

# Mittheilung über zwei an Hofrath Späth's Klinik ausgeführte Kaiserschnitt-Operationen.

Von

Dr. Ehrendorfer.

---

Von der Ueberzeugung ausgehend, dass nur nach Mittheilung einer grossen Zahl von Porro-Operationen, die überhaupt ausgeführt worden sind, man ein endgültiges Urtheil über den Werth der bezeichneten Operationsmethode wird fällen können, folgt zunächst ein kurzer Bericht über eine (die fünfte an obiger Klinik) ausgeführte Sectio caesarea nach Porro, und im Anschluss daran die detaillirtere Beschreibung eines zweiten Kaiserschnittes mit Uterusnaht, welcher, abgesehen von der atypischen Eröffnung des Abdomen, durch das relativ seltene Vorkommen eines von den Bauchdeckenfaszien nach innen zu rasch gewucherten, massigen, fibrösen Tumor, der, zum grössten Theile auch das Becken ausfüllend, die Geburt durch die natürlichen Wege unmöglich machte, mehr an Interesse gewinnt.

I. Sectio caesarea nach Porro wegen Osteomalacie. Entwicklung eines lebend reifen Kindes. Tod der Mutter am siebenten Tage an Peritonitis.

S. B., 31 Jahre alt, Schlossergehülfsengattin, aus Linz gebürtig, litt angeblich seit vier Jahren an ziehenden Schmerzen in den Hüften und den unteren Extremitäten, die in den Sommermonaten immer eine wesentliche Besserung erfahren hatten. Im Jahre 1881, während ihrer vierten Schwangerschaft, soll sie durch zwei Monate, ihrer Angabe nach, mit Gelenkrheumatismus in Spitalsbehandlung gewesen sein, worauf dann wieder eine Besserung eingetreten, nur eine gewisse Steifheit in den Beinen zurückgeblieben sein soll. Patientin ging jedoch ihrer gewöhnlichen häuslichen Arbeit nach. Seit dem März 1884 trat nun eine beträchtliche Verschlimmerung ihres Zustandes ein, die Schmerzen in den Hüften, in die unteren Extremitäten ausstrahlend, waren zeitweise unerträglich. Patientin liess sich wieder ins Spital aufnehmen, hütete seither das Bett und wurde bis zu ihrer Aufnahme in das Gebärhaus unter der Diagnose „Ischias“ behandelt.

Patientin ist eine V para, die erste Geburt vor acht Jahren, die letzte im Februar 1881, alle spontan. Die letzten Menses traten den 14. August 1883 ein; die Frucht gut entwickelt, in Schädellage zweiter Position. Laute Herztöne, hochstehender beweglicher Kopf. Patientin von kräftigem Knochenbau, jedoch sehr abgemagert. Bauch- und Brustorgane normal. Der ganze Stamm, sowie die unteren Extremitäten gegen Berührung äusserst empfindlich, die letzteren in den Hüft- und Kniegelenken rechtwinkelig flectirt und krampfhaft adducirt; active Abduction der Schenkel nur gering, passive gar nicht ausführbar.

Beckenmaasse: Spinae = 24 cm, Cristae = 27,5 cm, Trochanteres = 28,5 cm, Conjugata nahezu normal.

Bei der inneren Untersuchung fand man, dass die Verengerung hauptsächlich den Beckenausgang betraf, und zwar durch die schnabelförmig vorspringende Symphyse und hierdurch bedingte starke Annäherung der absteigenden Schambeinäste, sowie der Sitzbeinhöcker, ausserdem durch starkes Vorspringen des unteren Theiles des Kreuzbeines in die Beckencavität.

Der Harn (im pathologisch-chemischen Institute untersucht) war dunkelgelb, wenig getrübt, spec. Gewicht 1,016, sauer; Sediment in geringer Menge aus Plattenepithelien, Schleimkörperchen und Bakterien bestehend; Albumin in minimaler Spur vorhanden. Abnorme Stoffe fehlend.

Puls und Temperatur normal; Wehen mit langdauernden Pausen seit 24 Stunden; Cervix schlaff, für zwei Finger offen, Fruchtblase intact.

Am 28. Juni wurde der Kaiserschnitt vom Herrn Hofrath Späth ausgeführt.

