mit dem Rücken nach vorn und rechts gerichteten Fötus erkennen lässt. Die leichter entfernbaren Blutgerinnsel werden hervorgeholt, worauf sich eine resistendere, einem mächtigen Blutklumpen ähnliche, nach unten festgeheftete Masse im Kleinbeckenraume zeigt. Die nähere Untersuchung ergibt, dass sie die Form einer rundlichen, dicken Scheibe hat und fast auf der Kante ungefähr im zweiten schrägen Durchmesser des Beckens steht. Von ihrer nach rechts und hinten blickenden Fläche geht eine den Fötus enthaltende Blase aus, welche ganz unversehrt ist. Unter ihr auf dem Beckenboden liegt

¹⁾ Diese aus dem kleinen Becken über seinen Eingang hinauf ragenden festen massigen Blutcoagula erklären die nicht lange vor dem Tode der Kranken aufgetretene, die Symphyse auf Handbreite überragende Dämpfung in der uterinalen Gegend. — (Siehe Krankengeschichte) Jaensch.

ein walzenförmiger, im Bogen nach rechts gelagerter Körper, der den Eindruck eines inflectirten Uterus macht. Durch Umgreifen der vorhin beschriebenen Masse lässt sich ihr Zusammenhang mit diesem Uterus constatiren. — Zur genaueren Prüfung werden die Beckenorgane in toto herausgenommen.

Abgesehen von Harnblase und Mastdarm besteht das vorliegende Präparat aus einem Theil der Scheide mit dem nach rechts inflectirten cylindrischen Uterus, von dessen Spitze die Adnexa der rechten Seite ihren Ursprung nehmen. Von dem unteren Abschnitte dieses Uterus an seinem linken convexen Rande geht ein breites dünnes Band ab, das nach einem Verlaufe von circa 8 Cm. mit seinem oberen freien Rande in einen eiförmigen und fast hühnereigrossen Körper ausläuft. Derselbe trägt seine normalen Adnexa (l. Tube, l. Lig. rot. und l. Lig. ovarii nebst Eierstock), sowie eine ihm pilzhutförmig aufsitzende Placenta mit Eiblaste und Fötus.

Zur Feststellung einer sicheren Diagnose ist jedoch eine genauere Untersuchung der Einzeltheile dieses Präparats erforderlich. Der Uterus hat im Ganzen eine gleichmässig walzenförmige Gestalt und behält seine inflectirte Lage mit nach rechts sehender Spitze. Länge und Umfang desselben betragen beide je 12 Cm. Der Cerv.-Kanal ist am linken Rande 4 Cm., am rechten nahezu 3 Cm. lang. Die hintere Lippe misst 1 Cm. Die Uteruswand ist an der convexen Seite dünner als an der concaven und verjüngt sich deutlich an der Spitze, woselbst sie um den Tubenansatz herum am dünnsten ist. — Für diese Verhältnisse gelten folgende Maasse:

| | | | |
|---------------------------------|---|---|-------|
| Dicke der Uterus- wand | { | an der Spitze um den Tubenansatz herum | 3 Mm. |
| | | in der Mitte der convexen Wand | 7—8 - |
| | | - - - concaven - | 11 - |
| | | genau an der Flexionsstelle der concaven Wand nur | 4 - |
| | | in der Gegend des inneren Muttermundes an der hinteren Wand | 7 - |

Von der Spitze entspringt die rechte Tube von ganz normaler Beschaffenheit und 12 Cm. Länge. In normalen Abständen von ihr beginnen und verlaufen auch das gleichseitige Lig. ovarii und Lig. uteri rotundum. Von der Insertionsstelle der rechten Tuba an bleibt der nach oben sehende convexe Rand des Uterus 8 Cm. weit frei und glatt, worauf erst das vorher erwähnte flache breite Band sich ansetzt, so dass sein oberer freier Rand circa 2 Cm. über dem inneren Muttermunde liegt. Die Serosa uteri trägt fast überall zarte, flottirende Pseudomembranen. Der Grund des Cavum Douglasii erscheint von hinten nach vorn verschmälert und von zahlreichen pseudoligamentösen schmalen Brücken überspannt. Die rechtsseitige Plica Douglasii ist normal ausgeprägt, die linke dagegen bis zum Verschwinden abgeflacht. In dem an seiner vorderen Wand durch einen medialen Schnitt geöffneten Uterus findet sich der Hals mit zähem, glasigem Schleim ausgefüllt. Palmae plicatae sind deutlich entwickelt im Cervix, Ocula Nabothi vorhanden. — Die Schleimhaut der Uterushöhle ist stellenweise noch mit röthlichen Deciduaefetzen bedeckt, sonst von feinzottiger, sammetartiger Beschaffenheit wie in der Regel nach Abstossung der Decidua. In der Spitze des Uteruskörpers sieht

man leicht die Tubenmündung, von der aus die Durchgängigkeit der rechten Tube geprüft und constatirt wird. Von einer correspondirenden uterinen Mündung der linken Tube kann keine Spur entdeckt werden.

