

in ausreichender Weise zu verschaffen. So habe ich die Arbeit Ottokar Weydlich's (zwei Kaiserschnitte nach Porro bei vollkommener Vaginalatresie. Prager med. Wochenschrift XIII. 4. p. 29. 1888) leider nicht benutzen können. In umfassendster Weise habe ich die Schrift des Herrn Docenten Dr. L. Kessler in Dorpat. Ueber die Behandlung der Geburt bei Atresie der Vagina (Berliner klin. Wochenschrift 1887. 29) meiner Arbeit zu Grunde gelegt.

Nachdem Kessler¹⁾ kurz erwähnt, welche geringe geburts-helfliche Bedeutung den Verwachsungen im unteren Abschnitt der Scheide zukommt, wendet er sich zum hohen Scheidenverschluss und schreibt: ihm haften alle die Gefahren an, welche Spiegelberg²⁾ in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe schildert: „Das Narbengewebe nimmt an der in der Schwangerschaft und Geburt stattfindenden Lockerung nicht Theil; und selbst nach Durchtrennung desselben wird nicht immer Platz genug für den Durchtritt des Kindes geschaffen, weil das Narbengewebe zu weit in die Umgebung sich erstreckt, und eine Eröffnung von Nachbarrhöhlen, Einschnitte in das Beckenbindegewebe bei völliger Discision nicht zu vermeiden wären. Trotzdem kann man zu dieser tiefen Durchtrennung gezwungen werden, will man es nicht auf Zertrümmerung der Nachbarschaft ankommen lassen. — Dilatation mit stumpfen Instrumenten, mit Quellschubstangen nützt hier wenig, die tieferen Incisionen sind kaum je zu umgehen; wo man trotz derselben Weiterreissen der Schnitte oder zu lange und gefährliche Geburtsverzögerung zu erwarten hat, verkleinere man die Frucht bald. Aber selbst diese eingreifenden Operationen führen bisweilen nicht zu dem erhofften Ziele der Erhaltung der Mutter.“ — Deshalb rät Spiegelberg auf Grund einer mit anderweitiger Behandlung von ihm selbst gemachten traurigen Erfahrung, „da wo aus Lage der Verhältnisse von vornherein weite Zertrümmerung der Scheide und ihrer Nachbarschaft zu erwarten steht“, sich sofort zum Kaiserschnitt zu entschliessen; „denn die Extraction auch eines verkleinerten Kindes durch den engen, zerschnittenen und zertrümmerten Canal ist einer der für die Mutter schlimmsten Eingriffe.“

Kessler schreibt nun weiter. „In Anwendung gekommen ist dieses Verfahren durch Levy,³⁾ die Frau starb am 3. Tage; und durch Galabin⁴⁾ mit demselben Erfolg.

„Nun ist es ja gewiss nicht statthaft, allein auf die beiden ersten ungünstig ausgegangenen Fälle hin schon über eine vorgeschlagene Behandlungsweise ein absprechendes Urtheil zu fällen, falls diese nur rationell ist, und sich nicht schon a priori begründete Einwendungen gegen sie erheben lassen.

„Gegen die Sectio caesarea bei Atresie der Vagina jedoch ist bereits vor 20 Jahren von einem Referenten des Levy'schen Falles (l. c.) und neuerdings wieder von Breisky⁵⁾ ein schwer wiegendes principiell bedenkliches geltend gemacht worden; mit grossem Recht betont letzterer, dass „in solchen Fällen eine der schlimmsten Indicationen für den Kaiserschnitt vorliegt, weil die Erhaltung der Mutter durch die Behinderung des freien Lochialabflusses⁶⁾ im höchsten Grade gefährdet ist“ und seines Wissens noch niemals gelang.“

Hieran knüpft Kessler nun den Satz: „Unter diesem Gesichtspunkte wird man dann aber die letalen Ausgänge nach den Operationen von Levy und Galabin schwerlich mehr als accidentelle auffassen können, sondern als durch die gegebene Situation mit Nothwendigkeit bedingte ansehen müssen.“

Es ist mir indess bei einem von mir ausgeführten Kaiserschnitt gelungen, die Gefahr der Behinderung des freien Lochialabflusses durch Drainage des Uterus durch die Bauchdecken zu umgehen, und ich erlaube mir, den Fall nachstehend der Oeffentlichkeit zu übergeben.