Nachdem die Vagina mit 5 proc. Carbolsäure ausgespült und das Abdomen in üblicher Weise gereinigt war, wurden (ohne Spray) in der Narkose die dünnen Bauchdecken und das Peritoneum gespalten, der Schnitt hierauf über den Nabel hinaus verlängert, jedoch wegen vermehrter Menge des Fruchtwassers der Uterus in situ incidirt. Rasche Anlegung des Ketteneocraseurs, Schutz der Abdominalhöhle durch warme Thymolservietten; die Placenta, vorn an ihrer Insertion getroffen, musste mit der Hand zuerst abgelöst werden, worauf die Extraction des Kindes am Fusse rasch vor sich ging; dabei fand, durch die Insertion der Placenta bedingt, freilich eine beträchtliche Blutung statt. Die Ecraseurkette wurde nun vollends angezogen, die Bauchdecken von einem der Assistenten gut zusammengehalten, zwei lange Lanzennadeln unterhalb der Kette durch den Stiel kreuzweise durchgesteckt und der Uterus sammt Anhängen oberhalb der Kette abgetragen.

Toilette der beiden Douglasshöhlräume mittels gestielter Schwämme, nachdem etwas Amniosflüssigkeit und Blutcoagula in den ersteren sich angesammelt hatten.

Hierauf Verschluss der Bauchwunde durch tiefe und oberflächliche Seidenknopfnähte unter Mitfassung des Peritonealüberzuges an

dem Uterusstumpfe, letzterer oberflächlich mit dem Paquelin verschorft, mit Jodoformpulver reichlich bestreut; unter die Kette wurden allenthalben Jodoformgazestreifen geschoben. Wattecompressionsverband. Dauer der Operation nahezu eine Stunde.

Das Kind, ein lebend reifer Knabe, wog 3150 g und hatte eine Länge von 50 cm.

Patientin kam bald zu sich und klagte über brennende Schmerzen im Abdomen. Leichtes Erbrechen. Morphinum subcutan. Nachmittags war der Puls recht voll, 72 in der Minute, die Temperatur 36,6. Eispillen intern. Aufstossen und Spannung im Abdomen liessen nach, als die Blase mit Katheter entleert worden war. Morphinum-injection; ziemlich ruhige Nacht.

29. Juni. Temperatur 36,8, Puls 108. Eispillen und etwas Suppe. Kein Erbrechen. Abends vermehrte Spannung im Unterleibe. Temperatur 38,0, Puls 120. Nach der Morphinum-injection ruhiger Schlaf.

30. Juni. Temperatur 38,2, Puls 116. Trockene Zunge und Durst; Eispillen mit etwas Acid. phosphor. Verband trocken. Flatus gehen ab. Nachmittags trat Beruhigung ein. Temperatur 37,8, Puls 100. Morphinum-injection.

1. Juli. Temperatur 38,2, Puls 110. Stinkendes Secret dringt aus der Vagina hervor; nach Ausspülung der letzteren wird ein Jodoformstift (5 g) eingeschoben. Nach Genuss von Sodawasser Erbrechen, welches nach Cognac und Eisstückchen sistirt. Klyisma. Stuhlgang. Abends Temperatur 37,9, Puls 120. Morphinum-injection.

2. Juli. Temperatur 38,0, Puls 116, kleiner. Nachts über ziemlich ruhig gewesen. Patientin fühlt sich sehr schwach. Weinklysmen. Tokayer in kleinen Gaben intern. Geringe Secretion um den Stiel. Ausbesserung des Verbandes. Schmerzen im Abdomen zunehmend. Abends Temperatur 37,2, Puls 112.

3. Juli. Temperatur 37,6, Puls 112, sehr klein. Zeitweiliges Aufstossen von Gasen. Stuhl nach Klyisma. Patientin mehr collabirt. Ausspülung der Vagina. Verband trocken. Abends Temperatur 38,5, Puls 114.

4. Juli. Trotz zweimaliger Morphinum-injection sehr unruhige Nacht. Früh Temperatur 39,7, Puls unzählbar klein. Rascher Verfall der Kräfte.

5. Juli. 3 Uhr Morgens trat der Tod ein.

Sectionsbefund: „Peritonitis circumscripta, subsequente diffusa, post exstirpationem uteri (Sectio Porro). Osteomalacie. Circumscripte Peritonitis um den Stumpf der Cervix, die im unteren Wundwinkel eingelagert ist, mit streifiger Röthung des ganzen Peritoneum. Der Rumpf verkürzt, unter starker lordotischer Verkrümmung in der Lendenwirbelgegend, Thorax zusammengeschoben, breit, von vorn her abgeflacht, beiderseits an mehreren Rippen, um infrangirte und fracturirte Stellen, ringförmige Verdichtungen durch Callusmassen.

Das Becken breit, kartenherzförmig durch schnabelförmiges Vorspringen der Symphyse und starkes Hervortreten der unteren Kreuzwirbel, wodurch die *Distantia sacrocotyloidea* rechts auf 6, links auf 7 cm verengert ist. Die Spitze des Kreuzbeines tief in die kleine Beckenhöhle eingeschlagen, der Schambogen verengt, der Abstand der *Tubera ossium ischii* vorn kaum 6, hinten über 7 cm.

