XIX.

Die active Therapie bei Eclampsie.

Von
J. POMORSKI

in Posen.

Bei der Feier des Jubiläum der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin wurde von einem der ersten deutschen Gynäkologen eine strenge, aber gerechte Kritik über die Entwicklung beider Wissenschaften in den letzten 25 Jahren geübt.

Es kann uns mit Selbstbewusstsein erfüllen, aus dem Munde desselben zu vernehmen, dass in vielen Gebieten, so z. B. in der Behandlung der Ovarien- und Uterusgeschwülste ein derartiger Fortschritt stattgefunden hat, dass uns wohl die Zukunft wenig Neues bringen könnte.

Es harren dagegen noch manche Gebiete einer regeren Teilnahme und dem unermüdlichen Fleisse wird es wohl in Zukunft gelingen, die eine oder andere Lücke auszufüllen, welche wir heute noch vor uns sehen. Die Behandlung der chronischen Endometritis, der Retroflexio uteri, der Uterusruptur und der Eclampsie ist noch stets ein sehr strittiges Objekt der Gynäkologen. Bezüglich der letzteren namentlich wetteifern seit einigen Jahren die verschiedensten um den Lorbeerkranz.

Der wissenschaftliche Ringkampf ist um so interessanter geworden, als eine ganz entgegengesetzte Therapie heute eingeschlagen wird als vor Jahren. Die Entwicklung der modernen Chirurgie hat uns den Weg angebahnt und die Gynäkologen veranlasst, die Eclamptischen durch Kaiserschnitt oder durch ein Accouchement forcé mit tiefen Cervixincisionen zu entbinden.

Vor ca. 10 Jahren galt es in der Schroeder'schen Schule bei Eclamptischen jeden Eingriff zu verhüten und bis zur zangenrechten Stellung des Schädels sind Stunden und abermals Stunden verstrichen.

Vor ca. 6 Jahren wurde in der Martin'schen Schule noch ein Versuch getadelt, die Anlegung des Forceps bei einer Eclamptischen durch Cervix und Scheidenincisionen zu erleichtern und damit zu beschleunigen. Wir waren ohnmächtig gegen die Eclampsie. Die Theorie der dunklen Krankheit wurde uns aufs Schönste definiert, Frerich's und Spiegelberg's Theorie der Retention des harnsauren Ammoniums wetteiferte mit der Theorie der hydrämischen Blutbeschaffenheit (Traube und Rosenstein). —

Landois hatte uns einen bedeutenden Schritt weiter gebracht, indem er experimentell durch die Einwirkung von Kreatin und Kreatinin auf die Grosshirnrinde die Entstehung der Krämpfe bei Tieren nachgewiesen hat.

Die anatomische Aufklärung Leydens von der anämischen Schwangerschaftsnier und der Nachweis, dass ca. 80% Eclamptischer an Schwangerschaftsnephritis leiden, 15% an anderen chronischen Nierenstörungen und nur 5% Eclamptischer mit gesunden Nieren vorkommen, haben uns lediglich über die Entwicklung der Krankheit etwas aufgeklärt.

Im Gegensatze zu einer Eclampsia uraemica giebt es noch eine Eclampsia reflectorica, hervorgerufen durch Reizung der sensiblen Nerven des Genitaltractus oder entstanden auf der Grundlage eines mehr reizbaren Nervensystems.

In der Behandlung schränkten wir uns aber ein nach dem Prinzip des „noli me tangere“ auf Betäubung der das Leben durch Lungenödem oder Herzschlag bedrohenden Symptome.

Chloroformnarkosis von Schroeder, Morphininjektionen von G. Veit, Aderlass von Spiegelberg eingeführt, Chloral und Kombinationen von beiden zuerst genannten Mitteln, schliesslich laue und heisse Bäder sollten den eclamptischen Schwangeren wie Kreissenden zu Gute kommen.

Dabei herrschte eine Mortalität der Kinder von 50 % und der Mütter von 29 % bis 25 %.

Alsdann griff man zu einer ganz entgegengesetzten Methode im Vergleich zu der alten Behandlung, man sann auf eine recht schnelle Entfernung des Kindes aus dem Mutterleibe und führte dies entweder durch den Kaiserschnitt aus, oder durch künstliche Erweiterung des Genitalkanals.

Mit der Entfernung des Kindes aus dem Uterus hört die Eclampsie in ca. 89 % auf, und dies ist der Beweggrund gewesen, der Dührssen geleitet hat, als Vorkämpfer der letzteren Methode aufzutreten. Sie hat vor dem Kaiserschnitt das voraus, dass sie in der allgemeinen Praxis eher zu verwerten ist.