Die Anamnese lautet: Ilse Zelau, 37 Jahre alt, lettischer Nationalität, Schmiedsfrau, Ipara, ist seit 10 Jahren verheirathet und hat als Mädchen stets normal menstruiert. Bald nach ihrer Verheirathung hat sie das erste Mal concipirt. Die Schwangerschaft verlief normal. Bei der Geburt hat ihr ein Curpfuscher auf roheste Weise seine Hülfe angedeihen lassen und die weichen Geburtswege förmlich zerfleischt, ohne jedoch zu dem beabsichtigten Ziele zu gelangen. Am anderen Tage wurde ein Arzt (derselbe ist bereits seit Jahren todt) und eine Hebamme (dieselbe, die auch jetzt zugegen ist) hinzugezogen. Ersterer extrahirte das Kind todt mit der Zange.

Patientin machte darauf ein sehr schweres und langwieriges Wochenbett durch; sie soll wochenlang „in einem Feuer gebrannt haben.“ Die Scheidenwände verwachsen fast vollständig mit einander. Nach den Aussagen der Hebamme ist die Verwachsung von der Tiefe aus allmählich weiter nach vorn geschritten.

¹⁾ l. c.

²⁾ Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe, 2. Aufl., 1882, p. 465.

³⁾ Referat seines Falles in Monatsschrift für Geburtskunde, 1863, Bd. XXI, Supplement p. 179.

⁴⁾ London obstetr. transactions, XVIII, p. 252.

⁵⁾ Breisky, Krankheiten der Vagina, 1879, p. 60.

⁶⁾ Breisky meint hier also offenbar nicht vollständige Atresia vaginalis, sondern nur hochgradigste Stenose der Scheide.

IV. Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt bei nahezu vollständiger Vaginalocclusion mit glücklichem Ausgang für Kind und Mutter.

Von Hans Adolphi, Schloss Nitau in Livland.

Zunächst spreche ich mein Bedauern darüber aus, dass es mir nicht gelungen ist, die für vorliegende Arbeit nöthige Litteratur mir

Seit diesem Wochenbette traten die Menstruationen nicht ganz regelmässig auf und dauerten 10 Tage. Das Blut floss nicht stetig, sondern wurde stossweise durch die stenosierte Scheide getrieben, wobei jedesmal wehenartige Schmerzen auftraten. Patientin ist meist obstruiert und kann nur dann die Fäces halten, wird der Koth aber weicher oder gar flüssig, so fiesst er continuirlich ab. Im Laufe der Jahre ist Pat. bei verschiedenen Aerzten¹⁾ gewesen, stets aber mit der Bemerkung, dass nur in Dorpat die nöthige Operation vorgenommen werden könne, abgewiesen worden. Zu der letzten Reise hat sie sich aber nicht entschliessen können. Zum letzten Mal hat sie im Frühling vorigen Jahres ärztliche Hülfe gesucht und eine Medicin erhalten. Bald darnach verlor sie die Regel. Pat. war damit sehr zufrieden und glaubte es als eine Wirkung der Arznei ansehen zu dürfen. Darauf bemerkte sie einen rasch wachsenden Tumor im Abdomen, den sie jedoch für ein pathologisches Gewächs hielt. In diesem Glauben wurde sie noch dadurch bestärkt, dass im Herbst und auch im Winter mehrfache Blutungen aus den Geschlechtstheilen auftraten, die jedesmal ca. 14 Tage lang anhielten und von Pat. als Menstruationen angesehen wurden. Mitte Januar dieses Jahres liess sie sich von der Hebamme untersuchen und diese constatirte Schwangerschaft.

Nach ca. 2 Monaten begannen denn auch am 24. März Abends 8 Uhr die Wehen, die anfangs gering waren, von 7 Uhr Abends des folgenden Tages an aber sehr heftig auftraten. Jetzt erst wurde nach mir geschickt, und ich stellte, als ich am 26. März 2 Uhr Morgens eintraf, folgenden Befund fest.