Die Röhrenknochen nicht verbogen, aber etwas biegsam, im schwammigen Gelenktheile mehr porotisch, in der Rinde anscheinend nicht reducirt.“

Dieser Fall bietet nun weiter nichts besonders Bemerkenswerthes; doch dürfte die Patientin dieser umschriebenen Peritonitis nicht so leicht erlegen sein, wenn ihre Kräfte schon vorher nicht gar so arg gelitten hätten.

II. *Sectio caesarea* mit Uterusnaht infolge eines grossen, in die Abdominal- und Beckenhöhle gewucherten Bauchfascienfibromes. Entwicklung einer lebend reifen Frucht. Tod der Mutter am sechsten Tage an jauchig-eiteriger Peritonitis.

K. M., 29 Jahre alt, Maurersgattin aus Niederösterreich, wurde den 29. September 1884 in die Klinik aufgenommen. Seit dem 15. Lebensjahre immer normal menstruiert, IV para, hat drei lebensreife Kinder spontan geboren. Vor 28 Monaten bemerkte Patientin zum ersten Male in der Gegend der rechten Leistenbeuge eine rundliche harte Geschwulst, die im ersten Jahre ihrer Entwicklung nur langsam gewachsen sein soll; ein damals zu Rathe gezogener Arzt erklärte den Tumor für eine Drüsengeschwulst und verordnete Einreibungen und Salben. Im Verlaufe der jetzigen Schwangerschaft nahm, nach ihrer Aussage, die Geschwulst rapid an Grösse zu, die rechte untere Bauchhälfte ausfüllend, ohne jedoch die Darm- oder Harnblasenfuction zu beeinträchtigen oder irgend welche Schmerzen zu verursachen. Indessen schwoll aber die rechte untere Extremität beträchtlich an, sowie auch das äussere Genitale, und konnte das betreffende Bein in der Hüfte nicht mehr gebeugt werden.

Die letzte Menstruation soll den 28. December 1883 eingetreten sein; die ersten Wehen den 27. September 1884, Tags darauf längere Wehenpause.

Nachdem Patientin von ihrem Arzte zu Hause ein wehenerregendes Mittel verordnet erhalten und eingenommen hatte, sollen die Wehen an Intensität und Frequenz zugenommen haben. Den 28. September, 3 Uhr früh, sei die Fruchtblase geborsten und soll das Wasser abgeflossen sein; den 29. September (am Tage ihrer Aufnahme in die Klinik) wurde angeblich um 7 Uhr früh eine vorgefallene Hand von einem Arzte zurückgeschoben.

Status praesens. Patientin zart gebaut, klein, hochgradig abgemagert. Brustorgane normal, das Zwerchfell von den Ein-

geweiden emporgedrängt, daher nebst mässiger Cyanose erschwerte Respiration. Das Abdomen sehr stark ausgedehnt; die Circumferenz desselben in der Nabelhöhe betrug 102 cm, die Entfernung des Processus xiphoideus bis zum Nabel 27 cm, vom Nabel zur Symphyse 21 cm, von der Spina anterior superior dextra und sinistra zum Nabel 35 und 24 cm.

Die Bauchdecken über den unteren Partien, besonders rechts, sehr stark ödematös, die zahlreichen Schwangerschaftsnarben wie Keiloide hervortretend. Schon bei oberflächlichem Ansehen bemerkte man, dass die Bauchhöhle von zwei Tumoren erfüllt war, die durch eine vom Epigastrium nach links herabzweigende Linie geschieden erschienen. Bei der Palpation fand man, dass nahezu die ganze rechte Bauchhälfte, von der hochgradig angeschwellenen rechten Leistengegend bis zum rechten Rippenbogen hin, von einem derbelastischen festen Tumor erfüllt war, der mit einem abgerundeten stumpfen Rande nach links zu sich abwärts senkte, gegen die Mitte hin eine Einschnürung zeigte und den unteren Theil des anderen Tumor, welcher der gravide Uterus war, mit einem breiten, derben Lappen von rechts her verdeckte. Die rechts befindliche Geschwulstmasse schien mit dem Becken in fester Adhäsion zusammenzuhängen.

Links, bis an das Zwerchfell reichend, die Milz nach hinten und oben verdrängend, befand sich der zweite grosse ovoide Tumor, welcher, wie schon erwähnt, der um den Fötus gut contrahirte, emporgedrängte Uterus war, über demselben die sehr frequenten Herztöne des Fötus deutlich zu hören. An den beiden Lendengegenden tympanitischer Schall.

