Aus der ärztlichen Praxis.

Uterusruptur bei Eklampsie und Zwillingen; Leibschnitt; Heilung.

Von H. A. v. Guérard in Düsseldorf.

Das allgemeine Interesse, welches nachstehend beschriebener Fall bietet, sowie der Umstand, dass über die Therapie bei complizierten Uterusrupturen bislang eine völlige Einigung noch nicht erzielt ist, veranlassen mich, denselben der Öffentlichkeit zu übergeben.

Am 30. Juni 1899, Nachts 3 Uhr wurde College Einhaus in Ratingen zu einer 38jährigen IV para gerufen, welche ihn schon vor zwei Tagen wegen allgemeiner Oedeme consultirt hatte. Der sofort untersuchte Urin ergab einen Eiweissgehalt von über 15 ‰ nach Esbach. Bei der Ankunft des Arztes lag die Kranke in schweren eklampthischen Anfällen mit völlig benommenem Sensorium. Puls 120, Temperatur 38,5. Nach Angabe der Hebamme dauerten die Krämpfe schon circa 1 Stunde. Feuchte Einpackungen sowie grosse Gaben Morphinum führten eine gewisse Beruhigung herbei, so dass eine regelrechte Untersuchung ermöglicht wurde. Dieselbe ergab Querlage, Kopf rechts, Rücken voran, Schulter in den zweimarkstückgrossen Muttermund eingepresst. Herztöne frequent, aber deutlich hörbar. Eine möglichst schnelle Entbindung, welche zunächst natürlich in einem Wendungsversuche bestehen musste, war nach diesem Befunde unbedingt angezeigt.

Bei der Schwere des Falles wurde sofort zu einem zweiten Arzte, Kollegen Nieper, gesandt, bis zu dessen nach 1 Stunde erfolgtem Eintreffen eine leichte Chloroformnarkose durchgeführt wurde. Plötzlich trat bei einer heftigen Bewegung der Kranken ein sehr starker Wasserabgang ein, gefolgt von einer Beruhigung der Kranken, zugleich aber auch von einem völligen Collaps. Der Puls schnellte auf 160 hinauf, ohne dass irgend welche Blutung nach aussen erfolgt wäre. Sofort wurde die Wendung und Extraktion gemacht, welche ein sehr kräftiges, mittlerweile abgestorbenes Kind zur Welt beförderte. Während der Operation selbst war keine Blutung erfolgt, wohl aber trat eine solche nach dem Austritt des Kindes ein, so dass bei dem sehr schlechten Allgemeinzustande der Kranken die sofortige Auslösung der Placenta beschlossen wurde. Da Druck auf den deutlich fühlbaren Uterus nicht zum Ziele führte, wurde in denselben eingegangen, er war aber leer, und damit war die Diagnose Uterusruptur gesichert. Wo aber befand sich die Placenta? Um ihren Sitz zu finden, wurde eine Hand in den Genitalschlauch eingeführt, welche der von aussen festgehaltenen Nabelschnur folgend in eine enorme, rechts neben dem Uterus gelegene Höhle gelangte und aus derselben die sehr grosse, frei bewegliche Placenta entfernte. Die Besichtigung derselben ergab, dass an ihr noch eine zweite, bedeutend dünnere, anscheinend entartete Nabelschnur inserierte. Hiermit war die Anwesenheit von Zwillingen klar und zwecks Entbindung vom zweiten Kinde folgte die Hand nunmehr der zweiten Nabelschnur, welche wiederum in die oben erwähnte Höhle führte, in welcher sich ein mazerirter Fötus von annähernd sieben Monaten vorfand. Zugleich mit diesem erschien vor der Scheide eine Membran mit scharfen Rändern, welche durchaus dem Ansehen der Eihäute entsprach. Da nun die Besichtigung der Nachgeburt das Fehlen eines grossen Theils der Eihäute ergab, wurde an diesem Gewebe, das ca. drei Hand breit vor der Vulva vorlag, ein mässiger Zug ausgeübt. Als dieser aber keinen Erfolg hatte, wurde zunächst die Ankunft des Spezialisten abgewartet. Da weitere eklampthische Anfälle eintraten, wurde eine leichte Narkose weitergeführt.