Patientin ist von mittlerer Statur, Panniculus adiposus gut entwickelt, Knochenbau normal. Leibesumfang entsprechend dem Ende der Schwangerschaft; Bauchdecken stark gespannt; Schwangerschaftsnarben; Fundus uteri 4 Finger breit über dem Nabel. Kopf im Beckeneingang, Steiss im Fundus, Rücken rechts, kleine Theile links oben. Kindliche Herztöne am deutlichsten rechts von der Linea alba, unterhalb des Nabels, Frequenz 144 in der Minute. Wehen sehr kräftig und schmerzhaft. Der Damm ist nicht vorhanden. Zwischen den Labien hindurch gelangt der explorirende Finger in einen 3 cm tiefen, trichterförmigen Sack, dessen Wände von überaus straffem, mit Schleimhaut ausgekleidetem Gewebe gebildet sind; die hintere, zum Rectum hin gelegene Wand ist offen, und es communicirt der Sack nahezu in seiner ganzen Tiefe mit dem Mastdarm. Von der Spitze des trichterförmigen Sackes aus lässt sich eine feine Sonde noch einige Millimeter tiefer als der Finger in die Weichtheile einführen. Portio und Muttermund sind nicht zu fühlen, ebenso wenig der Kopf, auch nicht während der Wehen. Per Rectum findet man weitere Narbenmassen in den tieferen Theilen der Scheide; von hier aus ist der Kopf zu fühlen, doch erlaubt das straffe Narbengewebe nicht, ihn zu heben.

Die Wehen folgten Schlag auf Schlag und waren von enormer Stärke. Das Weib war im Gesicht stark geröthet, in Schweiß gebadet, rollte mit den Augen, schlug mit den Händen um sich und schrie und stöhnte vor Schmerzen.

Dass die Geburt spontan nicht erfolgen konnte, war bei der fast vollständigen Occlusion der Scheide und dem überaus festen und massenhaften Narbengewebe, auf das die nun schon 7 Stunden in vollster Stärke tobenden Wehen keinerlei Wirkung hatten ausüben können, ohne weiteres klar. Eine eingreifende Operation war also absolut nöthig. Ich entschloss mich aus Gründen, die ich weiter unten näher angeben will, zu der Sectio caesarea.

Von Seiten des Mannes stiess meine Proposition auf keinerlei Widerstand; die Frau wurde nicht um ihre Einwilligung gefragt, als ich mich jedoch mehrere Tage später bei ihr erkundigte, ob sie vor der Operation gewusst habe, was mit ihr vorgenommen werden würde, bejahte sie meine Frage und setzte hinzu, dass ihr alles gleich gewesen wäre, da sie völlig davon überzeugt gewesen, dass ihr Leben in jedem Falle nur noch nach Stunden zu messen sei.

Ich gab der Kreissenden 0,02 g Morphinum subcutan und hatte die grosse Beruhigung, dasselbe wirken zu sehen. Die Wehen liessen nach, und ich konnte hoffen, Zeit zu gewinnen, einen Collegen hinzuzuziehen, um nicht ohne jegliche sachverständige Assistenz eine schwere Operation ausführen zu müssen. Immerhin war es fraglich, ob der nächste, 37 km entfernt wohnende College rechtzeitig eintreffen würde, denn wenn auch die Uterusruptur verhindert werden konnte, so musste doch der jedenfalls stark maltrairte Uterus (die Temperatur der Kreissenden stieg im Laufe des Morgens) die Prognose trüben.

Um 4 Uhr Morgens floss nach den Aussagen der Hebamme ein wenig Blut und Fruchtwasser aus der Scheide ab. Es bestand also keine absolute Atresia vaginalis. Dieses hatte ich bereits vermuthet, da kaum anzunehmen war, dass nach der Conception noch wesentliche Veränderungen der alten Narbenmassen vor sich gegangen.

Um 6 Uhr und um 10 Uhr war ich durch die stürmischen Wehen gezwungen, die subcutane Morphinumgabe (je 0,02 g) zu wiederholen, trotz der Gefahr, dass dadurch die nach der Operation so sehr wichtigen Uteruscontractionen leiden konnten. Schlaf trat keinen Augenblick ein.

Endlich traf Herr College Dr. Deeters ein, und wir überlegten nochmals gemeinschaftlich, wie wir entbinden sollten. Zwei Möglichkeiten kamen in Frage, entweder nach dem Vorgang Kessler's per vias naturales oder vermittelt Kaiserschnitts.

Nahmen wir die Durchtrennung der Narbe und Wiederherstellung des Scheidencanals vor, so musste es sehr leicht zu Einschnitten in das Beckenbindegewebe und zur Eröffnung von Nachbarhöhlen kommen, Verletzungen, die das Leben der Frau im höchsten Grade gefährdeten. Ich erinnere an die eingangs erwähnten

Worte Spiegelberg's, der dieser Operation nur ein äusserst schlechtes Prognostikon stellen kann und dringend zum Kaiserschnitt rath.