Die neugebildete Geschwulstmasse schien sich ferner auch unter dem Poupart'schen Bande, gegen den rechten Oberschenkel zu erstrecken, weil daselbst eine derbe Resistenz zu tasten war. Die Beugung in der rechten Hüfte war nicht möglich; ausserdem waren an der rechten unteren Extremität nebst Oedem auch zahlreiche Varicositäten vorhanden.

Bei der internen Untersuchung musste man mit der ganzen Hand in die verlängerte Vagina eingehen, um sich orientiren zu können. Dabei fühlte man, dass die Beckenhöhle von rechts her mit derber Geschwulstmasse so erfüllt war, dass nur ein kleiner Raum übrig blieb, die geöffnete Hand nach links hoch hinauf, die gestreckte Scheide entlang, zu der Cervix zu leiten.

Nahezu verstrichene Cervix mit schlaffem Saum, Fruchtblase gesprungen, Abfluss von mit Meconium stark vermengter Flüssigkeit. Der Fruchtschädel über dem Beckeneingange, in den engen, von der Geschwulstmasse übriggelassenen Raum mässig herabgepresst. Puls der Mutter 120, Temperatur 37,0; die ziemlich kräftigen Wehen nahmen noch vor Beginn der Operation an Intensität rasch zu. Die entnommene Harnprobe, nachträglich untersucht (Prof. Ludwig), ergab folgendes Resultat: Urin etwas getrübt, sauer, gelbbraun, spec. Gewicht 1,021, einzelne Lymphkörperchen und Plattenepithelien, dem

entsprechender Albumingehalt. Chloride stark vermindert, (Zucker) reducirende Substanz in geringer Menge vorhanden.

Nach diesem Gesamtbefunde war nur der Kaiserschnitt, und zwar so bald wie möglich, vorzunehmen. Die Operation fand den 29. September um 4 Uhr Nachmittags statt, mit deren Ausführung Herr Hofrath Späth die Güte hatte mich zu betrauen, nachdem zuvor für Entleerung des Darmrohres und der Blase, Ausspülung der Vagina und Reinigung des Abdomen in üblicher Weise Sorge getragen worden. Antiseptische Cautelen. Kein Spray. Narkose. Der Schnitt begann über dem hervorgewölbten Uterus, circa 7 cm unterhalb des Processus xiphoideus, in der Mittellinie und verlief schräg herab gegen die Spina anterior superior des linken Darmbeines, in der Länge von mehr als 20 cm. Nach Durchtrennung des Peritoneum musste der Uterus in situ incidirt werden, weshalb durch ringsum eingeschobene Thymolcompressen die Bauchhöhle möglichst abgeschlossen wurde. Der Schnitt über den Uterus verlief von der Mitte des Fundus schräg herab zur unteren Insertion der linksseitigen Adnexa. Rasche Spaltung der Uteruswand mittels Knopfmesser, worauf der Fötus, der wie in breiiger Meconiummasse gebadet aussah, am Fusse extrahirt wurde. Der Uterus wurde nun sofort hervorgehoben, in seinem unteren Antheile von einem Assistenten mit beiden Händen so exact comprimirt, dass die Blutung aus den Wundrändern sogleich stillstand; währenddessen wurde der Nabelstrang abgeklemmt, die Frucht entfernt, die Placenta gelöst und von einem anderen Assistenten die Bauchdecken oberhalb des Uterus, nach Entfernung der Schwämme und Compressen, gut zusammengehalten, wobei es leider nicht vermieden werden konnte, dass breiiges Meconium zum Theile zwischen die Eingeweide gerathen war. Nach sofortiger bestmöglicher Toilette wurden unterhalb der zusammengehaltenen Bauchwundränder flache Schwämme eingelegt, um das Hervordrängen der Eingeweide hintanzuhalten. Der Uterus blieb ziemlich schlaff, blutete aber nicht. Nun wurden sechs bis sieben tiefe, die Uterusmucosa nicht mitfassende Seidenknopfnähte<sup>1)</sup>, circa  $1\frac{1}{2}$  cm von den Wundrändern entfernt, zum Verschlusse der Uteruswunde angelegt, dazwischen eine grosse Anzahl oberflächlicher, das Peritoneum hauptsächlich fassender Seidenknopfnähte (engl. Nr. 5) bis zur exacten Vereinigung der Wunde, so dass nirgends ein Klaffen der Wundränder zu bemerken war. Herr Docent Dr. Maydl, welcher die Freundlichkeit hatte zu assistiren, sorgte besonders durch rasches Mitaneinanderlegen der Uterusnähte für einen flotten und exacten Fortgang der Operation.

