V. Ein Fall von Tubenschwangerschaft mit Ruptur des Fruchtsackes; Laparotomie; Heilung.¹⁾

Von Dr. H. Waitz, Hamburg.

Ich erlaube mir, Ihnen über einen Fall von Tubenschwangerschaft zu berichten, in dem eine Ruptur des Fruchtsackes eingetreten und wegen Gefahr der inneren Verblutung Laparotomie und Exstirpation der Tube mit Ausgang in Genesung von mir ausgeführt ist. Vielleicht, dass bei der Seltenheit derartig glücklich operirter Fälle eine etwas eingehendere Krankengeschichte Interesse findet:

Es handelt sich um eine 25jährige Frau, die bereits vier normale Geburten, die letzte im März vorigen Jahres, durchgemacht hat. Die neue Schwangerschaft datirte vom März dieses Jahres, die letzte Regel war Anfang des Monats eingetreten. Patientin hatte sich vollkommen wohl befunden, als sie am 8. Juni, also etwa in der Mitte des dritten Schwangerschaftsmonats, von einem heftigen Schmerz in der rechten Unterleibsgegend befallen wurde, der zu einer tiefen Ohnmacht führte. Der hinzugezogene Arzt constatirte eine hochgradige Anämie der Patientin infolge innerer Verblutung — der Puls soll kaum zu fühlen gewesen sein — und veranlasste noch am späten Abend die Aufnahme in das Vereinshospital mit der Diagnose „Tubenruptur, zur sofortigen Operation“.

Das Aussehen der grossen, kräftigen Frau war bei der Aufnahme das einer hochgradig anämischen. Hände und Füsse, sowie das Gesicht waren kühl, der Puls klein und frequent. Es bestand wiederholtes Erbrechen und heftige Schmerzen im Leibe, besonders in der rechten unteren Bauchgegend. Die Athmung war angestrengt, Urin konnte nicht freiwillig gelassen werden. Ich beschränkte mich bei der vorgerückten Nachtstunde auf eine expectative Behandlung: Application eines Eisbeutels auf den Leib und Suppositorien von Opium.

Am andern Morgen erschien der Zustand nicht schlechter. Es bestand allerdings noch Kühle der Extremitäten und des Gesichts, aber der Puls war eher besser geworden, 110—120, ebenso hatten die Schmerzen etwas nachgelassen. Patientin konnte wieder sprechen und über ihre Erkrankung Auskunft geben, wozu sie am Tage vorher nicht im Stande gewesen war. Das Erbrechen hatte noch nicht aufgehört.

Bei vorsichtiger Percussion liess sich an dem stark aufgetriebenen Leib beiderseits eine Dämpfung nachweisen, die vorne und in der Mitte in die Blasendämpfung überging. Rechts unten zwischen Spina ant. sup. und Nabel bestand eine vermehrte Resistenz in der Tiefe. Auf eine innere Untersuchung glaubten wir verzichten zu sollen, um möglichst jeden Reiz zu vermeiden. Die Diagnose einer Tubenruptur bei bestehender Schwangerschaft schien uns auch ohne diese sicher festzustehen, und zwar musste in der rechten Tube der Sitz der Affection gesucht werden.

Da indessen mit Sicherheit ein Zunehmen des Collapses nicht angenommen werden konnte, durfte auf einen spontanen Stillstand der Blutung gerechnet werden und wurde von einem operativen Eingriff abgesehen, mit der Eis-Opiumbehandlung aber fortgefahren. Innerlich wurde gegen das Erbrechen eine Kreosotlösung, ein Tropfen auf 200 g Wasser, $\frac{1}{4}$ stündlich ein Theelöffel, gereicht. — Die Patientin erholte sich im Laufe des Tages soweit, dass sie wärmer und auch der Puls kräftiger wurde. Das gute Befinden hielt auch am nächsten Tage an bei normaler Temperatur, Schmerzen und Erbrechen hatten aufgehört. Am dritten Tage stieg dann die Temperatur auf 38,5 und veränderte sich der Puls, indem er wieder frequenter (zwischen 120 und 130) und zugleich gespannter wurde. Der Gesichtsausdruck der Patientin war ein ängstlicher, und es bestand ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Dabei war der Leib wieder empfindlicher und stark aufgetrieben. Es musste

¹⁾ Demonstration im ärztlichen Verein in Hamburg.