Bei dem Gefässreichthum des Operationsfeldes waren schwere Blutungen mit absoluter Sicherheit vorauszusehen; und wie derselben Herr werden? Irgend welche Instrumente, die sich mit einigem Erfolge als Scheidenhalter verwenden liessen, standen uns nicht zu Gebote, ich wäre also gezwungen gewesen zu operiren, ohne das Operationsfeld überblicken zu können. Wie sollte ich unter diesen Verhältnissen Unterbindungen oder Umstechungen in der Tiefe vornehmen, zumal, da ich nur über einen einfachen Dieffenbach'schen, auffallend kurzen Nadelhalter verfügte. Die künstliche Herstellung des Vaginalcanals erschien uns daher schon der technischen Schwierigkeiten wegen einem Todesurtheil, das über die Mutter ausgesprochen, gleich zu kommen. Es war sehr möglich, dass die Frau unter meinen Händen verblutete, ein Ergebniss, das selbstverständlich äusserst deprimirend auf den Arzt wirken muss, insbesondere, wenn es sich um die erste Operation handelt, die man im Leben vornimmt.

Und nun zu dem Kinde. Wird es gelingen, den Schädel des Kindes unperforirt durch die zerschnittenen Narbenmassen zu bringen? So lange die Mutter noch am Leben ist, und man auf sie Rücksicht zu nehmen hat, nach den Erfahrungen Spiegelberg's kaum. Dasselbe lehrt auch der Kessler'sche Fall. Und liegt die Mutter in der Verblutungsagone, so dürfte der nachträglich ausgeführte Kaiserschnitt die beste Chance für das Kind bieten. Das Kind ist also bei der Entbindung per vias naturales als verloren anzusehen, es sei denn, dass man, wenn die Mutter während der Operation stirbt, schliesslich doch noch zum Kaiserschnitt schreitet, wobei jedoch die Erhaltung des Kindes keineswegs sicher ist.

Also im günstigsten Falle Mutter gerettet, Kind todt, oder Mutter todt, Kind gerettet; möglicher Weise aber auch Mutter und Kind todt.

Ganz anders gestaltet sich bei der von vornherein vorgenommenen Sectio caesarea die Prognose für das Kind. Nach den Worten Schröder's¹⁾ „müssen alle Kinder, die bei Beginn der Operation vollständig lebensfrisch waren, auch lebend geboren werden.“ Dass Kessler in seinem Fall beim Kaiserschnitt die Rettung des kindlichen Lebens zweifelhaft hält, erscheint mir übertrieben. Da die Frequenz der fötalen Herztöne zur Zeit völlig normal ist, so ist für das Leben des Kindes nichts zu fürchten. Dieser Umstand musste sehr schwer in's Gewicht fallen, da die Prognose für die Mutter beim Kaiserschnitt nicht schlimmer gestellt werden konnte, als bei der ersten Operation, ja es schien uns, dass sie sogar um einiges besser war, jedenfalls konnte ich hoffen, die Sectio caesarea zu Ende zu führen, ohne an einer Leiche operiren zu müssen.

Die grösste Gefahr drohte unzweifelhaft von Seiten der Lochien. Der restirende Vaginalcanal verlief sicherlich nicht gerade, das bewies die nur wenige Millimeter eindringende feine Sonde,²⁾ die Vaginalstenose war eine hochgradige, auf einen ausreichenden Abfluss der Lochien per vias naturales dürfte also nicht gerechnet werden. Ebenso erschien es auch unthunlich, vom Uterus her sich einen Weg durch die Narbenmassen zu bahnen und so Raum für die Drainage des Uterus durch einen künstlich hergestellten Canal hindurch zu schaffen, denn es konnte der richtige Weg verfehlt werden, es konnten Blutungen eintreten, die wir zu stillen ausser Stande waren.

Nichts lag daher näher, als die Quelle der Lochien, den Uterus zu entfernen. Wir durften uns aber nicht verhehlen, dass die Porro'sche Operation grosse Schwierigkeiten bieten würde, vielleicht ganz unmöglich war. Ich kann mich den Bedenken, die Kessler in seinem Falle gegen die Amputatio supravaginalis in's Feld führt, nur voll anschliessen.