Als die Naht vollendet war und die manuelle Compression des unteren Uterussegmentes aufgehört hatte, blutete es nächst dem unteren Wundwinkel aus einer Venenwunde im linken Ligamentum latum, nahe der Tuba; die Blutstillung gelang schliesslich, nachdem mittels einer Massenligatur die betreffende Tuba mitgefasst worden war.

Der Uterus war nun gut contrahirt, exact vereinigt, jede Blu-

1) Carbolseide nach Czerny, englisch Nr. 3.

tung gestillt. Toilette des Peritoneum. Versenkung des oberflächlich gereinigten Uterus, über dessen Wunde das schlaff herabhängende grosse Netz wie eine Schürze ausgebreitet wurde.

Schliesslich wurden die Bauchwundränder mit sechs Silberbleiplattennähten, sowie zahlreichen oberflächlichen Seidenknopfnähten, genau vereinigt. Jodoformgaze-Compressionsverband.

Die Narkose bei dem hochgradig anämischen Individuum verlief unter der Leitung des Herrn Dr. Lorenz während der nahezu 1½ stündlichen Operation ausserordentlich ruhig.

Das bald wiederbelebte Kind, ein reifes Mädchen, wog 2790 g und hatte eine Länge von 48 cm. Nach der Operation in ihr Bett gebracht, erwachte Patientin bald und verhielt sich recht ruhig. Gegen Durst wurden zeitweilig Eispillen gereicht. Etwa zwei Stunden nach der Operation war der Puls ziemlich kräftig, 128 in der Minute, die Temperatur 37,6; Cyanose und Athemnoth verschwunden, die Respiration sehr ruhig. Die Harnblase wurde (wie auch nachträglich immer regelmässig) mittels Katheter entleert. Leicht brennende Schmerzen im Abdomen durch eine Morphiuminjection (2 proc.) gestillt, worauf auch mehrstündiger Schlaf erfolgt; im Ganzen eine recht ruhige Nacht.

30. September früh. Temperatur 37,3, Puls 128, voll und kräftig. Magendrücken und brennende Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen von galligem Schleim durch eine Morphiuminjection sistirt. Flatusabgang verschaffte sichtliche Erleichterung, weshalb ein Darmrohr eingelegt wurde, worauf reichlich Gase abgingen. Nachmittags Temperatur 38,2, Puls 140; etwas Athemnoth. Gegen den gesteigerten Durst etwas Limonade gut vertragen. Sensorium vollständig frei. Mitternachts stärkere Unruhe, einmaliges Erbrechen; nach einer Morphiuminjection und Abgang von Flatus Erleichterung.

1. October. Temperatur 38, Puls 136, voll und kräftig. Zunge mässig belegt, nicht trocken. Kein Erbrechen. Missfarbiger Ausfluss aus der Scheide; Ausspülung derselben und auch des Uterus mittels elastischen Katheters, vorsichtig unter schwachem Drucke. Jodoformstift in die Vagina eingeschoben.

Bauchwunde trocken; Lockerung der oberen Bindentouren, hierauf erleichterte Respiration. Oedem der Labien vermehrt. Patientin nimmt Mittags leichten Milchkaffee mit Appetit. Nachmittags Temperatur 38,2, Puls 140. Irrigation des Darmes mit zwei Liter lauen Wassers mittels Hegar's Trichter, worauf harte, knollige Kothmassen aus dem Rectum entfernt werden können. Reichlicher Flatusabgang. Nachts Spannung und Schmerzen im Unterleibe; trotz zwei Morphiuminjectionen unruhige Nacht.

2. October. Temperatur 38, Puls 112. Patientin erbrach früh gallige Flüssigkeit. Mittags Erleichterung, Patientin nahm Suppe mit Appetit zu sich. Nachmittags Temperatur 38,2, Puls 110. Athembeschwerden, Magendruck, viermaliges Erbrechen. Irrigation mit circa zwei Liter Wasser; hierauf breiige Stuhlentleerung und Abgang von Darmgasen.

Ausspülung der Vagina mit 2 proc. Carbollösung, Einführung eines Jodoformstiftes. Morphiuminjection. Patientin ziemlich ruhig bis gegen 3 Uhr früh.

3. October. Temperatur 38,8, Puls 116. Seit 3 Uhr früh vermehrte Unruhe. Der gelockerte Verband musste erneuert werden; die Wunde trocken, im unteren Antheile geröthet, leicht infiltrirt, die unterste Plattennaht losgelöst. Beträchtliche Schmerzen, häufiges Erbrechen. Respiration auf 16 herabgesetzt. Malagawein wurde gut vertragen. Nach einer Morphiuminjection zwei Stunden Ruhe. Nachmittags Temperatur 38,0, Puls 140, klein, schnellend; mehrmaliges Erbrechen. Abdomen mehr aufgetrieben, Patientin somnolent.