Wie schon erwähnt, hängt mit diesem Uterus durch ein breites Verbindungsband ein eiförmiger, die Placenta tragender Körper zusammen. Derselbe ist bei grösster Länge von 6,5 Cm., grösster Breite von 5 Cm. und grösstem Umfange (in der Ebene seiner kleinen Axe) von circa 13 Cm. bis auf etwa 3 Cm. grösster Dicke abgeplattet und bietet so 2 Flächen dar, von denen die eine zum grössten Theil und nahezu in Kreisform mit 5 Cm. im Durchmesser der Placenta als Haftstelle dient. Er erscheint in die Masse der viel grösseren Placenta wie eingedrückt, so dass in seinem Umfange zwischen beiden eine bis 1,5 Cm. tiefe Furche verläuft, die an einigen Stellen durch schräg gerichtete derbe Falten der Substanz selbst ausgefüllt wird und nur an der Spitze des Körpers fehlt. Die Placenta sitzt ihm demnach mit überhängenden Rändern wie ein Pilzhut auf. Das jene schon mehrfach erwähnte Hautbrücke zwischen rechtsseitigem Uterus und diesem Körper wesentlich bildende Doppelblatt der Serosa geht auf letzteren über und setzt sich im Grunde der Furche auf die Placenta fort, um hier an ihrem wulstigen Rande mehr oder weniger hoch mit einem scharfen, gezackten Saume aufzuhören.

Die linksseitigen Anhänge, rundes Mutterband, Tube und Eierstock, sind normal vorhanden. Denkt man sich die Lage, welche unser in Rede stehender Körper mit der Placenta im kleinen Becken eingenommen hat, also seine freie Fläche nach links unten gerichtet, so entspringt das hypertrophirte Lig. rot. etwa von der Mitte seines hinteren Randes unmittelbar an der Furche. Die Tube, circa 12 Cm. lang, durchgängig und von normaler Beschaffenheit geht nicht in den Körper, sondern an der äusseren Wand der Furche anschelnend in die Placenta über und zwar in gleicher Höhe mit der Insertionsstelle des runden Mutterbandes. Der Tubenkanal endigt in einem cavernösen Gewebe, wo seine weitere Verfolgung unmöglich wird.

Das Lig. ovarii, etwas verkürzt, senkt sich etwa 4 Cm. von der Ursprungsstelle der Tube entfernt in das Stielende unseres Körpers, aber auf der entgegengesetzten Fläche desselben ein. Der linke Eierstock, 5 Cm. lang, gleicht vollkommen dem rechtsseitigen. In seiner Spitze findet sich ein circa 1,5 Cm. im Durchmesser auf dem Flächenschnitte messendes Corpus luteum, während im anderen Eierstock nur narbige Reste falscher gelber Körper zu finden sind. Auch die Ala vesper. ist linkerseits wohl ausgebildet.

Ein solcher Befund legt den Gedanken nahe, dass der fragliche Körper ein missgebildetes Uterushorn sei. Eine Höhle lässt sich in ihm nicht entdecken. Sein Gewebe zeigt sich in der circa 4—6 Mm. dicken peripheren Schicht weisslich, derb, nur von spärlichen, kleinen Gefässlumina durchsetzt. Aber je tiefer man in der Richtung gegen die Placenta vordringt, desto rüthlicher, weicher, saftiger und sinuöser wird seine Substanz, desto deutlicher nimmt das Organ einen cavernösen Bau an, bis seine innerste Schicht gleich dem angrenzenden Placentargewebe alle Bluträume mit Gerinnseln ausgefüllt zeigt. Nur mikroskopisch lässt sich die scharfe

Grenze zwischen unserem Körper und Placenta feststellen. Zugleich constatirt man seine histologische Zusammensetzung aus glatten Muskelfasern. Dasselbe Gewebe mit dem Charakter der oben genannten peripheren Schicht des eiförmigen Körpers setzt sich im Grunde der ihn umziehenden Rinne in einer sich schnell verdünnenden Lage auf den überhängenden Rand fort, um hier in der schon bekannten Weise plötzlich aufzuhören. — Sonach ist es ersichtlich, dass die linke Tube nicht, wie oben schien, in das Placentargewebe, sondern in den peripherischen, ausgezogenen Theil unseres noch nicht geduteten Organs übergeht.

Um einen etwaigen Zusammenhang unseres Körpers mit dem rechtsseitigen Uterus zu entdecken, wird die sie verbindende Hautbrücke genauer geprüft. Zunächst in ihrem oberen freien Rande verläuft eine ansehnliche Vene, etwa vom Kaliber der V. basilica, entsendet viele Aeste zwischen die beiden Blätter des Bandes und verzweigt sich endlich dendritisch in den seitlichen Organen. Ein gleich grosses venöses Gefäss findet sich noch tiefer im Bande und zwischen beiden verläuft geschlängelt eine Arterie von mehr als 1 Mm. im Lichten.