Wie werden sich die inneren Genitalien und ihre Nachbarschaft präsentieren? Durch das schwere Wochenbett, das Patientin nach der ersten Entbindung durchgemacht, waren möglicher Weise Verhältnisse geschaffen, die das Anlegen der elastischen Ligatur verhinderten. Dürfte ich es wagen, bei manueller Compression, die bei den ungünstigen Verhältnissen des Operationsfeldes nur ungenügend ausfallen konnte, die Amputatio utero-ovarica vorzunehmen? Würde es mir gelingen bei der starren, unnachgiebigen Scheide in der Tiefe die Blutung zu stillen, die Naht und Uebersäuerung mit der nöthigen Exactheit auszuführen? Ich glaubte diese Fragen verneinen zu müssen. Wollte ich jedoch den Stumpf extraperitoneal behandeln, so musste bei den zu erwartenden Verhältnissen die Amputation sehr hoch im Uterus vorgenommen werden, wodurch die Lochienbildung nicht coupirt, also auch der Zweck der Operation nicht erreicht wird. Der Porro'sche Kaiserschnitt, der schon unter gewöhnlichen Verhältnissen hohe Anforderungen an die Geschicklichkeit des Operateurs stellt, konnte hier ganz bedeutend grössere

¹⁾ Ich erlaube mir, an dieser Stelle zu bemerken, dass mir die Frau völlig unbekannt war, da ich mich erst im December vorigen Jahres hier als Arzt niedergelassen habe.

¹⁾ Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe VIII. Aufl., 1884, p. 367.

²⁾ Der Durchmesser der Sonde beträgt 1 mm.

Schwierigkeiten bieten und dem entsprechend das Leben der Frau in weit höherem Grade gefährden.

Vielleicht lagen nun aber auch die Verhältnisse nicht so schlimm, und der Porro'sche Kaiserschnitt war doch möglich. Der letzte Entscheid konnte erst nach erfolgter Laparotomie getroffen werden. Erschien dann die Porro'sche Operation undurchführbar, so musste der conservative Kaiserschnitt an ihre Stelle treten.

Die Blutung war hierbei nicht zu umgehen, da die Wehen jedoch kräftig waren, konnten wir hoffen, dass der Blutverlust keine lebensgefährlichen Dimensionen annehmen würde.

Wo sollten aber die Lochien bleiben? Per vias naturales konnten sie aus den bereits angeführten Gründen unbehindert unmöglich abfließen. Ein freier Abfluss des Lochialsecrets musste aber geschaffen werden, denn nach den Worten Breisky's¹⁾ ist die Erhaltung der Mutter durch die Behinderung des freien Lochialabflusses im höchsten Grade gefährdet und seines Wissens noch niemals gelungen.

Die Pillore'sche Utero-Abdominalnaht (Utero-Parietalnaht) bezweckt im wesentlichen Aufhebung der Communication zwischen Uterin- und Bauchhöhle und Erguss der Secretion nach aussen. Die physiologische Verkleinerung des puerperalen Uterus wird jedoch durch die Nähte behindert und übt ihrerseits eine gewaltige Zerrung auf die Nähte aus, so dass dies Verfahren, so geistreich es auch erdacht ist, sich mit Recht keine Anerkennung hat verschaffen können.

Wir entschlossen uns zur Drainage des Uterus, um die Lochien durch die Bauchhöhle hindurch herauszuführen, ein in diesem Falle gewiss berechtigtes, wenn auch recht gefährliches Unternehmen, da von dem nicht völlig vernähten Uterus aus Blutungen und Uebertritt des Lochialsecrets in die Bauchhöhle erfolgen konnten, wodurch Veranlassung zu entzündlichen Processen gegeben werden musste. Jedoch, es schien mir verlockender, als das Pillore'sche Verfahren.

Das Resultat unserer Ueberlegung war also: Kaiserschnitt, wenn möglich nach Porro, falls nicht, so conservativ mit Drainage des Uterus durch die Bauchdecken.

Das Rectum der Frau wurde nach Möglichkeit entleert, Clystiere waren jedoch erfolglos, da, wie oben erwähnt, der Sphincter ani functionsunfähig war. Darauf wurden die Bauchdecken mit Seife und Carbollösung gewaschen und die Harnblase mittelst Katheter entleert. Die Instrumente lagen in 5%iger Carbollösung, ebenso Schlauch und Drainrohr. Wir desinficirten uns Hände und Unterarme. Das waren die desinficirenden Vorbereitungen, auf die wir uns beschränken mussten. Die Seide, die zur Verwendung kam, hatte ich 3 Monate vorher in Sublimatlösung (1:1000) gekocht und seitdem in Alkohol aufbewahrt, jedoch war sie mehrfach gebraucht worden, also an die Luft gekommen. Schwämme hatten wir keine sicheren, wir benutzten daher Wattebäusche.