Aus dem unteren Wundwinkel sickert durch eine minimale Oeffnung etwas blutig-seröses Secret hervor. Eisbeutel.

4. October. Temperatur 38,0, Puls 146. Patientin collabirt. Aus dem unteren Wundwinkel dringen wässeriges Secret und Gasblasen hervor. Grosse Unruhe, Puls kaum mehr zu fühlen. Erbrechen.

5. October  $\frac{1}{2}$  9 Uhr früh starb Patientin.

Sectionsbefund (Prof. Kundrat): „Peritonitis purulenta ichorosa post sectionem caesaream, necrosis partialis fundi uteri. Fibroma parietis abdominis. — Körper klein, von ziemlich gracilem Knochenbau, mager; allgemeine Decke sehr blass, mit etwas schmutziggelber Verfärbung, an Gesicht, Hals und Brust eine hämorrhagische, schmutzig braune Flüssigkeit angetrocknet. Hals schlank, Brustkorb ziemlich breit, in der unteren Apertur ziemlich ausgeweitet. Brustdrüsen klein, strotzend und colostrumhaltig. Unterleib sehr stark ausgedehnt, und zwar in der Weise, dass über und links vom Nabel eine elastische stärkere Protuberanz sich findet und rechts eine härtliche über die rechte Leistenbeuge sich vorwölbt; über ersterer vier Finger unter dem Processus xiphoideus in der Mittellinie beginnend, in der Richtung gegen den oberen linken Darmbeinkamm verlaufend, eine 23 cm lange, durch Knopf- und Bleinähte geschlossene, an ihren Rändern etwas infiltrirte, verklebte und missfarbige Schnittwunde. Rechte untere Extremität und rechte Schamlippe ödematös, Schilddrüse klein, feinkörnig, in der Luftröhre eine schmutzig-seröse, braune Flüssigkeit; rechte Lunge gegen die Spitze, die linke am hinteren Umfange angeheftet, letztere in den freien Antheilen in eine zarte Gewebsvegetation gehüllt; beide vorn gedunsen, linke blutarm, rechte mässig bluthaltig. In dem hinteren Antheile ödematös schmutzigroth, die rechte in lobulären Herden von einer hämorrhagischen braunen Flüssigkeit inundirt.

Im Herzbeutel klares Serum. Herz von gewöhnlicher Grösse, starr; in seinen Höhlen schmutzigrothes dunkelflüssiges Blut und schmutzigroth imbibirte, sehr weiche Fibringerinnsel. Herzfleisch blassbraun. Aorta zart. Zwerchfell rechts bis zur dritten, links bis zur vierten Rippe hinaufgedrängt. Magen und Därme von Gasen ausgedehnt, durch schmutzige, graugrüne Exsudatmassen unterein-



ander und mit den Bauchwandungen verklebt und nach oben und links zusammengedrängt durch einen Tumor, der die ganze untere Hälfte des Bauchraumes mit Ausnahme der linken Darmbeingrube einnimmt, und so jene, aussen angegebene, rechts hervortretende Auftreibung des Bauches veranlasst; derselbe, allseits vom Bauchfelle überkleidet, sitzt mit seiner sehr breit vom rechten oberen Darmbeinstachel bis über den linken Rand der Symphyse reichenden Basis der Bauchwand auf, mit derselben so verwebt, dass die Scheide des rechten Rectus abdominis und die Fascia transversa von ihm nicht abzulösen ist, während die verdünnten Aponeurosen der schiefen Bauchmuskeln bis zur Gegend des Ligamentum Poupartii leicht abzulösen sind. Durch die Ausbauchung der letzteren und die Verschiebung des Rectus abdominis nach links hin ist an der Geschwulstmasse ein strausseneigrosser Zapfen abgegrenzt, der stark über die Leistenbeuge sich vorwölbt, während der vierfach grössere übrige Antheil der Geschwulst nach dem Abdomen vorspringt, durch dieselbe der Uterus sammt den Adnexa aus dem Beckenraume auf den linken Darmbeinteller verschoben. Uterus über faustgross, von verjauchenden eiterigen Exsudatmassen bedeckt, zeigt an seinem Fundus links eine von seiner Mittellinie bis zur Insertion der linksseitigen Adnexa reichende Schnittwunde, die durch viele Knopfnähte geschlossen ist, deren Stichöffnungen von eiterig infiltrirten Rändern umgeben; die nächstangrenzende Partie der Schnittwunde vorgewölbt, schmutzigbraun verfärbt, zunderartig gelockert, durch eiterig infiltrirtes Gewebe von der übrigen Uterussubstanz abgegrenzt. Linkes Ovarium und Tuba stark geschwellt, schwarzroth gefärbt, hämorrhagisch infiltrirt. Ligamentum ovarii und Tuba knapp am Ansatz am Uterus in eine Ligatur gefasst.

