Aus der ärztlichen Praxis.

Ein Fall von Uterusruptur intra partum mit Netzvorfall durch Laparotomie geheilt.

Von Dr. v. Karwat in Strasburg i. Pr.

Die 38jährige Arbeiterfrau J., welche bereits fünf lebende Kinder (wegen platten Beckens) meist mit Kunsthilfe geboren hat, wurde am 25. Juni cr. von Zwillingen entbunden. Da die Nachgeburt auch unter Credé nicht folgen wollte und die Frau, bereits durch eine starke Blutung aus einer am Tage vor der Geburt aufgescheuerten Krampfadern erschöpft, sehr schwach geworden war, wurde meine Hilfe in Anspruch genommen. Drei Stunden nach der Geburt habe ich die Wöchnerin untersucht und bei einem beschleunigten und kleinen Puls den fest contrahierten Uterus in Nabelhöhe vorgefunden. Der Muttermund war für drei Finger durchgängig. In demselben lag ein ganzes Conglomerat von Häuten, welche ich, sie für Eihäute haltend, vor die Vulva zog und als Omentum erkannte. Nach Dehnung des Muttermundes stellte ich oberhalb des vorderen Muttermundsaumes eine quer verlaufende Risswunde fest, durch welche das Omentum vorgefallen war. Ich habe nun von der Lösung der Placenta einstweilen Abstand genommen, zumal die Blutung stand, untersuchte aufs genaueste den Unterleib, und da auch hier keine Dämpfung zu finden war, welche auf Blutaustritt in die Bauchhöhle zu schliessen erlaubte, schickte ich zur Stadt (eine Meile Entfernung) nach Assistenz, Instrumenten und Verbandzeug. Drei Stunden danach führte ich zusammen mit Kollegen Dr. Krause die Laparotomie aus, fand in der Leibeshöhle etwa 50 g coaguliertes Blut und in Höhe des Schambeins eine etwa 12 cm lange, von oben aussen nach unten innen schräg verlaufende Risswunde vor, in welcher der grösste Theil des Netzes lag. Nach Entfernung der Nachgeburt per vaginam habe ich fast das ganze Netz abgetragen, mittels Catgut die Gebärmutterwunde vereinigt, das Bauchfell darüber vernäht und dann, nach erfolgter Bauchtoilette, durch Etageinnähte die Bauchwunde geschlossen.

Da die ersten Tage nach der Operation vollkommen reaktionslos verliefen, das Befinden der Frau vorzüglich gewesen, liess ich am vierten und fünften Tage Wasserklystiere setzen, welche auch Kothbröckel beförderten. Trotz strengen Verbots, an der Kranken irgend etwas Kuratives ohne meine Anordnung vorzunehmen, wurde am fünften Tage nach meiner Visite der Kranken eine reichliche Gabe von Sennadekokt verabfolgt. Die ergiebige Wirkung dieses Abführmittels erfolgte unter so starkem Leibschneiden, dass die Frau sich umherwerfen musste. Der Verband schien ihr zu eng geworden zu sein, wurde daher vom Ehemanne abgenommen und erst nach zwei Stunden, weil angeblich die Wunde aufgegangen war, von neuem angelegt. Am nächsten Tage habe ich nicht nur eine äussere Wunde von 3 cm Länge bemerkt, welche in Folge Durchschneidens zweier Fäden entstanden war, sondern auch festgestellt, dass die Bauchfellnaht zum grössten Theil aufgegangen war und in der Tiefe sich die Gebärmutter präsentirte. Von der sofortigen Wiedervereinigung der Wundränder musste ich schon aus dem Grunde Abstand nehmen, als ich eine Infektion der Wunde annehmen musste. da letztere zwei Stunden lang mit dem wenig sauberen Hemde der Frau bedeckt und von den nicht gewaschenen Händen des Mannes berührt und verbunden worden war. Ich schlug daher die offene Wundbehandlung ein und fand bereits am andern Tage meine Vermuthung bestätigt, indem die Temperatur auf 38,5 stieg und die Wunde ein trübes Aussehen zeigte. Durch erfolgte Verklebungen der Gebärmutter mit dem aufliegenden Bauchfell war die direkte Gefahr einer Peritonitis einstweilen gehoben, musste jedoch bei erwarteter Rückbildung der Gebärmutter gefürchtet werden. Am neunten Tage nach der Operation begann die Involution und vollzog sich so langsam und allmählich, dass die Bauchhöhle abgeschlossen blieb. Am 12. Tage reichte die Gebärmutter nur zur Hälfte der Wund-

länge, die andere Hälfte wurde von einem an die Gebärmutter angelötheten Darm ausgefüllt. Nunmehr konnte ich wagen, die Frau im Korbe nach dem Krankenhause in Strasburg zu transportiren, wo die Wunde sich sehr langsam reinigte und sodann durch sekundäre Naht geschlossen werden konnte. Am 17. August wurde die Frau geheilt, mit einer Leibbinde versehen, aus der Behandlung entlassen.

Zum Schluss möchte ich noch in Kürze der Gründe Erwähnung thun, welche mich bestimmt haben, die Laparotomie unter den ungünstigsten Verhältnissen in der Kathe eines Instmannes auszuführen:

1. Wegen grosser Anämie der Kranken war der Transport nach der Stadt unmöglich, ausserdem musste eine neue Blutung befürchtet werden.

2. Das Zurücklegen des in der Risswunde eingeklemmten und durch Contraktionen des Uterus gequetschten Netzes würde sicher eine tödtliche Peritonitis herbeigeführt haben, zumal dasselbe in der Scheide lag und von mir bis vor die Vulva vorgezogen wurde.