Die Leitung der Narkose und die Assistenz übernahm freundlichst Herr College Deeters. Die Wirkung des Chloroforms liess sehr lange auf sich warten. Die kindlichen Herztöne wurden noch einmal controllirt, sie waren gut. Um 2 Uhr Nachmittags begann ich die Operation.

Den Bauchschnitt streng in der Linea alba begann ich circa 6 cm über der Symphyse und führte ihn, den Nabel links umkreisend, bis zur Höhe des Fundus uteri. Die Bauchdecken wurden bis auf die Fascia transversa durchschnitten, und die Stillung der Blutung vorgenommen, ein Gefäss musste unterbunden werden. Darauf wurden Fascia transversa und Peritoneum einzeln auf einer Hohlsonde durchtrennt. Von Seiten der Eingeweide wurden uns weder jetzt, noch auch später, irgend welche Schwierigkeiten gemacht. Der Uterus wurde nach Möglichkeit aus der Abdominalhöhle hervorgewälzt. Die Umschnürung mit dem Gummischlauch gelang nicht, da sehr bedeutende perimetritische Stränge im Douglas'schen Raume bestanden. Die Porro-Operation wurde aufgegeben.

Nun durchschnitt ich, mit dem Messer am Fundus ansetzend, den Uterus genau median auf einen Zug. Sobald die Wunde es erlaubte, fuhr ich mit zwei Fingern der linken Hand in die Uterushöhle und setzte, zwischen denselben das Messer führend, den Schnitt so weit fort, dass Dr. Deeters das Kind, das er an den in der Wunde sich präsentirenden Beinen erfasst hatte, extrahiren konnte. Der Kopf folgte leicht dem Zuge. Das Kind wurde abgenabelt, stiess einen leisen Schrei aus, und wurde der Hebamme mit der Weisung, es zum weiteren Schreien zu veranlassen, übergeben.

Unterdess suchte ich durch Compression und Massage die im Momente des Durchschneidens des Uterus recht erhebliche Blutung zu beschränken, was auch gelang. Dr. Deeters löste die links unten sitzende Placenta und entfernte sie und die Eihäute, worauf der Uterus sich gut contrahirte, und die Blutung stand.

Im Nebenzimmer, wo sich Hebamme und Kind befanden, herrschte Grabesstille. Ich eilte hin, und es glückte mir, durch Aspiration (vermittelt Gummikatheter) der Schleimmassen in den Luftwegen und nachfolgende thermische Hautreize (Eintauchen des Kindes abwechselnd in warmes und kaltes Wasser) die Asphyxie des Kindes bald zu beseitigen.

Die Orientirung über den Zustand des Cervicalcanals war leider ver säumt worden. Das Drainrohr, circa 30 cm lang, 1 cm stark und mit 3 Fenstern versehen, wurde in den Uterus eingeführt und zum unteren Wundwinkel herausgeleitet. Der Peritonealüberzug sass so straff der Gebärmutter auf, dass nur durch Unterminirung der Serosa und Resection der

Uterusmuskulatur die Säger'sche sero-seröse Naht sich hätte ermöglichen lassen. Dies Verfahren hätte, da wir ohne elastische Ligatur operiren mussten, zu neuen Blutungen Veranlassung gegeben, und unterblieb daher. Die Nähte wurden unter Vermeidung der Decidua, aber unter Mitfassen der Serosa durch die ganze Dicke des Uterus angelegt, dazwischen wurden noch ein paar oberflächliche Nähte gesetzt (doppelreihige Knopfnäht). Die Schnittländer lagen sehr gut aneinander. Ich kann mich den Erfahrungen, die Zweifel¹⁾ bei seinen Operationen gemacht, nur anschliesen: „Wo je die Einfaltung des Peritoneum nicht anders gelingt, als auf Kosten einer Resection, da halte ich es für weit richtiger, auf die Falznaht ganz Verzicht zu leisten, als sich um ihrer Willen mit dem Zustutzen der Wundlippen aufzuhalten. Gerade in diesen Fällen ist die sero-seröse Naht gar nicht nothwendig, gerade wo die Serosa sich durchaus nicht in Falten heben lässt, liegen ihre Schnittländer beim Knoten der tiefen Nähte haarscharf an einander, weil sie straff gespannt ist.“

Die Abdominalhöhle wurde mit Wattebäuschen vom eingedrungenen Blut und Fruchtwasser gesäubert. Darauf wurde das Drainrohr durch die Bauchdecken, im unteren Wundwinkel mittelst einer durchgelegten Ligatur fixirt, hinausgeführt, und die Bauchhöhle durch Nähte, die das Peritoneum mitfassten, geschlossen.