Leber geschwellt, Kapsel gespannt, Parenchym weich, ins fettig-gelbe erbleicht. Milz etwas grösser, dichter, ziemlich blutreich. Nieren geschwellt, in ihrer Rinde stark ins gelbliche erbleicht; Harnwege der linken Niere mässig erweitert, in der rechten nur der Ureter. Im Magen hämorrhagische Flüssigkeit, in den Därmen chymös-schleimige spärliche Massen.

In der Vagina und im Uterus eiterig-jauchiges Secret. Die Vagina lang ausgezerrt, sehr schlaff. Cervix und Uterus entsprechend einer kurz vorher beendigten Gravidität erweitert, letzterer von eiterig zerfallenden Deciduaesten ausgekleidet, in finger- bis daumenbreiter Ausbreitung, an der Schnittwunde im Fundus, zwischen den Nähten nekrosirt, schmutzig braun zerfallend. Linke Tuba und Ovarium, sammt dem abgeschnürten Theile der Ala vesperilionis, blutig suffundirt, missfärbig; die rechten Adnexa von der Geschwulst plattgedrückt. Die angegebene Geschwulst erweist sich als ein Fibrom, das etwas serös infiltrirt, in seinen oberflächlichen Schichten, an einer faustgrossen Stelle, von sehr weiten Venen durchzogen ist. Dieselbe hat im Ganzen die Form eines Conus, dessen breite flache Basis nach dem Bauchraume gegen die Wirbelsäule gerichtet ist, während dessen abgerundete Spitze die angegebene Vorwölbung in der Aus-

buchtung der schiefen Bauchmuskel bildet. Dieselbe haftet in der Gegend des Ansatzes des Poupart'schen Bandes, an der Symphyse und den rechten Schambeinast und die angrenzende seitliche Wand des kleinen Beckens entlang, durch Verfilzung seiner Fasern mit Fascien und Periost am festesten, umscheidet dadurch auch die Schenkelgefässe eine Strecke vor ihrem Durchtritte unter dem Poupart'schen Bande und auch die an der Seitenwand des Beckens herablaufenden Gefässe und Nerven. Sie sendet überdies einen hühnereigrossen Zapfen die Gefässscheide entlang nach abwärts bis an den kleinen Trochanter dexter.“

Kehren wir behufs einer kurzen Epikrise zu dem eben beschriebenen Falle zurück, so müssen wir sagen, dass infolge des hochgradigen räumlichen Missverhältnisses, welches das in die Beckenhöhle gewucherte Fibrom erzeugt hatte, der Kaiserschnitt unbedingt nothwendig erschien, freilich mit Rücklassung des Tumors, weil die sehr herabgekommene Patientin mit Rücksicht auf die breite Verwachsung des Tumors mit der Beckenwand diesen schweren doppelten Eingriff wohl kaum überlebt haben würde.

Würden wir die Operation nach Porro ausgeführt haben, so hätte der Stumpf an der linken Bauchwand und relativ hoch oben befestigt werden müssen. Bei der starken Spannung und Dehnung der Vagina war vorauszusehen, dass nachträglich an dem Stumpfe, für den nun in der links übriggebliebenen Beckenhöhle freilich Platz genug gewesen wäre, ein für die Heilung gefährlicher starker Zug nach abwärts ausgeübt worden wäre.

Die bedeutende Schlaffheit des entleerten Uterus drängte zur Anlegung der Naht, die wir jedoch von vornherein schon in Aussicht gestellt hatten.

Da ferner die Uterussubstanz relativ dünn und sehr schlaff war, so glaubten wir von der Ablösung des Peritonealüberzuges oder Resection von Uterusmuskulatur absehen zu können, und vereinigten (ausser mehreren tiefen) durch zahlreiche, ganz oberflächliche, 1—1½ cm vom Wundrande entfernte Seidenknopfnähte die Uteruswunde, wobei die äusseren Wundränder zum grössten Theile, bei der Schlaffheit des Uterus, sich leicht nach innen einfalzen liessen. Bei der Section zeigte es sich, dass nach sechs Tagen die Uteruswunde nirgends geklafft hatte, die Vereinigungsstelle im unteren Antheile vollständig intact geblieben, im oberen Antheile, gegen den Fundus des Uterus zu, die Muskelsubstanz nekrotisch geworden ist.

