III. Ruptura uteri; Laparotomie; Genesung.

Von Dr. A. Koettnitz in Zeitz.

Die 29jährige Tischlerfrau Minna Schmidt in Zeitz war in ihrer Jugend rhachitisch gewesen. Erst Ende des 3. Lebensjahres lernte sie laufen, blieb aber bis in die Pubertätszeit hinein ein blutarmes, schwächliches Geschöpf. Anfang des 20. Jahres wurde sie menstruirt, mit dem 21. verheirathete sie sich.

Ihre erste Entbindung, ein Jahr nach ihrer Verheirathung, war angeblich eine schwere gewesen. Sie wurde mit der Zange, die mit grosser Kraft gebraucht, einen ausgedehnten Dammriss verursachte, von einem todtten, aber erst während des Kreissens abgestorbenen Knaben entbunden. Das Wochenbett verlief gut.

Die zweite Entbindung, zwei Jahre später, soll wiederum sehr schwer gewesen sein. Nach mehreren Zangenversuchen musste zur Perforation und

Kephalotrypsie geschritten werden. Nach 14 Tagen war die Wöchnerin wieder auf den Beinen, doch stellte sich kurz darauf Harträufeln aus der Scheide und Stuhlbeschwerden ein. Ein Vierteljahr darauf wurde Patientin in der Halle'schen Klinik vom Geheimrath Olshausen operiert.

Nach zwei Jahren abortierte Frau Schmidt Ende des 2. Monats. Sie verlor viel Blut und musste circa zwei Wochen das Bett hüten.

Ueber die letzte Schwangerschaft lässt sich Folgendes berichten:

Ende October vorigen Jahres (1886) waren die Menses zum letzten Male dagewesen. Ende December hatten sich noch einmal Spuren von blutig-wässriger Flüssigkeit gezeigt. Von dem lebhaften Wunsche beseelt, womöglich ein lebendes Kind zu erhalten, consultirte mich Frau Schmidt schon im März dieses Jahres. Die Untersuchung ergab Gravidität im 5. Monat. Die Beckenmaasse waren folgende:

Conjug. diag. = 10,0 cm
Cr. ilei = 27,5 „
Sp. ilei = 24,0 „

Die Körperlänge betrug 1,58 m. Die Frau war anämisch, aber all' ihre Bewegungen frisch und kräftig. Auf Grund der Antecedentien und des Beckenbefundes schlug ich künstliche Frühgeburt in der Halle'schen Klinik vor, mit dem Bemerkten, sich jetzt schon in Halle vorzustellen, um zum rechten Zeitpunkt Aufnahme zu finden. Der Vorschlag wurde acceptirt. Herr Dr. Thorn — jetzt Secundärarzt an der Berliner Frauenklinik — sah die Notizen im Krankenjournal ein, untersuchte die Gravida und bestellte sie für Ende Juni wieder. Aber schon Mitte Mai begab sich Frau Schmidt wiederum zur Untersuchung nach Halle. Mag nun die Reise und die Aufregung oder sonst etwas Schuld sein, kurz, am 18. Mai trat die Katastrophe ganz unvermuthet ein.

Früh 2 Uhr begannen die Wehen; früh 6 Uhr wurde die Hebamme geholt, die keine Spur von Oeffnung vorfand. Da der Termin erst zwei Monate später war, glaubte sie nur an Leibweh, das durch Erkältung hervorgerufen. Wehen vortäuschte, gab ein Klystier und ging wieder, mit der Weisung, im Nothfalle zum Arzt zu senden. Gegen 8 Uhr hatten nun die Wehen eine excessive Höhe erreicht. Die Kreissende hatte aus Leibeskräften gepresst und geschrien. Um 10 Uhr wurde ich bestellt. Eine halbe Stunde darauf angekommen, fand ich die Kreissende in einem desolaten Zustande. Das Gesicht war verfallen, leichenblass, der Puls war kaum zu fühlen und sehr frequent. Die Kreissende war unruhig und klagte über den Leib.

Bei der Untersuchung per vaginam fühlte man nichts von einer Portio, nichts von einem Muttermund; mühsam erreichte der Finger hoch oben und hinten eine kuppenförmige, strahlend eingezogene Vertiefung. Eine eigentliche Oeffnung war nicht zu constatiren, trotzdem Blutspuren dem Finger anhafteten und anscheinend auch bis zur Vulva geflossen waren. Der Kopf lag lose auf dem Becken auf; die äussere Hand, die prüfend über das Abdomen strich — jede Berührung übrigens entlockte der Kreissenden Schmerzenslaute — fühlte von links her deutlich den ausgedehnten Uterus, aber rechts neben dem Fundus ebenso deutlich eine Vorbucklung, ein Kindesbein, das genau als solches abgetastet und mit den Bauchdecken erfasst werden konnte.