Bei meiner Ankunft war der Befund, kurz gefasst, folgender: Kräftige Brünette mit weiten Beckenmassen, starke Oedeme der Beine, des Leibes und der Labien. Sensorium völlig benommen. Puls ca. 160, Temperatur 40,1. Der Leib war mässig aufgetrieben. Eine besondere Empfindlichkeit konnte wegen der Störung des Sensoriums nicht wahrgenommen werden. Vor der Vulva lag auf dem vielfach beschmutzten Betttuche ein Gewebe, welches annähernd die Grösse dreier nebeneinanderliegenden Hände hatte und durchaus als Eihäute imponirte. Die innere Untersuchung ergab folgendes höchst eigenthümliche Bild: Durch den sehr weiten Introitus gelangt man auf eine zerklüftete Portio, welche fast in der Mitte etwas nach vorn rechts einen Einriss hatte. Der weiter eindringende Finger gelangt nun nicht in den Uterus, sondern durch einen weit offenen Spalt in die Bauchhöhle. Die Bewegung der Därme war deutlich tastbar, ebenso deutlich war das bei completer Ruptur empfindbare Gefühl, dass die innere Hand von der äusseren nur durch eine ganz geringe Scheidewand getrennt sei. Hiermit war die Diagnose der completen Uterusruptur gesichert. Wo aber blieb der Uterus, wo die von Kollegen Einhaus gefühlte Höhle, in der von ihm sowohl die Placenta wie die zweite Frucht getastet worden waren? Der Uterus war an der starken Contraction seiner Wand leicht erkennbar; er lag nach links, und seine Höhle konnte durch den der hinteren Wand der Cervix folgenden Finger leicht ausgetastet werden. Das Cavum selbst war leer, doch fühlte man deutlich einen bis ca. in die Mitte des Uteruskörpers reichenden Riss, welcher aber durch die Muskelcontraction in etwas geschlossen, daher für ein vorsichtiges Weiterdringen unpassierbar war. Die mittlerweile etwas zu sich gekommene Patientin klagte dabei über ein intensives Schmerzgefühl in der rechten Seite des Leibes. Ich ging daher, um endlich über den Sitz der grossen Höhle ins Klare zu kommen, den vermeintlichen Eihautfetzen nach und gelangte in einen anscheinend allseitig geschlossenen Raum, welcher so gross war, dass der bis ans Ellbogengelenk eingeführte Arm gerade seine Kuppe erreichte. Dabei kam ich rechts fast unmittelbar auf den knöchernen Beckenring, hinten und vorn jedoch nicht. In diesem Raum lagen noch lose Eihautreste, die ohne sonderliche Blutung entfernt wurden.

Nach diesem höchst eigenthümlichen Befunde war die Stellung einer exakten Diagnose sehr schwer. Sicher war, dass eine complete Uterusruptur vorlag, eine Complication äusserst bedenklicher Art bei der an und für sich schon schwer erkrankten Frau. Wodurch wurde aber jener Sack gebildet, in den die Früchte und die Placenta nach der vollendeten Ruptur ausgetreten waren? Der nächstliegende Gedanke, es handle sich neben einer normalen Gravidität um einen extrauterinen Fruchtsack, musste aufgegeben werden, da nur eine Placenta vorhanden war, in der beide Nabelschnüre inserirten, es sich also zweifellos um regelrechte Zwillinge handelte. Dass der eine Zwilling mazerirt und nicht über den siebenten Monat hinausgekommen war, konnte nicht sehr in Erstaunen setzen, da ja ein gleichzeitiges Vorkommen von einem mazerirten und einem lebenden Kinde nicht zu den grossen Seltenheiten gehört. Der nächste Gedanke war der, dass es sich um eine totale Absprenzung des Peritoneum von seiner Unterlage handle. Dann hätte man aber nicht nur seitlich, sondern auch nach vorn und hinten auf den Knochen kommen müssen. Immerhin kam diese Annahme der Wirklichkeit ziemlich nahe. Was waren das ferner für eihautähnliche Fetzen, welche nun schon seit ca. drei Stunden in grosser Ausdehnung vor der Scheide auf dem blut- und kothbesetzten Bett lagen? Eine bestimmte Antwort hierauf zu geben, war unmöglich. Nahm man aber eine Absprenzung des Peritoneum an, so mussten diese Fetzen folgerichtig als Peritoneum gedeutet werden.