Etwa 1 Cm. unter dem freien Rande fällt schon dem äusserlich das intacte Ligament befühlenden Finger ein rundlicher, resistenter, jenem Rande entlang verlaufender Strang auf. Blossgelegt und aus dem ihn umgebenden Gewebe in seiner ganzen Länge von circa 5 Cm. isolirt, beginnt er circa 2 Cm. vom rechtsseitigen Uterus entfernt in der Höhe von circa 1 Cm. über dessen innerem Muttermunde mit einer abgestumpften Spitze und zieht anfangs 2 Mm. dick, sich allmählich abplattend gegen den eiförmigen Körper, um 6 Mm. breit in demselben zu verschwinden. Er ist von weisser, von der Umgebung sich deutlich abhebender Farbe und erscheint auf dem Querschnitte selbst bei Betrachtung desselben mit der Loupe solid. — Aber ein streichender Druck entleert an dem etwa 1 Cm. von dem freien Strangende angelegten Querschnitt einen milchigen Saft, der unter dem Mikroskop fast nur aus kleinen Cylinderzellen bestehend sich erweist, von denen viele noch sehr deutliche Cilien tragen. Auch an einem nahe an seinem Eintritt in jenen Körper gelegten Querschnitt lässt sich ein Lumen nicht erkennen. Deshalb wird von dieser Stelle des Stranges ein feiner Querschnitt zur mikroskopischen Musterung seiner Structur gemacht. — Derselbe besteht aus einem ovalen Kern und einem peripherischen Ringe mit scharfer Sonderung beider. — Jener zeigt nemlich nur Querschnitte von Längsfasern durchsetzt von zahlreichen, meist zu zwei neben einander liegenden Gefässlumina, von denen das eine einer Arterie, das andere einer Vene angehört. Ein mit Cylinderepithel ausgekleidetes Lumen macht sich aber nicht bemerkbar. So unzweifelhaft ein solches bestanden haben muss, so leicht ersichtlich ist es, dass sein Epithel den Eingriffen bei Anfertigung des mikroskopischen Präparats nicht gut hat Stand halten können, zumal wenn man noch den vorher angewandten streichenden Druck veranschlagt. — Sein Randtheil dagegen besteht aus circular verlaufenden Fasern, die nur hie und da von Querschnitten längsziehender Bündel und von wenigen Gefässen unterbrochen werden. Zerpufungspräparaten zufolge besteht dieser Strang aus glatten Muskelfasern. Solche finden sich in lockeren, schmalen Zügen über-

haupt durch die ganze Hautbrücke verstreut, umgeben aber speciell den Kanalstrang in dichter Lage, so dass sie an dessen Eintrittsstelle in den eiförmigen Körper eine circa 2 Mm. dicke Schaafe um ihn herum bilden. Aber sie setzen sich auch über das Ende des Stranges hinaus gegen den rechtsseitigen Uterus fort und gleichen lockerem, an Gefässen reichen Bindegewebe.

Die bisherige Untersuchung ergibt evident, dass der eiförmige Körper als solcher mit dem rechten Uterus in keinem Zusammenhange steht und dass sein strangförmiger Stiel einen Kanal enthält, der eine Flimmerepithel-Auskleidung trägt. — Daraus folgt, dass wir berechtigt sind, den eiförmigen Körper als ein rudimentäres Uterushorn aufzufassen, das bei der fötalen Bildung der inneren Genitalien gewissermaassen den Anschluss an das rechtsseitige Hörn nicht erreicht hat.

Der Umstand, dass in unserem Falle der Stiel als hohl sich nachweisen lässt, verdient besondere Beachtung, da er in den Beschreibungen ähnlicher Präparate gewöhnlich als solide betont wird. Ist aber der Stiel hohl, so liegt auch nahe, anzunehmen, dass es füglich der Körper nicht weniger war.

Endlich zur Beschreibung der Placenta! Die Art ihres Zusammenhanges mit dem Nebenhorn ist bereits aus dem Vorigen bekannt. Sie bildet einen unendlichen, ungleichmässig dicken Kuchen, dessen Umfang 36 Cm., dessen Dicke 2—6 Cm. und dessen grösster Durchmesser 13 Cm. beträgt. Der wulstige, überhängende periphere Theil derselben ist im Bereiche des hinteren Randes des Nebenhornkörpers, wo sich die Tube inserirt, am dicksten, wird im weiteren Verlaufe allmählich schwächer, bis er an der Spitze des Körpers sich fast ganz abflacht. Hier an dem Berührungspunkte des dicken und dünnen Endes des Placentarrandes beginnt ein Spalt, der nahezu ihre ganze Dicke durchsetzend mitten zum gegenüberliegenden Rande verläuft, ohne ihn jedoch zu erreichen; dadurch zerlegt derselbe die Placenta unter Bildungen seitlicher seichter Einfaltungen in zwei Hälften. — In annähernder Weise macht so der Mutterkuchen den plastischen Eindruck eines kranzförmig in sich gelegten, kurzen und sich schnell verjüngenden Zopfes.