Mit diesen verschiedenen Methoden bekannt, beobachtete ich in der letzten Zeit drei Eclamptische, bei denen ich die moderne Methode Dührssen's einmal anzuwenden mich für verpflichtet gehalten habe.

I. Fall. Frau H. 21 Jahre alt, äusserst anaemisch, 3 Jahre verheiratet, hat 3 Mal im 2—3. Schwangerschaftsmonat abortiert. Wegen Menorrhagien bei Retroflexio uteri wurde im Jahre 1893 von mir eine Abrasio mucosae ausgeführt. Kurz darauf wiederholte Schwangerschaft mit einer abermaligen Neigung zur Retroflexio. Durch Tampons und Pessar liess sich die Schwangerschaft erhalten. Letzte Menses 24. 2. 1894. Partus wurde am 1. 12. erwartet, indessen trat am 10. 11. eine Blutung ein. Patientin klagte über Magenbeschwerden, Erbrechen und Dunkelsehen. — Fundus uteri entsprechend dem 9. Schwangerschaftsmonat. Kindliche Herztöne normal. Ostium uteri externi mit einem zarten, scharfen Saum für einen Finger durchgängig. Fruchtblase zu fühlen. Keine Placenta. Schädel liegt vor. Cervix ausgedehnt wie bei Primiparae. Allgemeinbefinden der Patientin befriedigend, allgemeiner Hydrops. Urin reich an Eiweiss. Dg. Nephritis gravidarum. — Ruhe, Priessnitz'sche Umschläge um den ganzen Leib. Heisser Thee zum Schwitzen. 11. 11. treten Wehen und drei leichte eclamptische Anfälle ein. Vorübergehendes Benommensein und vorübergehendes Dunkelsehen.

Im Verlaufe von 12 Stunden entwickelt sich der Partus spontan und normal. Am Rande der Placenta war ein Blutcoagulum vorhanden, der wahrscheinliche Herd der eingetretenen Blutung.

Ich beobachtete den Verlauf der ganzen Entbindung und fand in Gegenwart des befriedigenden Allgemeinbefindens keinen Anlass zu irgend einem Einschreiten. Die Patientin wurde von mir noch ca. 3—4 Monate wegen einer hartnäckigen Nephritis behandelt. Allmählich wichen die Erscheinungen der Nephritis, und heute zeigt sich hin und wieder nur noch eine Spur von Eiweiss im Urin.

Kurz darauf, am 17. 11. 94. wurde ich von einem Kollegen aus der Umgegend zu einem schlimmeren Fall gerufen.

II. Fall. Frau Str. . . . , 22 Jahr alt, Primipara, im 9. Monat der Schwangerschaft, liegt seit 3 Stunden in starkem, eclantischem Sopor mit geringem Bewusstsein, vollständiger Amaurosis und öfter eintretenden eclantischen Krämpfen. Ueberall Oedem. Anasarca. Urin reich an Eiweiss. — Scheide sehr eng, kaum für 2 Finger durchgängig. Portio mit Mühe für einen Finger durchgängig, ca. 3 cm. lang, sehr derb. Blase steht, prall gefüllt. Schädel liegt vor. Fundus entsprechend dem neunten Schwangerschaftsmonat ca. handbreit über dem Nabel. Kindliche Herztöne hörbar. Seit 8 Uhr früh beobachtete der Kollege die Patientin. Sie erkannte ihn gar nicht, trotzdem er ihr Hausarzt war. Um 11 Uhr kam ich an und fand den Status, wie oben geschildert. Die sich wiederholenden Anfälle und die drohende Lebensgefahr veranlassten uns, eine sofortige Entbindung in tiefer Narkose vorzunehmen. Bei der Erweiterung des Cervix mittels des Fingers stiess man jedoch infolge seiner Derbheit sowie infolge der engen und straffen Vagina auf grosse Schwierigkeiten. Es wurde daher zuerst eine Punction der Fruchtblase gemacht und der Cervix bis hinter den inneren Muttermund mit Jodoformgaze ausgestopft; desgleichen die ganze Vagina.

Nach starken Wehen wurde die Gaze gegen 3 Uhr nachmittags zum Teil ausgepresst, zum Teil entfernt und der Muttermund 3markstückgross vorgefunden. Der innere Muttermund, noch nicht vollständig verstrichen, bot immer noch eine derbe Resistenz dar; der Schädel war in die Beckenhöhle eingetreten.