Leichter als die Diagnose war in diesem Falle die Wahl des therapeutischen Weges. Bei so unklaren Verhältnissen schien mir nur ein einziger Weg zu sein, der Klarheit bringen konnte, das war der Leibschnitt. Nur eine Tamponade von unten vorzunehmen, woran bei der Gewissheit einer Ruptur doch immerhin gedacht werden konnte, dünkte mir absolut verwerflich zu sein, da man bei den complizierten Verhältnissen ganz ins Blaue hinein hätte tamponiren müssen. Das einzige, was gegen den operativen Eingriff ins Feld geführt werden konnte, war der trostlose Allgemeinzustand der Frau. Aber gerade dieser bewog mich, operativ vorzugehen, denn ohne eine Versorgung der verschiedenen Wundflächen war die Frau wohl ganz sicher als verloren anzusehen. Erleichtert wurde der Entschluss noch dadurch, dass ein Krankenhaus in nicht zu weiter Ferne lag und eine gute Tragbahre mit geschultem Personal zur Verfügung stand.

Die kaum eine Stunde später vorgenommene Operation wurde fast ohne Narkose ausgeführt, da die Patientin in beinahe absoluter Theilnahmslosigkeit dalag. Sogleich nach Eröffnung der Bauchhöhle quoll eine grosse Menge Blut hervor. Hiermit war die geringe äussere Blutung erklärt, es hatte eben statt nach aussen nach innen geblutet. Es präsentirte sich dann in dem sehr grossen Schnitte ein langer Riss des Uterus und der Scheide. Die Blase war völlig vom Uterus abgesprengt, ebenso war derselbe bis ganz nach seiner linken Seite hin vom Peritoneum entblösst. Der Riss sass fast genau in der Mitte des Uterus, etwas nach rechts hin und erstreckte sich bis annähernd an die Grenzen des unteren und mittleren Drittels des Cor-