Die Consistenz der Placenta ist derb — bedingt durch das ihre ganze Masse durchsetzende geronnene Blut. Ihr Gewicht einschliesslich des in sie eingebetteten Nebenhorns beträgt 350 Gr. Wie schon erwähnt, endigt der auf sie übergehende Peritonealüberzug an ihrem Rande in verschiedener Höhe mit einem scharfen, gezackten Contour und zwar entsprechend der Endigungslinie des noch jenseits der Furche den Boden der Placenta bildenden ausgezogenen Randtheils der Nebenhornsubstanz. Weiter aufwärts hat der Rand in Folge aufgelagerter, leicht abziehbarer, röthlich gefärbter Faserstoffplatten ein unebenes Aussehen. Unter den letzteren liegt das Placentargewebe. Noch höher beginnt der Rand zum Chorion sich ausziehen, das ziemlich weit hinauf den Charakter eines cavernösen Geflechtes beibehält, also eigentlich noch membranartig ausgezogene Placenta ist. So ist auch Folgendes gut erklärlich: An dem Orte nemlich, wo — wie vorhin erwähnt — der dickste Theil des Placentarrandes beginnt, hat das Chorion eine auffallende Beschaffenheit; es zeigt sich hier circumscripirt zu einem 5 Cm. im Durch-

messer haltenden und 2,5 Cm. dicken Kugelsegment (s. d. Abbildung) umgewandelt und zwar durch Ausfüllung seiner Gewebsräume mit geronnenem Blut, ganz wie es in der eigentlichen Placenta der Fall ist. Auf der Höhe der Aussenfläche dieses Chorionabschnittes findet sich ein runder, kraterförmiger Defect von circa 2,5 Cm. Breite mit zer-rissenem buchtigen Grunde. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist dies die Stelle, wo das bei der placentaren Apoplexie extravasirte Blut den Weg in die Bauchhöhle sich gebahnt hat.

Das Chorion ist von dem centralen Theile der Placenta in drei Viertheilen seines Umfanges durch eine Rinne getrennt, welche entsprechend dem sich verjüngenden Randwulste immer mehr an Tiefe verliert. Mit dem Amnion ist dasselbe sehr innig verschmolzen; seine Aussenfläche zeigt hie und da feine, häutige An-hängsel. Das Amnion ist in normaler Ausbreitung vorhanden und senkt sich auf der fötalen Fläche der Placenta auch in alle ihre Spalten hinein. Beide Häute zusammen bilden die Eibläse, welche an unserem Präparate von keinem Fruchtsack mehr umschlossen ist.

Die 22 Cm. lange sulzlose Nabelschnur inserirt sich marginal circa 1 Cm. von der zuletzt besprochenen Furche der Placentarfläche entfernt. Der Fötus, weiblichen Geschlechts, misst circa 22 Cm. in der Länge und wiegt 160 Gr. Die Länge des Kopfes beträgt nahezu den vierten Theil des ganzen Körpers. — Kopfknochen mit Nähten und Fontanellen sind deutlich, sowie die Gesichtstheile. Die Augen sind noch schwer zu öffnen. Demnach hat der Fötus eine Entwicklung erreicht, die etwa der 16.—18. Woche der Schwangerschaft entspricht.

Wenn wir auch jetzt nach der vollständigen Beschreibung des Präparates die Ueberzeugung gewonnen haben, dass uns eine Schwangerschaft in einem rudimentären Nebenhorn des Uterus vorliegt, so vermissen wir doch noch ein Desiderat, nemlich einen Fruchtsack.

An eine freie Bauchschwangerschaft kann nach dem ganzen Eindrücke des Präparats, speciell der Eibläse auch nicht von Weitem gedacht werden. Es muss also ein Eihälter bestanden haben. Die peripherische circuläre Endigung der Nebenhornsubstanz haben wir genau gekennzeichnet und hervorgehoben, dass sie als eine scharfe, zackige Linie sich markirt, ganz wie sie wohl durch eine Zerreißung des Gewebes bewirkt werden könnte. Bei dem Vorhandensein eines solchen Contour des Nebenhorns wird ferner die Annahme unmöglich, dass der Fruchtsack in der Ausdehnung der Eibläse unter dem Wachstumsdrucke seines Inhalts allmählich bis auf eine verdünnte und mit den Eihäuten verschmolzene Serosa atrophirt sein könne. Zweifellos ist also eine Ruptur des Fruchthälters eingetreten und demzufolge Placenta mit der Eibläse frei geworden. Nur die Zeit dieser Katastrophe