Kein Zweifel, es handelte sich um eine Uterusruptur, um eine Uterusruptur bei einer Kreissenden, die erst im 7. Monat der Schwangerschaft sich befand und einen, anscheinend narbigen Verschluss des äusseren Muttermundes bei einem rhachitisch verengten Becken hatte.

Ich schlug sofort Laparotomie als einziges Rettungsmittel vor, verhehlte aber nicht, dass die Hoffnung auf einen günstigen Ausgang gering wäre. Der Vorschlag wurde angenommen. Es handelte sich nun darum, so schnell wie möglich die allernöthigsten Instrumente und Verbandmaterialien und vor Allem mindestens zwei Collegen zur Hülfe herbeizuholen. Ersteres war bald besorgt, aber die Collegen waren um diese Zeit sämmtlich auf Praxis. Endlich nach qualvollem halb- bis dreiviertelstündigen Warten konnte mit den beiden Collegen¹⁾ Kreisphysikus Dr. Schaffranek und Dr. Otto zur Operation geschritten werden.

Das Abdomen wurde mit Bürste und Seife gereinigt, die oberen Schamhaare abrasirt, das ganze Operationsfeld mit starker Carbollösung überwaschen. Unter Narkose wurde der Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis einige Centimeter oberhalb der Symphyse geführt. Ein collossaler Strom von Blut und Fruchtwasser schoss uns entgegen. Der Uterus wurde ein wenig nach links verschoben, das Bein erfasst und das Kind extrahirt. Der Uterus zog sich sofort rapid zusammen, so dass die Entfernung der Placenta und Eihäute unsäglich mühsam in dem Blutsee zu bewerkstelligen war. Es war eine peinliche Situation. Mit einem in Carbolwasser getauchten Handtuch wurde das Netz, das prolabirt war, zurückgeschoben; es quoll Blut über Blut aus dem eröffneten Abdomen; und dabei diese Schwierigkeiten mit der Entfernung der Placenta und Eihäute! Der Uterus schien nämlich links unten durch perimetritische Adhäsionen gefesselt zu sein. So gelang es nicht, den Riss zur Ansicht oder deutlichen Palpation zu bringen. Endlich glückte es mir, dem Verlauf der Nabelschnur folgend, mich gleichsam in den Uterus einzubohren und Placenta nebst Eihäuten zu Tage zu fördern.

Aber noch eine Schwierigkeit war zu überwinden. Wir mussten Abfluss für die Lochien schaffen, also den narbigen Verschluss des Muttermundes zu beseitigen suchen. Während nun der eine College den Uterus im Abdomen fest comprimirte, ging ich per vaginam ein und bohrte mich mit dem Finger durch die kuppenförmige Vertiefung in die Uterushöhle ein. Dabei konnte ich rechts die Rissstelle als Circulärruptur erkennen. Wir schlossen jetzt möglichst schnell die Bauchwunde. Die Fäden (Seide 5) waren mit zwei Nadeln armirt, so dass beide Collegen von innen nach aussen, während meine Hand mit einem Schwamm die Intestina zurückhielt und deckte, über dieser Hand mit grösster Schnelligkeit nähen konnten. Im untern Wund-

¹⁾ Beide Collegen haben bei der Operation wie bei der Nachbehandlung Last und Arbeit redlich mit mir getheilt. Ihnen an dieser Stelle meinen wärmsten Dank!

winkel wurde ein fingerdickes Drain, das vom Irrigatorschlauch abgeschnitten und mit heissem Carbolwasser gebrüht worden war, eingelegt und nach aussen mit U förmiger Krümmung zwischen die Schenkel geleitet, also das Princip der Pasteur'schen U-Röhren berücksichtigt. Die Bauchwunde wurde mit Jodoform bepudert, etwas Krüllgaze und Wundwatte darauf gelegt, der Leib dann mit einer Gummibinde, die oberhalb des Uterus sehr fest angezogen wurde, um mechanisch eine Ausdehnung der Gebärmutter zu verhindern, umwickelt. Das Drain, das zwischen den Schenkeln frei endete, wurde mit Jodoformkrüllgaze umhüllt und mit den Schenkeln, der Genital- und Glutäalgegend in eine dicke Lage von Sublimatholzwolle versenkt.

Die Patientin, die während der ungefähr halbstündigen Operation völlig collabirt und fast pulslos dagelegen hatte, erholte sich nach Schluss der Bauchwunde überraschend schnell.

Der Puls war zwar sehr frequent und klein, aber doch wenigstens zu fühlen. Aetherinjectionen, Einflüssen von Wasser mit Aether thaten das Uebrige. Um eine Relaxation der Gebärmutter, somit die Gefahr neuer Blutung zu verhüten, wurde Secaledecoc mit Säure, um die Darmbewegungen einzuschränken, Opiumtinctur ordinirt; des enormen Blutverlustes wegen fleissig Flüssigkeiten zu reichen, den Angehörigen eingeschärft.