Die Narkose war bis hierher vorzüglich gewesen. Während der Bauchnaht spitzte sich jedoch die Nase der Frau zu, die Augen sanken ein, der Puls wurde schwach und unregelmässig. Eine bereits vor der Operation in Bereitschaft gesetzte Pravaz'sche Spritze Schwefeläther, subcutan applicirt, coupirte den drohenden Collaps. Chloroform weiterhin zu geben, wurde nicht mehr gewagt. Da die Frau bald gegen das Nähen heftig zu reagiren begann, begnügten wir uns mit noch einigen oberflächlichen Nähten, obgleich dieselben noch enger hätten angelegt werden können. Darauf wurde der Leib des Weibes gesäubert, und ein Jodoformverband angelegt.

Chloroformerbrechen trat nicht auf.

Trotz 4 stündlicher Gaben von Secale corn. pulv.²⁾ zu 0,5 g trat am nächsten Morgen, den 27. März, 18 Stunden nach beendeter Operation eine heftige atonische Nachblutung auf. Ich fand um 4 Uhr Nachmittags den Verband und das Bett von Blut durchtränkt. Unter dem Bett befand sich eine Blutlache. Aus der Scheide war kein Blut geflossen. Der Puls hatte eine Frequenz von 120 Schlägen in der Minute, die Temperatur betrug 37,9°. Secale corn. pulv. wurde in den nächsten 24 Stunden 3 stündlich zu 0,5 g genommen. Darnach wurde das Pulver wieder 4 stündlich, dann 5 und schliesslich 6 stündlich, im Ganzen etwa anderthalb Wochen lang gegeben.

28. März, 7 Uhr Abends. Sehr häufiges Erbrechen, Meteorismus, hohe Empfindlichkeit der Bauchdecken, Schmerzen im Leibe. Allgemeinbefinden sehr schlecht. Puls 120. Temperatur 38,0°. Ich präparirte der Patientin eine Mischung von Wasser, Zucker, Cognac und Eigelb, wie es in der Universitäts-Entbindungsanstalt zu Dorpat, unter Leitung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Prof. Dr. M. Runge, bei septischem Puerperalfieber üblich war. Von diesem Getränk liess ich Patientin stündlich einen Esslöffel voll nehmen. Der Cognac wurde jedoch am folgenden Tage auf's Entschiedenste zurückgewiesen, und ich musste mich mit Krim'schen Weinen begnügen.

29. März, 4 Uhr Nachmittags. Patientin hat nur 3 Mal erbrochen und fühlt sich wohler. Puls 120. Temperatur 37,5°. Es scheint, dass das Erbrechen auch sein Gutes hat, denn während des Brechens fliesst das Lochialsecret reichlicher aus dem Drainrohr, und die Schmerzen im Leibe lassen unmittelbar darauf nach.

30. März, 6 Uhr 30 Minuten Abends. Die Lochien fliessen in geringem Grade auch aus der Scheide. Meteorismus und Schmerzen haben bedeutend nachgelassen. Patientin fühlt sich wohler. Puls 110. Temperatur 37,3°.

31. März, 6 Uhr 30 Minuten Abends. Seit 24 Stunden kein Erbrechen mehr. Lochialsecret fliesst zum grössten Theil per vaginam, jedoch nur stossweise, wobei wehenartige Schmerzen auftreten. Subjectives Wohlbefinden erheblich besser. Appetit. Spontaner Stuhl. Die Harnblase muss noch ein paar Tage lang mit dem Katheter entleert werden. Puls 110. Temperatur 37,7°.

1. April, 6 Uhr 30 Minuten Abends. Patientin fühlt sich wohl. Kein Stuhl. Puls 120. Temperatur 38,3°.

2. April, 5 Uhr Nachmittags. Durch das Drainrohr wird wieder mehr Lochialsecret, das recht übelriechend ist, entleert. Kein Stuhl. Puls 120. Temperatur 38,9°.