pus uteri. Er war nach oben hin geschlossen, während er nach unten hin klaffte und sich nach vorn rechts in die Scheide fortsetzte. Auch hier war das Peritoneum gänzlich abgelöst. Der vorsichtig weiter nach rechts hin tastende Finger kam hierbei in eine enorme Höhle, welche durch die völlig entfaltenen Blätter des Ligamentum latum und theilweise von seiner Unterlage abgelöstes Peritoneum gebildet wurde und nach der Bauchhöhle fast gänzlich abgeschlossen war. Eine weitere Besichtigung ergab, dass das vordere Peritonealblatt durch die Uterusscheidenwunde nach unten durchgezogen war und dass die oben erwähnte eihautähnliche Membran nichts weiteres als seitlich und vorn abgerissenes Peritoneum war. Das Peritoneum hatte also in der Grösse von drei Handflächen beinahe vier Stunden vor der Scheide gelegen. Selbstverständlich musste dasselbe nun als infiziert und die Diagnose als äusserst schlecht angenommen werden. Angesichts dieses überraschenden Befundes war nunmehr der Operationsplan schnell gefasst. Ich zog das Bauchfell vor und resezierte einen sehr grossen Theil desselben, welcher mir etwas grösser zu sein schien als das vorher prolabirte Stück. Dann vernähte ich die Uteruswunde bis zur Cervix, die ich nicht vernähte, um für die nun folgende Tamponade einen möglichst breiten Weg nach unten offen zu lassen. Herr College Nieper führte nun von unten her einen sehr langen Streifen Jodoformgaze ein, mit dem ich dann von oben her sorgsam alle Buchten der grossen durch die Resektion allerdings schon bedeutend verkleinerten Höhle ausstopfte. Den Uterus vernachlässigte ich dabei in dem Gedanken, dass derselbe wohl frei von Infektion sei, da sich der Haupttheil der geburtshilflichen Operationen und die mehrfachen Untersuchungen nicht in ihm, sondern neben ihm abgespielt hatten, und auch deswegen, weil die Blutung völlig zum Stillstande gekommen war. Nachdem diese Tamponade vollendet war, wurde das Peritoneum nach links hingezogen bis zu der Stelle, wo wieder normales Peritoneum vorlag, und hierauf das losgelöste Peritoneum halbkreisförmig an den Uterus und speziell an das ihn bedeckende Peritoneum angenäht. Ebenso wurde vorn oberhalb der Blase Bauchfell mit Bauchfell vernäht, so dass die Bauchhöhle von der Uterusscheidenwunde völlig abgeschlossen war. Hierauf wurde die Nahtlinie mit Jodoformgaze bedeckt, die zum unteren Theil der Bauchwunde herausgeleitet wurde, während deren oberer Theil vernäht wurde. Die Dauer der Operation mag annähernd eine halbe Stunde betragen haben.

Dem weiteren Verlaufe sahen wir naturgemäss mit grosser Sorge entgegen, doch gestaltete er sich günstig. Die Temperatur fiel zunächst prompt ab, zeigte später aber mehrmals Steigerungen zur Mittagszeit. Die Scheidentamponade lockerte sich von selbst und kam ganz spontan zur Ausstossung. Die Bauchhöhlentamponade wurde zur Hälfte am 6., ganz am 10. Tage entfernt. Der anfangs mächtig aufgetriebene Leib flachte sich allmählich ab. Der Urin wurde langsam wieder normal, und nach fünf Wochen konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

Bei einer am 3. November 1899 vorgenommenen Untersuchung zeigt sich der vorher retroflectirte Uterus anteflectirt. Die Ovarien sind normal tastbar; dagegen scheint die Gebärmutter im ganzen retroponirt zu sein. Die Portio ist wulstig und vorn gespalten. Im Parametrium sind Narben zu fühlen, welche indessen im Vergleich zu der schweren Verletzung sehr geringfügig sind. Harnträufeln nach dem Uriniren und Harndrang sind die einzigen Beschwerden.

Am 11. Mai 1900 ist Patientin völlig beschwerdefrei. Merkwürdig ist, dass Patientin, die ihre Haare gewechselt hat, statt brünetter, jetzt silberweisse Haare trägt.

Soweit ich die Litteratur überblicken kann, ist ein so seltsamer Fall von Uterusruptur noch nicht bekannt geworden. Es handelte sich, wie beim Leibschnitte deutlich zu sehen war, um einen Riss, der einen Theil der Scheide, die ganze Länge des Collum und vielleicht ein Drittel des Corpus uteri betraf. Die Blase war völlig abgesprengt. Unbegreiflich erscheint es nur, dass hierbei sowie bei der ausgedehnten Ablösung des Peritoneums bis rechts an den Beckenrand eine Verletzung des Ureters nicht eingetreten war. Dass eine solche irgendwie schwerer Art aber sicher nicht stattgefunden hatte, zeigte die vor Schluss der Bauchhöhle vorgenommene Katheterisirung, welche klaren, von Blut gänzlich freien Urin abfliessen liess.