eine peritonitische Reizung durch das ausgetretene Blut angenommen werden, und von neuem trat die Frage an uns heran, ob jetzt die Laparotomie indicirt sei. Ich beschloss vorher einen Versuch mit der Darreichung von Bitterwasser zu machen, wie Lawson Tait es bei beginnender Peritonitis nach Laparotomien empfohlen hat, und erzielte, nachdem zweistündlich ein Weinglas voll genommen war, am Abend mehrere reichliche, wässrige Stühle. Bald darauf besserte sich das subjective Befinden, am nächsten Morgen war die Temperatur zur Norm zurückgegangen, die Schmerzen hatten nachgelassen, der Leib erschien weniger aufgetrieben. In den nächsten Tagen hielt das gute Befinden an, und schon glaubten wir, dass die Patientin auf dem Wege der Genesung sich befände, als in der Nacht vom 15. auf den 16., genau acht Tage nach dem ersten Anfall, fünf Tage nach der Verordnung des Bitterwassers, von neuem heftiger Schmerz im Leibe auftrat. Das Aussehen der stöhnend daliegenden Patientin war am nächsten Morgen ein bleiches und sehr verfallenes, es bestand wieder Kühle der Hände und Füße und des Gesichts. Der Puls war sehr klein und frequent, leicht unterdrückbar, der Leib wieder sehr vergrößert. Es war zweifellos, dass eine neue innere Blutung stattgefunden, und musste man sich sagen, dass einer Fortdauer derselben die Kräfte der Patientin nicht mehr gewachsen waren.

So schritt ich am 16. morgens zur Laparotomie. Die Bauchhöhle wurde durch einen grossen Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse ausreichend geöffnet und zeigte sich mit Blut gefüllt, so dass buchstäblich die Därme im Blut schwammen. Das Blut wurde mit Schwämmen ausgefüllt, und gelang es dann schnell, die erweiterte rechte Tube zu fassen und herauszuziehen, nachdem vorher die uterine Insertion hart am Uterus mit einer Klemmzange gesichert war. Es wurde dann zunächst die Ligatur des Ligamentum latum gemacht, und dann hinter der Klemmzange das uterine Ende der Tube in zwei Portionen abgebunden. Die Ausführung der Operation wurde sehr erleichtert durch die Beckenhochlagerung der Patientin, deren Vortheil noch erhöht wurde durch die ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle, besonders die weitmögliche Verlängerung des Schnittes nach unten. — Der äussere Hautschnitt reichte bis 1 cm entfernt vom Sulcus pudendus. — Man operirte so nahezu in situ.

Die aus der Bauchhöhle ausgefüllte, nachträglich gemessene Blutmenge betrug ungefähr 500 ccm, ausserdem wurden ungefähr 200 g feste, schwarzrothe Coagula entfernt. Mit dem Blut, das bei dem Reinigen der Schwämme verloren gegangen ist, lässt sich die gesammte Menge, die aus der Bauchhöhle entleert wurde, auf nahezu 1 Liter schätzen.

Die Tube, die mit der Fimbrie und dem Eierstock entfernt ist, zeigt sich zu einem klein hühnereigrossen, spindelförmigen Sack ausgedehnt, in den das Lumen des normal erhaltenen Tubenrestes mündet. Der Riss im Fruchtsack ist an der hinteren unteren Seite erfolgt. Im Innern des Sackes adhaerirt das geborstene Ei, ausgefüllt mit Blutgerinnseln. Ein Embryo wurde weder im Ei, noch in den sorgsam durchforschten, frei in der Bauchhöhle gewesenen Coagulis gefunden. — Zu erwähnen bleibt noch, dass auf den Darmschlingen sich ein etwa 30 cm langes Stück mit frischen peritonitischen Gerinnseln bedeckt zeigte.

Nach sorgsamer Reinigung der Bauchhöhle wurde dieselbe geschlossen. Die Operation hatte etwa eine Stunde gedauert. Die Narkose, die mit Chloroform eingeleitet war, war mit Rücksicht auf die Schwäche der Patientin mit Aether unterhalten worden. — Während und unmittelbar nach der Operation war die Patientin sehr schwach und der Puls kaum fühlbar. Jedoch erholte sie sich von dem Collaps noch am selben Abend nach einer Eingiessung von 1½ Liter Wasser in das Rectum, die sie ganz bei sich behielt.

In der Heilung der Wunde trat insofern eine Störung ein, als sich in der zweiten Woche von einem Stichcanal aus ein Abscess der Bauchdecken entwickelte, der die definitive Genesung verzögert hat. Jetzt ist Patientin aber schon lange vollkommen geheilt aus der Behandlung entlassen.

Der Fall mag einen Beitrag dazu liefern, dass, wenn auch die zur Zeit besonders auf die Erfahrungen Veit's begründete Ansicht feststeht, nach der bei Ruptur von Tubenschwangerschaft ein expectatives Verfahren am Platze ist, da in den meisten Fällen spontaner Stillstand der Blutung eintritt, die Laparotomie doch in solchen Fällen nothwendig ist, in denen die Blutungen andauern resp. sich wiederholen, und die Prognose dieser Operation dann nicht so schlecht erscheint, als man meist angenommen hat. Der schnellen und sicheren Ausführung der Operation wird in der Beckenhochlagerung in Verbindung mit einer ausgiebigen Eröffnung der Bauchhöhle, weitmöglicher Verlängerung der Incision nach unten eine wesentliche Unterstützung zu Theil.