Abends 8 Uhr war die Temperatur 37,2, Puls noch sehr klein und frequent, Allgemeinbefinden leidlich. Bedenken erregend waren die Klagen über Unterleibsschmerzen und das Erbrechen, das freilich schon vor der Operation dagewesen war. Wir waren pessimistisch gestimmt. Acute Sepsis schien uns unvermeidlich. Aber es ging besser, als wir erwarten konnten.

Am nächsten Tage war die Temperatur früh und Abends normal, der Puls leidlich kräftig. Nur das fatale Brechen machte uns viel zu schaffen. Durch Darreichung von Cocaïnlösung und Eispillen, durch Morphium-Atropininjectionen gelang es wenigstens eine geringe Nahrungsaufnahme möglich zu machen. Am besten vertragen wurde einfaches Bier, das mit Eiern verquirlt späterhin literweise getrunken wurde.

Am 21. Mai war die Temperatur früh 37,3, Mittags 38,2, Abends nach Frostschauern 39,0. Allgemeinbefinden war leidlich. Urin wurde ohne alle Beschwerden, der Stuhl aber öfter und unbewusst entleert.

Am 22. früh war die Temperatur 39,1. Mittags wurde der Verband zum ersten Male gewechselt. Gaze und Watte waren reichlich mit Blut durchtränkt; das Drain wurde entfernt und durch einen Jodoformgaze-streifen ersetzt. Die Holzrolle war jeden Tag öfter entfernt worden. Sie war stets durch die aus Drain und Scheide fliessenden Secrete sanguinolent gefärbt. Stets war sie geruchlos, und sie bewährte sich in unserem Falle als ein ausgezeichnetes Resorbens und Desinficiens.

Patientin wurde nun vorsichtig auf einen Volkmann'schen Heberahmen und in ein reines Bett gehoben, da das von Blut, Urin und Faeces verunreinigte Lager die grössten Gefahren betreffs Infection bieten musste. Trotz des vorsichtigsten Hebens trat ein leichter Collaps ein, der allerdings nur kurze Zeit anhielt. Jetzt war nun die Behandlung eine leichte und relativ günstige. Da die Diarrhoe durch einige Opiumdosen gehoben war, konnten die Darmentleerungen durch eine Bettschüssel aufgefangen, die Holzrolle also in einem leidlich reinlichen Zustande erhalten werden. Die Temperatur betrug Abends 39,5.

Am 23. Mai früh 39,0; Mittags 38,8; Abends 39,0.

Am folgenden Tage früh 38,8 Abends 38,9

Am 25. Mai	„	38,0	„	38,5
„ 26. „	„	38,4	„	39,1
„ 27. „	„	38,6	„	39,6
„ 28. „	„	38,7	„	39,7
„ 29. „	„	38,5	„	39,1
„ 30. „	„	38,9	„	39,0
„ 31. „	„	38,7	„	38,5
Am 1. Juni	„	38,3	„	38,7
„ 2. „	„	38,1	„	38,5
„ 3. „	„	38,2	„	38,4

Späterhin schwankten die Temperaturen früh zwischen 37,0—37,5, Abends zwischen 37,5—38,0; schliesslich waren sie völlig normal.

Der weitere Verlauf war kurz folgender:

Der Gazestreifen wurde am 23. Mai wieder durch ein kurzes Drain ersetzt, dies späterhin aber, da die Secretion gleich Null war, einfach entfernt. Am 7. Tage nach der Operation wurden die Nähte entfernt, die Stichcanäle eiterten etwas. Als das Lochialsecret überreichend wurde, ein rechtsseitiges festes Exsudat auftrat — am 26. Mai —, wurden Ausspülungen mit einer Lösung von übermangansaurem Kali vorgenommen. Der Boze-mann-Fritsch'sche Katheter führte nach rechts, anscheinend in das Cavum abdominis, hinein. Das Exsudat ging von Tag zu Tag zurück, zumal als warme Soolumschläge stundenweise applicirt wurden. Nach vier Wochen konnte Patientin das Bett mit dem Sopha vertauschen, eine Woche später, also fünf Wochen nach der Operation, frei umhergehen. Jetzt ist sie völlig arbeitsfähig; sie rennt und springt wie früher umher.

Merkwürdig ist in unserem Falle die Ruptur im siebenten Schwangerschaftsmonat. Als ätiologische Momente sind heranzuziehen die narbige Conglutinatio orificii uteri, die vorausgegangenen metritischen und perimetritischen Affectionen, also alles Folgen der überstandenen schweren Entbindungen, die ihrerseits wieder durch das enge, rhachitisch veränderte Becken bedingt waren.

Der wunderbar günstige Ausgang ist in erster Linie der zähen Natur der Patientin zu verdanken. Denn bei dem von Blut und Fruchtwasser erfüllten Bauchraum war von sauberer Toilette nicht die Rede, bei der in enger Kammer ohne alle Vorbereitungen vorgenommenen Operation von strenger Antisepsis nicht zu sprechen.