dürfte sich nicht genau feststellen lassen. Unter dem Expansionsdrucke der sich entwickelnden Placenta und Eibläse ist die Uterussubstanz an der Stelle des geringsten Widerstandes (d. i. also an der Hornspitze in der Gegend um die Tubenmündung) immer mehr geschwunden, bis schliesslich die Serosa frei dalag. Thatsächlich besteht auch der äusserste Saum der Nebenhornausbreitung nur aus fibrösem Gewebe. Bei noch weiter gehender Dehnung — vielleicht unter dem Einflusse einer Fluxion — kann endlich die Serosa schon einige Zeit vor dem Tode der Schwangeren geplatzt sein, ohne dass eine erhebliche Blutung aus der atrophischen Membran eintrat und merkliche Symptome machte. Ein etwaiges anamnestisches Moment können wir dafür nicht geltend machen; wohl aber spricht für jene Annahme das gegenwärtige Missverhältniss in der Grösse zwischen Nebenhorn und Placenta mit der Eibläse, das durch ein weiteres Auswachsen der letzteren nach der Ruptur bedingt wäre. Nach derselben stülpte sich nemlich der Inhalt des Fruchthälters plötzlich aus, während das contractile Gewebe der einer Spannung nicht mehr ausgesetzten Uteruswand bestrebt war, nach Möglichkeit gegen den Mittelpunkt des die Placenta tragenden Bodens in radiärer Richtung sich zusammenzuziehen. Darauf wuchs die Placenta fort; ihre fixirten Ränder konnten sich nur noch mehr umlegen, während ihre freie Fläche an Convexität zunehmen musste. So resultirte endlich eine typische Pilzhutform derselben. Immerhin muss aber hervorgehoben werden, dass das ihre ganze Masse durchsetzende Blut bei der Apoplexie ihr Volumen um ein Beträchtliches vermehrt und so zur Bildung ihrer charakteristischen Form wesentlich beigetragen hat; vor Allem mag dadurch die Furche zwischen dem centralen und peripherischen Theil des Nebenhorns hervorgebracht sein. Andererseits aber könnte man in der hämorrhagischen Füllung des Placentargewebes die ausschliessliche Ursache des vorhin erwähnten Grössenmissverhältnisses erblicken, und sonach die Ruptur des Fruchtsackes als unmittelbare Folge der placentaren Apoplexie auffassen. Dagegen könnten wieder die zarten, häutigen Anhängsel an der Serosa des rechten Uterushorns und des Douglas'schen Raumes sowie an den Eihäuten zur Unterstützung der ersten Annahme in die Wagschale gelegt werden und zwar mit der Bedeutung von Resten vorher bestandener Adhäsionen der Eibläse, die durch das Extravasat in die Bauchhöhle zerrissen worden wären.

Resumire ich nach der von Dr. Kollatscheck gegebenen genauen Beschreibung die Haupteigenthümlichkeiten unseres Präparats, so ist auch für mich kein Zweifel, dass wir eine Schwangerschaft in einem rudimentären Gebärmutterhorn, nicht eine interstitielle Schwangerschaft, am allerwenigsten aber eine einfache Graviditas tubaria vor uns haben, wie solche von mir in viva angenommen worden war.

Genügende Beweisstücke für die Richtigkeit der anatomischen Diagnose sind für mich kurz folgende:

1. Unser rechtsseitiger Uterus (A der Abbildung) ist ein ächter, rechter Ut. unicornis mit allen Desideraten, wie solche Rokitansky, Förster etc. in ihren Lehrbüchern der pathologischen Anatomie und Kussmaul in seinem citirten classischen Werke hinstellen: „er hat die walzenförmige, langgezogene Form, die seitliche Inflexion; aus der nach rechts gerichteten Spitze seines oberen umgebogenen Endes entspringen — in normalen räumlichen Abständen von einander — die rechte Tube, das rechte runde Mutterband und das rechte Lig. ovarii mit seinem Eierstock (cf. Bericht).

2. Der mit dem rechten einhörigen Uterus durch ein Verbindungsband (C der Abbildung) zusammenhängende linke musculöse Körper (B der Abbildung) ist der Körper eines verkümmerten Nebenhorns und zwar aus folgenden Gründen:

a) seine organische Structur weist alle Elemente eines Uterus und speciell an der Verbindungsstelle mit der aufsitzenden Placenta die charakteristische Gewebsmetamorphose eines schwangeren Uterus auf;

b) aus ihm entspringen linke Tube, linkes rundes Mutterband und linkes Lig. ovarii mit dem zugehörigen Eierstock in dem normalen gegenseitigen Verhältniss;

c) die vollständig durchgängige linke Tube hat gleiche Länge mit dem Eileiter des rechten Horns; ihre Uterin-Einsenkung findet sich bald unterhalb der zackigen Rissstelle der das fragliche Uterus-Rudiment überkleidenden Serosa (siehe d. Abbildg.)¹⁾;

d) die Musculatur des fraglichen Körpers verdünnt sich sehr

¹⁾ Kussmaul l. c. S. 166: „Die Rissöffnung des geschwängerten Nebenhorns fand sich in allen Fällen in der Nähe und über der Einsenkungsstelle des Eileiters also entsprechend der Hornspitze, d. i. der Gegend, wo die Wandungen bei der ungeschwängerten einhörigen Gebärmutter am dünnsten sind.“

schnell und sehr bedeutend in der Richtung nach der Placentar-Peripherie, um sich endlich ganz zu verlieren ¹⁾).