3. April. Ein Esslöffel Ol. Ricin., 3 Mal Stuhl.

4. April, 5 Uhr Nachmittags. Das Lochialsecret riecht wenig und wird nur per vaginam ausgestossen. Allgemeinbefinden und Appetit sehr gut. Puls 104. Temperatur 38,2°. Ein Theil der Nähte wird entfernt, die Hautwunde ist in ihrem unteren Theil nicht per primam geheilt. Die Naht, mit der das Drainrohr in der Bauchwunde fixirt worden, war auf der einen Seite vollständig, auf der anderen Seite zum grössten Theil durchgeschnitten, so dass das Rohr weit herausgetrieben stand.³⁾ Möglicher Weise ragte das Ende des Drain bereits frei in die Bauchhöhle, jedenfalls aber sahen die Fenster in dieselbe hinein. Das Drainrohr wurde daher entfernt.

5. April, 5 Uhr Nachmittags. Der Rest der Nähte wird entfernt. Puls 114. Temperatur 38,4°.

Darauf schwankt längere Zeit der Puls zwischen 114 und 98, die Temperatur zwischen 38,2° und 38,5°. Aus der Drainstelle wurde anfangs recht viel eitriges Secret ausgestossen. In acht Tagen hat sich bei Cauteri-

¹⁾ Archiv f. Gynäkol. 1887. XXXI. Bd. 2. Heft p. 197.

²⁾ Das Pulver war acht Tage vorher frisch bereitet worden.

³⁾ Selbstverständlich lag das Drainrohr, als ich am 2. April meine letzte Visite machte, noch vollständig normal. Wahrscheinlich ist es während eines Stuhlganges am heutigen Tage um 2 Uhr Nachmittags herausgetrieben worden.

sation mit *Argentum nitricum* in Substanz der Canal in der Tiefe geschlossen. Nach zwölf weiteren Tagen völliger Verschluss. Puls und Temperatur sind schon zwei Tage vorher (29 Tage nach der Operation) normal. Patientin fühlt sich äusserst wohl und kann ohne Schmerzen im Bett sitzen. Drei Tage darauf beginnt sie vorsichtig mit dem Aufstehen.

Au den zwölf letzten Fiebertagen erhielt Patientin Abends 0,5 g Antifebrin. Sie war mit den Pulvern sehr zufrieden, gab an, eine wohlthuende Wirkung derselben zu verspüren und fühlte sich in der Nacht wohler als am Tage. Ol. Ricin. kam häufig zur Verwendung.

Das Kind, ein sehr kräftig entwickeltes Mädchen (24 Stunden nach der Geburt: Gewicht 3600 g, Länge 51 cm, Kopfumfang 36 cm), ist bei Kuhmilchnahrung prächtig gediehen.

Als ich Ende April meine Patientin zum letzten Mal besuchte, stand ich, in der Voraussetzung, dass ich sie vor der Publication des Falles noch einmal sehen würde, von einer genauen Untersuchung ab. Diese meine Hoffnung hat sich leider bis jetzt (Ende Juni) nicht realisirt. Ich kann daher keine Auskunft darüber geben, ob die peritonitischen Erscheinungen zu einer Verwachsung des Uterus mit den Bauchdecken geführt haben, oder nicht. Ich habe jedoch immer wieder Nachrichten über die Frau gehabt, sie erfreut sich der allerbesten Gesundheit und ist zu jeglicher Arbeit fähig.

Indem ich nun noch einmal auf die völlig unzureichenden und geradezu armseligen Verhältnisse, unter denen die Operation ausgeführt und die Nachbehandlung geleitet werden musste, hinweise, glaube ich zum Schluss betonen zu dürfen, dass der protrahirte und gefahrvolle Wundverlauf sicherlich nicht allein von dem eingeschlagenen Operationsverfahren an sich verschuldet worden ist. Ich bin mir dessen bewusst, dass mein Vorgehen in seinen einzelnen Punkten von Manchem nicht gebilligt werden wird, mit dem endlichen Erfolge: lebendes und kräftig sich entwickelndes Kind, völlig gesunde und nicht sterilisirte Mutter kann ich mich jedoch zufrieden geben.

Nachschrift vom 7./19. Juli 1888. Die erste Menstruation ist vor etwa vier Wochen eingetreten. Sie unterschied sich von den Menstruationen vor der letzten Schwangerschaft darin, dass sie kürzere Zeit dauerte, das Blut stetig floss und keinerlei Schmerzen auftraten.