Eine Anlöthung des grossen Netzes, welches über die Uteruswunde ausgebreitet worden ist, hat, wie bei der Section ersicht-

lich war, nicht stattgefunden. Weiter verlief die Schnittwunde an dem Uterus, entsprechend der schrägen Bauchdeckenwunde, ebenfalls in schräger Richtung, da die Herausnahme des Uterus nicht möglich war und letzterer so um seine Längsachse rotirt erschien, dass seine linksseitigen Adnexa mehr nach vorn zu liegen kamen.

Drains wurden nach der Operation nicht eingelegt, weil der untere Wundwinkel an den Bauchdecken für den Douglasraum zu hoch gelegen ist und der Vaginalfornix (behufs Drainage von der Scheide aus) schwer zugänglich war. Wenn wir am 3. October, als nach Ablösung der untersten Plattennaht Secret aus dem unteren Wundwinkel der Bauchdecken hervorgesickert war, keine Eröffnung und Drainage mehr vornahmen, so erklärt sich dies daher, dass, abgesehen von dem nur blutig-serösen Secrete, die Patientin bereits so collabirt war, dass man einen günstigen Effect von der Drainage wohl nicht mehr erwarten konnte.

Was schliesslich den Tumor betrifft, so war dieser ein serös durchfeuchtetes, derbes Fibrom, welches extraperitoneal, von der hinteren rechten Rectusscheide und der Fascia transversa ausgehend, einerseits gegen die Bauchhöhle, andererseits gegen die Beckenhöhle zu gewuchert war und einen Fortsatz längs der grossen, rechtsseitigen Schenkelgefässe und Nerven herabgesendet hatte.

Dieses Fibrom gehört seinem Sitze und zugleich seiner bedeutenden Ausdehnung nach gewiss zu den Seltenheiten.

Man hat Fibrome an allen Schichten der Bauchdecke beobachtet, darunter relativ häufig solche, die, von den hinteren Rectusscheiden und der Fascia transversa ausgehend, in die Bauchhöhle gewuchert waren, sonst aber, selbst bei beträchtlicher Grösse, genau umgrenzt, beweglich, ohne Zusammenhang mit den Nachbarorganen; in unserem Falle dagegen hatte der Tumor keine Beweglichkeit und keine genaue Begrenzung. Der allgemeinen Erfahrung über derartige Fibrome entsprach nur das schmerzlose Wachsthum des Tumor und ferner, dass das betreffende Individuum eine jüngere Multipara war, bei welcher Letzterer solche Fibrome am häufigsten beobachtet worden sind. In der in jüngster Zeit erschienenen Arbeit von Sänger<sup>1)</sup> über desmoide Ge-

---

1) Dieses Archiv, Bd. XXIV, Heft 1. Dasselbst die betreffenden Literaturangaben. Nicht citirt ist dort ein Fall von Albert's Klinik, siehe Rosenmeyer: Die Neubildungen der Bauchdecken. Wiener medicinische Blätter 1882, Nr. 29—32, sowie ein von Gusserow operirter Fall, siehe Rosenthal, Charité-Annalen 1884, S. 363.

schwülste der Bauchdecken finden wir mehr als 70 aus der Literatur bekannte Fälle von solchen Fibromen angeführt (darunter circa 60 reine Fibrome), von denen nur ein kleiner Bruchtheil bei männlichen Individuen vorkam; davon wurde die Mehrzahl mit günstigem Erfolge, selbst nach Resection von grossen Stücken des Peritoneum, exstirpirt. Die Aetiologie dieser Bauchwand-fibrome betreffend, möchte ich bemerken, dass mir Sängers Ansicht, diese Tumoren seien Geschwülste des Sehnengewebes und ihre Ursprungsstätten seien die wahren Inscriptiones tendineae, die Sehnen und Aponeurosen der Bauchmuskeln, als die richtigste erscheint.

Wenn man die chirurgische Betrachtung über Bauchwand-tumoren gewöhnlich mit der Bemerkung schliessen kann, dass man die radikale Entfernung derselben, auch bei bedeutender Grössenentwicklung und nach Mitnahme ausgedehnter Stücke von Bauchmuskeln und des Bauchfelles, im Allgemeinen mit günstiger Chance unternehmen kann, so hätte leider in unserem Falle wegen ausgedehnter Adhäsion und Umscheidung von grossen Gefässen und Nerven die Entfernung des Fibromes wohl nicht mit günstigem Erfolge ausgeführt werden können, und es wäre die Patientin, bei dem in letzter Zeit raschen Wachstume des Tumor, nach Ausfüllung der Beckenhöhle auch sicher bald ihrem Leiden erlegen.

---