3. An der linken convexen Seite der rechten Gebärmutter und zwar nicht in der Höhe der rechten Tuben-Insertion, sondern bald über dem Cervix (siehe Abbildg. u. cf. Bericht) entspringt ein etwa 8 Cm. langes Verbindungsband, das selbst leichte Züge glatter Muskelfasern enthaltend nach links binzieht, zu dem fraglichen Uterusrudiment-Körper gleichsam anschwillt und einen nach beiden Seiten verschlossenen Kanal enthält (cf. Bericht) ²⁾).

4. Entsprechend der mangelhaften Ausbildung der linken Uterushälfte ist die linke Plica Douglasii „bis zum Verschwinden abgeflacht,“ während die rechte Douglas'sche Falte „normal ausgeprägt“ ist (cf. Bericht).

Der Umstand, dass rechte und linke Tube in gleicher Länge vorhanden sind, schliesst eo ipso die Annahme einer einfachen Graviditas tubaria aus.

Könnte aber unser Präparat als eine interstitielle Schwangerschaft mit polypöser Hervorziehung der Uterussubstanz gedeutet werden, analog der von Virchow beschriebenen sogenannten polypösen ³⁾ Schwangerschaft? Gegen diese Annahme spricht vor Allem der im Verbindungsbande constatirte 5 Cm. lange Kanal und zwar deshalb: Gesetzt, es geht die Entwicklung des befruchteten Eies in, dem die Uterussubstanz durchsetzenden kurzen Theile der Tube vor sich, so muss füglich angenommen werden, dass dieser ganze inter-uterine Tubenabschnitt zur Bildung der Eihöhle verwendet wird. Wenn aber so der ganze inter-uterine Tubenabschnitt zur Bildung des Fruchthälters verbraucht wird, so muss — wenn es vorkommt, dass das von unten nach oben wachsende Ei die Uterussubstanz zu einem (in unserem Falle 8 Cm. langen) Strange auszieht ⁴⁾ — dieser Strang auch nothwendiger-

¹⁾ Kussmaul l. c. S. 166 fährt in Betreff des geschwängerten Nebenhorns weiter fort: „Im Umfange der Rissstelle erschien nach der einstimmigen Angabe aller Untersucher die Wand des Fruchtsackes ausserordentlich verdünnt.“

²⁾ Den Nexus zwischen Uterusrudiment und einhornigen Uterus betreffend siehe Rokitansky, patholog. Anatomie. 1861. Bd. 3. S. 447.

³⁾ Virchow, Gesammelte Abhandlungen. 1856. S. 805.

⁴⁾ Ich halte es für wahrscheinlicher, dass bei interstitieller Schwangerschaft, wenn der wachsende Fruchthälter seiner Ausdehnung wegen das kleine Becken verlässt und nach oben sich erhebt, der ganze Uterus — sofern er durch

weise solide sein. Gegen die Annahme einer interstitiellen, im Virchow'schen Sinne polypösen Schwangerschaft spricht ferner auch die Thatsache, dass das Verbindungsband (Cf. d. Abbildg.) nicht correspondirend mit der rechten Tube an den oberen Abschnitt des rechten Uterus, sondern über dessen innerem Muttermunde an den unteren Abschnitt des Uterus-Körpers herantritt.

Die Frage, ob bei Schwängerung des Nebenhorns der Bildungsfehler der Gebärmutter an der Lebenden erkannt werden könne, beantwortet Kussmaul in seinem citirten Werke, S. 168, in folgenden Worten: „Bei Schwängerung des Nebenhorns ist es unmöglich zu bestimmen, ob Schwangerschaft in einem verkümmerten Uterushorn oder ausserhalb der Gebärmutter vorhanden sei und selbst die Erkenntniss des ungeschwängerten Horns als solchen wird erschwert oder ganz unmöglich gemacht durch die beträchtliche Anschwellung, Form und Lageveränderung, die es zugleich erleidet.“

