Aus der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses
Bethanien in Berlin. (Chefarzt: Prof. Dr. Martens.)
**Ein Fall von spontaner Uterusruptur in
der Schwangerschaft.¹⁾**

Von Dr. Fritz Sieber, Assistenzarzt.

Uterusrupturen können in allen Stadien der Gravidität vorkommen; sie sind bisher in allen Schwangerschaftsmonaten, abgesehen vom ersten Monate, beobachtet und beschrieben worden. Immerhin sind sie jedoch, namentlich Fälle von reiner spontaner Ruptur, wie ich in folgendem einen beschreiben möchte, so selten, daß es sich verlohnen dürfte, jeden einzelnen in der Literatur niederzulegen.

Am 22. Juni 1910 wurde in das Krankenhaus Bethanien eine 23-jährige Frau in moribundem Zustande eingeliefert. Sie hatte bisher zwei Partus durchgemacht und war jetzt im fünften Monate gravide. Nach bisherigem vollkommenen Wohlbefinden setzten plötzlich vor 1½ Tagen heftige kolikartige Schmerzen ein, die durch den ganzen Leib zogen und dauernd anhielten. Der hinzugezogene Arzt konstatierte starke Druckempfindlichkeit des Leibes, die eine genaue bimanuelle Untersuchung ihm nicht ermöglichte; es bestand kein Fieber, innerlich

¹⁾ Demonstriert in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 8. Mai 1911. (Diskussion S. 1720.)

ließ sich ein leicht geöffneter Muttermund sowie geringe Blutung feststellen, sodaß der Arzt die Diagnose auf beginnenden Abort stellte. Trotzdem er angeordnet hatte, bei eintretender Verschlimmerung sofort benachrichtigt zu werden, wurde er erst nach etwa 24 Stunden wieder geholt, fand die Frau fast moribund und ordnete ihre sofortige Ueberführung ins Krankenhaus an, wo sie aber auch erst einige Stunden danach mit der Diagnose Peritonitis eingeliefert wurde. Blasenwasser war in der Zwischenzeit nicht abgegangen, auch Blut hatte sich aus der Scheide nur sehr wenig entleert. Trotzdem machte die Frau den Eindruck einer vollkommen Ausgebluteten. Das Gesicht war wachsbleich, eingefallen, die Gesichtszüge ängstlich, die Stirn mit kaltem Schweiß bedeckt, die Extremitäten kalt, der Puls nicht fühl- und zählbar, die Herztöne außerordentlich leise, die Atmung oberflächlich, stark beschleunigt, mit deutlich zunehmendem Lufthunger. Der Bauch war stark aufgetrieben, gab lauten tympanitischen Perkussionsschall. Die Bauchdecken waren ziemlich weich. Etwas unterhalb des Nabels fühlte man eine größere Resistenz, Kindsteile waren deutlich unterhalb und rechts vom Nabel fühlbar. Der Muttermund zeigte sich für eine Fingerkuppe durchgängig.

Differentialdiagnostisch kam für uns in erster Linie eine Uterusruptur in Frage, wenn man annahm, daß die unterhalb des Nabels gefühlte große Resistenz dem Uterus entspräche, weniger wahrscheinlich war eine geplatzte Extrauterin gravidität; doch konnte eine sichere Diagnose wegen des aufgetriebenen Leibes, der eine genaue Palpation nicht zuließ, sowie wegen des elenden Allgemeinbefindens nicht gestellt werden. An einen operativen Eingriff war mit Rücksicht auf den moribunden Zustand der Patientin nicht mehr zu denken. Trotz Herzexzitationen und Kochsalzinfusionen, die wir ausnahmsweise in diesem Falle als letztes Mittel versuchten, sonst aber in solchen Fällen auch erst während oder nach der Operation anzuwenden pflegen, starb die Frau etwa eine Stunde nach der Aufnahme.

Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Sektion fandensich über zwei Liter teils flüssiges, teils geronnenes Blut in der Bauchhöhle. Die Serosa der etwas geblähnten Darmschlingen zeigte stellenweise einen ganz zarten, fibrinösen Belag. Der im fünften Monat gravide Uterus weist einen großen, über die Höhe des Fundus verlaufenden, die ganze Fundusbreite einnehmenden Querriß auf, der mitten durch die Plazentastelle hindurchgeht. Durch diesen Riß ist nicht nur der 27 cm lange Foet hindurchgetreten und liegt nun innerhalb der unversehrten Eihüllen in der freien Bauchhöhle vor dem Uterus, sondern auch die Plazenta hat sich durch den Riß zu etwa $\frac{3}{4}$ ihrer Masse hindurchgepreßt, sodaß nur noch der vierte Teil von ihr ins Uteruslumen hineinragt. Scheide und äußere Genitalien sind vollkommen intakt, ohne jede Spur einer Verletzung, auch die Sektion der übrigen Organe ergibt normalen Befund.

Wie schon eingangs erwähnt, können Uterusrupturen in allen Schwangerschaftsstadien vorkommen, nur im ersten Schwangerschaftsmonate ist anscheinend bisher noch keine beobachtet worden. Baisch¹⁾, der aus der Literatur 78 Fälle von Uterusruptur in der Gravidität zusammenstellte, fand folgende Verteilung auf die einzelnen Schwangerschaftsmonate: Es ereigneten sich im 2. Monate 2 Fälle, im 3. 7, im 4. 12, im 5. 10, im 6. 11, im 7. 7, im 8. 6, im 9. 6, im 10. 12 und unbestimmt 5 Fälle.