Mit der Narkose hörten wir um 11½ Uhr auf und setzten dieselbe von neuem um 3 Uhr fort. Nun wurde der Cervix und die Scheide mit 2 Fingern per vim ausgedehnt und zu beiden Seiten 2 tiefe Incisionen in den Cervix gemacht. Da die kindlichen Herztöne sehr schwach waren, wurde ein Versuch mit dem Forceps gemacht, er misslang aber infolge der sehr engen Vagina. Die kindlichen Herztöne sanken allmählich, und als sich während der Narkose noch ein Anfall eingestellt hatte, schritten wir zur Perforation, Cranioclasie und Extraction. Unter grossen Schwierigkeiten seitens der Scheide wurde das Kind, nachdem auch hier Incisionen gemacht worden waren, mittels des Auvarod'schen Cranioclasten extrahiert. Die seitlichen Incisionen des Cervix rissen bis tief an den Fornix ein, und auch die seitlichen Incisionen des Introitus erweiterten sich ein wenig, das Peritoneum blieb unversehrt. Nach der Extraction folgte eine schwere Blutung; darum manuelle Extraction der Placenta und der Blutcoagula und Jodoformgazetamponade, nachdem Massage und heisse Injectionen sich wenig wirksam gezeigt hatten. Alsdann Vernähung der Cervix- und Introitusrisse. Die Jodoformgaze musste nach 6 Stunden wegen sehr schmerzhafter Contractionen des Uterus herausgenommen werden. Am nächsten Tage nach der Operation folgte noch ein schwacher Anfall und am dritten Tage stellte sich die normale Schkraft wieder ein. Der Verlauf war vollkommen fiebertfrei, am achten Tage war kein Eiweiss mehr im Urin und am elften Tage stand die Patientin auf. Jetzt ist sie bereits von neuem geschwängert.

III. Fall. In einem dritten Falle von Eclampsie von Anfang Februar d. J. handelte es sich um eine 28jährige Primipara, welche ca. 24 Stunden in Krämpfen ohne ärztliche Hilfe gelegen hatte. Der College, der mich später gerufen hatte, wurde nach 24 Stunden gegen 8 Uhr morgens geholt, fand den Cervix ca. 5markstückgross und den Kopf im Becken. Gegen

Mittag legte er die Zange an, sobald der Kopf zangenrecht stand und extrahierte ein totes Kind. Die Anfälle kehrten nach der Extraction wieder, und als ich zur Consultation gerufen worden war, trat bald der Exitus ein.

Die drei Fälle zeigen ein mannigfaltiges Bild der Eclampsie, jedoch sind wir weit davon entfernt, damit zu einem einheitlichen Modus der Therapie gelangt zu sein.

Wenn ich im ersten Falle absolut keine Veranlassung zur Anwendung der Kunsthülfe gefunden habe, so glaube ich, damit im zweiten Falle recht gehandelt zu haben, auch im dritten Falle wäre wohl ein *Accouchement forcé* gleich bei der ersten Ankunft des Arztes am Platze gewesen. Der Eingriff ist schwer, aber er ist in Anbetracht der drohenden Lebensgefahr der Mutter anzuraten, und sollte auch ein lebendes Kind perforiert werden, so ist es Pflicht des Arztes es zu thun, um nicht durch das lange Warten zwei Opfer auf einmal zu bringen. In wie weit die schnelle Entfernung der Frucht aus dem Uterus die Heilung der Nephritis beeinflusst, oder in welch' hohem Maasse die Rigidität des Cervix die Entstehung der Eclampsie befördert, will ich aus den wenigen Fällen nicht beurteilen.

Das Wesen der Erkrankung ist bis jetzt nicht vollständig aufgeklärt worden. Wir dürfen die neuesten Errungenschaften, den Nachweis eines Mikroorganismus im Urin oder in der Leber nicht vernachlässigen und auch den Zweifel mancher Autoren nicht geringschätzen, welche in der Nephritis allein nicht die Ursache sehen, sondern in einer bacteriellen Complication mit der Nephritis. Der Wege zur Erkennung der Krankheit giebt es viele, es muss daher auch eine vielseitige Therapie geben. Und wenn auch die moderne Dührssen'sche Methode bis jetzt kein Gemeingut aller Aerzte geworden ist, so dürfen wohl diese drei Beispiele ein Geringes zur Statistik beitragen, welche uns allein über den Erfolg der Therapie Aufschluss geben und vielleicht auch zu Gunsten der letzteren Methode sprechen wird.