Dauer, Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft in einer verkümmerten Uterushälfte — darf man hinzufügen — stimmen übrigens so sehr mit Dauer, Verlauf und Ausgang der Eileiterschwangerschaft (Tuben- und Tubouterinschwangerschaft zusammen genommen) überein, dass man behaupten kann, erstere werde an der Lebenden wohl stets als letztere, nicht aber als „freie Bauchhöhlenschwangerschaft“ diagnosticiert werden. Eine Ausnahme machen diejenigen vereinzeltten Fälle von Schwangerschaft in einem rudimentären Gebärmutterhorn, bei denen es in früheren oder späteren Monaten der Gravidität und unter Fortbestand des mütterlichen Lebens zu Lithopädonbildung kommt. Diese Fälle werden ebenso wie Tubenschwangerschaften gleichen Ausgangs sich so wenig während ihrer Dauer und ihres Verlaufs von einer Graviditas abdominalis oder Grav. ovarica unterscheiden, dass sie von diesen letztgenannten während des Lebens der Kranken überhaupt nicht werden zu unterscheiden sein.

Damit der Leser sich selbst ein diesbezügliches Urtheil bilden könne, lasse ich eine schematische Uebersicht aller jetzt bekannten Fälle von Schwangerschaft in rudimentären Uterushörnern folgen:

Adhäsionen nicht fixirt ist — ebenso elevirt werde, als dies der Fall ist bei grossen intraparietal gelegenen Uterusmyomen oder selbst auch bei in nächster Nähe des Uterus entstandenen, mit ihm secundär eng-verwachsenen Geschwülsten, sobald dieselben eine Grösse erreicht haben, die ihr Verweilen im kleinen Becken nicht mehr gestatten.

| | Namen der Beobachter. | Schwangerschaftsdauer nach der Anamnese. | Ausgang. | Dauer der tödtlichen Symptome. | Bemerkungen. |
|-------|-----------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| I. | Dionis | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in 25 Stunden. | |
| II. | Canestrini | 4 Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in 10 Stunden. | |
| III. | Pfeffinger u. Fritze | Das Kind starb im 5. Monat ab, trockenete ein, der Fruchtsack verschmolz mit den Eihüllen, wurde narbig fest und theilweise verkalkt. Erst nach 30 und einigen Jahren verjauchte der Inhalt und trat Tod durch Pyämie ein.“ | | | |
| IV. | Tiedemann u. Czihak | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | der Tod erfolgte „sehr rasch.“ | |
| V. | Joerg und Güntz | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in 16 Stunden. | |
| VI. | Drejer | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in etwa 12 Stunden. | |
| VII. | Ingleby | 4 Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in 18 Stunden. | |
| VIII. | Heyfelder | 2½ Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in etwa 8 Stunden. | |
| IX. | Rokitansky | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | und zwar „plötzlich“. | |
| X. | v. Scanzoni | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | und zwar „sehr rasch“. | |
| XI. | Behse | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | und zwar „plötzlich“. | |

| | Namen der Beobachter. | Schwangerschafts- dauer nach d. Fötus- Anamnese, alter. | Ausgang. | Dauer der tödtlichen Symptome. | Bemerkungen. |
|--------|-----------------------|--|--|---|--|
| XII. | Ramsbotham | nicht ganz 4 Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | ? | |
| XIII. | Virchow | ? | „Während der Schwangerschaft starb die Kranke plötzlich unter den Erscheinungen der Ruptur.“ | • | Ut. unicornis dexter — schwang, linkes Neben- horn. — Verbindungsband ohne Kanal. — Corp. lut. im linken Ovarium. — Transmigratio seminis extrauterina. |
| XIV. | Rosenburger | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in wenig Stunden. | Ut. unic. sin. — geschwängertes rechtes Neben- horn — Verbindungsband ohne Kanal — Corp. lut. im rechten Ovarium. — Transmigratio seminis extrauterina. |
| XV. | Luschka | — | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in kurzer Zeit. | |
| XVI. | W. Turner | 3 Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | die Kranke starb „plötzlich unter Collaps.“ | Ut. unic. dexter — linkes Nebenhorn schwanger — Verbindungsband ohne Kanal — Corp. lut. im linken Ovarium. — Transmigr. semin. extrauterina. |
| XVII. | W. Turner | — | Am rechtzeitigen Ende der Grav. trat bei lebendem Kinde die Geburt ein — nach 3 Tagen hörten die Wehen wieder auf. — Das Kind starb ab und wurde zum Steinkinde. — Die Frau starb 4 Jahr später an Phthisis. — Bei der Section fand man den Fötus im unverletzten Nebenhorn. | | |
| XVIII. | Day (Turner) | — | nur im Citat vorhanden: Ut. unicornis sin. cum rudim. corn. sin. — Grav. corn. sin. | | |
| XIX. | Stoltz | — | nur im Citat vorhanden: Ut. unicornis dext. cum rudim. corn. sin. — Grav. corn. sin. | | |
| XX. | Unser Fall | mindestens 4 Monat | Tod durch Ruptur und innere Blutung | in 90 Stunden. | |

Sehen wir von Fall No. XVIII (Day) und No. XIX (Stoltz) ab, da sie eben nur im Citat vorhanden sind und deshalb Angaben über Dauer der Schwangerschaft etc. nicht enthalten, so erfolgte in den übrigen 18 Fällen 2mal Lithopädonbildung und 16mal ein meist sehr rascher Tod durch Ruptur und innere Verblutung in durchschnittlich früher Schwangerschaftszeit.