Was das Zustandekommen der Ruptur anbelangt, so finden wir in mindestens dem vierten Teile aller Fälle als Ursache ein Trauma angegeben, und zwar meist ein indirekt wirkendes Trauma, wie Fall auf die Füße, auf Rücken und Gesäß etc. Auch das Heben einer schweren Last, starkes Pressen beim Stuhlgange ist in einzelnen Fällen angeschuldigt worden. In allen übrigen Fällen läßt sich dagegen von irgendeinem Trauma nichts feststellen. Auch in unserem Falle ist von einem solchen keine Rede, ebenso läßt sich hier eine direkte Verletzung durch kriminelle Abtreibungsversuche vollkommen ausschließen; schon der Sitz des Risses spricht bei den vollständig intakten Eihüllen mit Sicherheit dagegen. In einem weiteren Teile der Fälle fand sich als Ursache der Ruptur eine gröbere pathologische Veränderung des Uterus, z. B. myomatöse und karzinomatöse Neubildung, oder auch eine angeborene Mißbildung, wie Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn. Von allen diesen leicht greifbaren Ursachen ist, wie in einem größeren Teile der bisher beschriebenen Fälle, auch in unserem Falle nicht die Rede; hier handelt es sich vielmehr um spontane, anscheinend ohne nachweisbare Ursache auftretende Rupturen.

Man hat natürlich auch in solchen Fällen nach einer Ursache gesucht, da nicht ohne weiteres anzunehmen ist, daß ein vollkommen normaler Uterus ohne jede Veranlassung in

der Schwangerschaft zur Ruptur kommen kann. Als wichtig haben sich nun in dieser Beziehung die anamnestischen Erhebungen, namentlich über den Verlauf eventueller früherer Geburten erwiesen. Denn in einem großen Teile der bisher unerklärlichen Fälle hat man eine während einer früheren Geburt erlittene Verletzung nachweisen können, die zur Narbenbildung innerhalb der Uterusmuskulatur Veranlassung gab. Als solche narbenbildende und dadurch zu späteren Uterusrupturen disponierende Momente hat man neben den in dieser Beziehung wichtigsten Kaiserschnitten noch tiefe Zervixrisse und -schnitte, Verletzungen bei Zangengeburt, durch Kurettement und durch manuelle Plazentarlösungen gefunden. Alle solche früheren Geburtstraumen können zu einer Narbenbildung im Bereiche der Uterusmuskulatur führen und bedingen dadurch eine Verdünnung der Gebärmutterwand und eine erhebliche Herabsetzung ihrer Widerstandsfähigkeit im Verlaufe späterer Schwangerschaften. Und wenn auch erfahrungsgemäß das Narbengewebe allmählich wieder durch neu sich bildendes Muskelgewebe ersetzt zu werden pflegt, so bildet doch die betreffende Stelle für längere Zeit einen Locus minoris resistentiae in späteren Schwangerschaften, zumal wenn sich die Plazenta im Bereiche der narbig veränderten Stelle ansiedelt. Dementsprechend sind auch solche spontanen Uterusrupturen während der Gravidität fast nur bei Mehrgebärenden beschrieben worden. Auch in unserem Falle ließ sich noch nachträglich feststellen, daß bei den zwei früher erfolgten Partus, und zwar entweder bei einem oder bei allen beiden — Genauerer war anamnestisch hierüber nicht mehr zu eruieren —, die manuelle Plazentarlösung vorgenommen worden war. Nun konnte allerdings weder makroskopisch noch durch die mikroskopische Untersuchung an der Rißstelle Narbengewebe gefunden werden, dagegen zeigt sich die Uteruswand im Bereiche des Risses verdünnt, das Plazentargewebe tief in die Wandung eingewuchert. Auch von sonstigen degenerativen Veränderungen der Muscularis, wie man sie in nur vereinzelt Fällen gefunden hat und als Ursache der Ruptur angesehen wissen will, wie z. B. fettige Entartung, hyaline Degeneration, Mangel an elastischen Fasern, kleinzellige Infiltration, war mikroskopisch nichts festzustellen. Und übereinstimmend damit hat auch in der übergroßen Mehrzahl der früher beschriebenen Fälle die mikroskopische Untersuchung bisher noch keine positiven Resultate zu erbringen vermocht; auch der Nachweis von Narbengewebe ist mit voller Sicherheit noch selten gelungen.

Wir müssen uns also damit begnügen, mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß in unserem Falle das bei Gelegenheit der manuellen Plazentarlösung erlittene frühere Geburtstrauma narbige Veränderungen der Uterusmuskulatur bedingte, die die Widerstandsfähigkeit der Gebärmutterwand in einem Maße herabsetzten, daß es bei einer während einer späteren Schwangerschaft erfolgten Plazentariansiedlung an dieser Stelle mit tiefer Einwucherung der Zotten in die verdünnte Wand ohne irgendwelche erkennbare äußere Einwirkung zu einer Ruptur in so frühem Schwangerschaftsstadium kommen konnte.

¹⁾ Baisch, Zentralblatt für Gynäkologie 1904, No. 28.