Uebersaus merkwürdig ist auch der Austritt der Zwillinge und der Placenta zwischen die Blätter des Ligamentum latum, resp. unter das abgesprengte Peritoneum. Die hierdurch gebildete Höhle war, wie oben angedeutet, eine ganz enorm grosse.

Der eigenthümliche Weg, welchen das Ei nach seiner Ausstossung aus dem Uterus nahm, scheint mir in die Entstehungsweise der Ruptur in etwas Licht zu bringen. Hätte der Riss an der rechten Seite des Uterus direkt an der Ansatzstelle des breiten Bandes gesessen, so wäre ein Austritt zwischen die Blätter desselben weiter nicht wunderbar gewesen. In dem vorliegenden Falle muss aber doch wohl ein Unterschied zwischen der Consistenz des Uterusgewebes und der des Peritoneums gewesen sein. Ich denke mir den Vorgang so, dass eine starke Wehe oder eine im eklampthischen Krampfzustande vorgekommene heftige Bewegung den Uterus zugleich mit der Fruchtblase zum Zerreißen gebracht hat, dass der Riss zunächst ein incompleter war, das

Peritoneum sich vom Uterus ablöste, die Frucht unter dem sich ablösenden Peritoneum zwischen die Blätter des Ligamentum latum trat und erst jetzt die Ruptur zu einer completen wurde, sei es dadurch, dass das Bauchfell zur Aufnahme des grossen Eies nicht ausdehnungsfähig genug war, oder dass die operativen Maassnahmen die Zerreiassung bewirkten. Wie leicht zerreiasslich muss aber das Uterusgewebe gewesen sein, wenn eine Kraft zu seiner Zerstörung hinreichte, die auch zugleich gerade genügte, die Fruchtblase zu sprengen. Denn dass Blasenprung und Uterusruptur zu gleicher Zeit eintraten, daran ist nach dem Geburtsberichte wohl kaum zu zweifeln. Unwillkürlich drängt sich hierbei der Gedanke auf, dass auch die schwere Urämie, welche bereits acht Stunden vor der Geburt auftrat, eine Mitursache der Ruptur in dem Sinne gewesen ist, dass durch diese Erkrankung eine Schädigung der Muskulatur im allgemeinen und speziell der des Uterus eingetreten war.

Was die Therapie angeht, so schien ein abwartendes Verhalten absolut nicht am Platze zu sein. Schon eine ausreichende Tamponade der nach der ganzen Sachlage als infiziert anzusehenden Fruchthöhle war nach dem Befunde, der sich bei der Operation bot, als unmöglich anzusehen. Dann aber drängte die Unsicherheit der Diagnosenstellung entschieden zu einem klärenden chirurgischen Eingriffe.

Anders aber stellt sich die Frage, ob nach Eröffnung der Bauchhöhle nicht die Entfernung des rupturirten Uterus am Platze gewesen wäre. Der Uterus präsentirte sich nach Durchtrennung der Bauchdecken sehr günstig für die Totalexstirpation. Diese selbst wurde während der Operation aufs ernsthafteste in Erwägung gezogen. Drei Gründe aber waren es, die schliesslich den Ausschlag zu Gunsten der Erhaltung des Uterus gaben. Einmal stellte die Totalexstirpation einen bei weitem schwereren Eingriff dar, als der gewählte Modus operandi, was bei dem wirklich ganz desolaten Zustande der Patientin schwer in die Wagschale fiel. Dann aber setzte auch die gänzliche Entfernung des Uterus in dem ohnehin schon genug mitgenommenen Peritoneum einen neuen grossen Defekt, der nach dem nicht genug zu beherzigenden Ausspruche Fritsch's: „Der grösste Gegner der Sepsis des Bauchfells ist das lebenskräftige Bauchfell selbst“, uns eines entsprechend grossen Heilfaktors beraubt hätte. Endlich war auch kein Grund vorhanden, die Patientin eines sehr wichtigen Organs gänzlich zu berauben, wenn noch irgend ein Weg zu erkennen war, auf dem man dieses erhalten konnte.