Der Tod erfolgte 2mal im 3. Monat d. Schwangerschaft,

7mal im 4. Monat -

3mal im 5. Monat -

2mal im 6. Monat -

im Fall No. XIII fehlt die Angabe der Schwangerschaftszeit, in welcher die tödtliche Catastrophe eintrat. —

In physiologischer Beziehung bietet unser Fall noch ein ganz besonderes Interesse und reiht sich nach dieser Richtung hin an die Beobachtungen von Virchow, Rosenburger und W. Turner (No. XIII, XIV und XVI des Schemas). Gleich diesen ist er ein thatsächlicher Beweis für das Vorkommen einer Transmigratio seminis extrauterina.

Wie der Bericht sagt, war in dem Verbindungsbande (Cf. d. Abbildg.) ein Kanal allerdings vorhanden; derselbe erreichte aber nicht den rechten entwickelten Uterus, sein abgestumpftes rechtes Ende war vielmehr noch 2 Cm. von demselben entfernt. Eine Communication des linken rudimentären Horns mit dem rechten Uterus war somit nicht nachweisbar. Anzunehmen, dass vor der Schwängerung eine solche Communication bestanden haben könne, dieselbe nur in Folge des Schwangerschaftsprozesses durch Obliteration des betreffenden Kanalstücks verloren gegangen sei, verbietet der Umstand, dass die dem eigentlichen Fruchtsack näher gelegene Kanalstrecke „durchgängig“ (s. r. r.) gefunden wurde.

Lesen wir weiter im Bericht, dass beide Tuben durchgängig sind, dass sich im rechten Eierstock nur narbige Reste falscher gelber Körper vorfinden, während das linke Ovarium das der Fötusentwicklung entsprechende wahre Corpus luteum enthält, so entsteht die Frage, wie kam die Befruchtung und resp. die Schwängerung des linken Nebenhorns zu Stande?

Die gegebenen anatomischen Verhältnisse des Präparats zwingen uns — wie in den erwähnten 3 Fällen — zu der Annahme, dass das Sperma die einfache Scheide, den entwickelten Uterus, dessen

zugehörige Tube passiert habe und nach extrauteriner Wanderung quer durch die Bauchhöhle hindurch zu dem Eierstock der anderen Seite hinübergelange zu einer Zeit, wo nach eben eingetretener Dehiscenz eines Follikels ein reifes Ei sich löste, das „befruchtet“ dann in normaler Weise dem Nebenhorn von seiner Tube zur Weiterentwicklung zugeführt wurde. Bestimmt sagen zu wollen, wer dem wandernden Sperma auf dem unsichern Wege quer durch die Unterleibshöhle von dem freien abdominalen Ende der rechten Tube zum Ovarium der andern Seite Führer gewesen, wäre bei dem heutigen Stande unseres Wissens noch zu viel gewagt. Vorläufig müssen wir zur Deutung des Vorgangs dieser *thatsächlich* nicht zu bezweifelnden Transmigratio seminis extrauterina uns an die bekannte O. Becker'sche Theorie halten, die auch für eine Erklärung der Art und Weise des Zustandekommens der extrauterinalen Ueberwanderung des Eies zur Zeit allgemein geläufig ist. Kussmaul hat in einem grösseren Aufsätze im 20. Bande d. Monatsschrift f. Geb.-Kunde: „Weitere Beiträge zur Lehre von der Ueberwanderung des menschlichen Eies“ über die von F. Müller angebahnte und von O. Becker weitergeführte Theorie der Flimmerströmung als Ursache der Einleitung des Eies in die Tube sich so erschöpfend und so mit voller Berücksichtigung ihrer Anwendung zur Erklärung des Vorgangs der extrauterinen Ei-Ueberwanderung ausgesprochen, dass es genügt, auf diesen Aufsatz selbst hingewiesen zu haben.

Breslau im November 1872.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel IV.

A Rechtes entwickeltes Uterushorn. a Körper desselben. b Vaginalportion und äusserer Muttermund. c Scheide. d Rundes Mutterband. e Tube. f Eierstock. g Contour der abgetrennten Serosa. B Linkes rudimentäres Uterushorn. a' Körper desselben. d' Rundes Mutterband. e' Tube. f' Eierstock (sein Ligament ist punctirt angegeben). c. l. Corpus luteum verum. C Verbindungsband. k Kanal. D Placenta. s Furche zwischen B und D. t Contour der Nebenhornausbreitung. ch Chorionstück mit apoplectischem Infarct und wahrscheinlicher Rupturstelle.