

## VI. Klinische Mittheilungen.

Von Prof. Dr. H. Fischer in Berlin.

### 1. Hernien und Herniotomien während der Gravidität und im Wochenbette.

Im Anschluss an einen von mir jüngst mit gutem Erfolge operirten Fall einer während des Geburtsactes incarcerirten Hernie möchte ich wieder auf die in praxi immer noch zu wenig beachtete Thatsache hinweisen, dass die Hernien sich während der Gravidität erst dann zurückziehen pflegen, wenn der wachsende Uterus die Därme zurückdrängt und die Bruchpforte verlegt. Auch dies geschieht nicht immer, zumal wenn Verwachsungen des Bruchinhalts mit der Pforte bestehen oder adhärente Därme zwischen Gebärmutter und Bruchpforte liegen bleiben, oder auch, wenn eine starke seitliche Verschiebung des schwangeren Uterus die Bruchpforte frei erhält. Es prolabiren daher die Brüche während der Schwangerschaft sehr häufig, und ihre Gefahren bleiben während derselben bestehen. Wenn sie sich aber auch retrahiren, so können doch während des Geburtsactes, besonders in dem Moment, wo die Krampfwehen beginnen und der Uterus sich schnell verkleinert, die Bruchpforten plötzlich frei und die Hernien gewaltsam hervorgepresst und eingeklemmt werden. Kleine, bisher wenig oder gar nicht beachtete Brüche pflegen sogar während der ersten Hälfte der Schwangerschaft, die ja als das wesentlichste ursächliche Moment für die Entstehung von Brüchen bei jungen Frauen zu betrachten ist, eine beträchtliche Vergrößerung zu erfahren, da die Bruchpforten sich erweitern und der beständig zunehmende Umfang, auch die wechselnde Gestalt des Leibes die Zurückhaltung des Bruches erschweren. In dieser Zeit werden daher auch die Einklemmungen von Brüchen bei Schwangeren am häufigsten beobachtet. Immerhin scheint dies Ereigniss doch sehr selten einzutreten. Ich habe mit den von B. Schmidt (Varges' Zeitschrift Bd. 6, Heft 2) und von Perrichot (Thèse de Strassbourg 1869) erwähnten und mitgetheilten Fällen nur etwa 24 Fälle aus der Litteratur zusammenstellen können — freilich, ohne auf eine erschöpfende Durchforschung derselben Anspruch zu erheben. Da die Mehrzahl dieser Beobachtungen nichts Besonderes darbietet, so will ich nur erwähnen, dass sie, soweit die meist dürftigen Berichte genauere Angaben bringen, acht Schenkel-, fünf Leisten- und zwei Nabelbrüche betrafen und dass sich in einigen Fällen die Einklemmung während mehrerer, schnell aufeinanderfolgender Entbindungen wiederholt hat. Wenn man aber bedenkt, dass sich die Frauen während der Gravidität schonen und alle die Schädlichkeiten vermeiden, welche eine Brucheinklemmung zu vermitteln pflegen, so ist es auch leicht zu verstehen, dass diese ein seltenes Ereigniss ist. Es handelt sich doch auch meist um alte Brüche mit weiten Pforten, die nicht so leicht eingeklemmt werden. Während der Entbindung aber pflegen tüchtige Hebammen die Brüche mit den Händen zurückzuhalten und so die Einklemmung derselben zu verhüten.

Ich habe, den anfangs erwähnten Fall eingerechnet, im ganzen zweimal bei Wöchnerinnen und sechsmal bei Schwangeren Gelegenheit gehabt, die Herniotomie, resp. Taxis zu verrichten. Zwei der Schwangeren waren im dritten, zwei im fünften und zwei im sechsten Monate der Gravidität. Von diesen acht Fällen betrafen vier Nabel-, drei Schenkelbrüche, und einmal handelte es sich um einen Leistenbruch. Es starben von ihnen zwei in der vorantiseptischen Zeit an Peritonitis septica, die dritte an Shok kurz nach der Operation. Ich will nur einige Fälle kurz berichten, die auch sonst noch einiges Interesse darbieten.

a) Der Bruch bestand während der Gravidität weiter und klemmte sich während derselben ein.

Im Sommer 1866 während der Kriegszeit wurde ein 18 Jahre altes Mädchen in der Charité von der Cholera station auf die äussere Station gelegt. Sie war während der Nacht als Cholera Kranke aufgenommen worden. Bei der Morgenvisite wurde die Einklemmung eines taubeneigrossen, straff gespannten Schenkelbruchs, den die Patientin vorher nicht bemerkt hatte, festgestellt. Sie war im vierten Monate einer verhehllichten Schwanger-

schaft. Die Einklemmung geschah 24 Stunden vor ihrer Aufnahme beim Heben einer schweren Last. Heftiges, doch nicht sterkorales Erbrechen und der grosse Collaps der Patientin (Vox rauca, kalte Extremitäten, kleiner, frequenter Puls) hatten bei flüchtiger Untersuchung während des Höhepunktes der Epidemie die Diagnose auf Cholera ermöglicht. Bei der Operation erschien der Darm zwar stark bläulich verfärbt, doch glatt und glänzend. Nach derselben traten unstillbares Erbrechen, später auch Abortus und bald darauf die trostlosen Erscheinungen der septischen Peritonitis ein. Die Section bot sonst nicht Bemerkenswerthes dar.

b) Der Bruch bestand während der Schwangerschaft weiter und klemmte sich während der Entbindung ein.

Bei einer 32jährigen, zum vierten Male entbundenen Frau trat in der letzten Geburtsperiode ein alter, durch ein Bruchband niemals zurückgehaltener Nabelbruch plötzlich stark hervor und trotzte allen Repositionsversuchen. Er hatte die Grösse eines Apfels. Die Patientin wurde, als sich nun auch lebhaftere Schmerzen und Erbrechen einstellten, am dritten Tage nach der Entbindung in das Allerheiligenhospital zu Breslau gebracht und dort sofort von mir operirt. Es fand sich dabei eine Umdrehung der Darmenden um ihre Längsachse im Bruchringe, so dass die beiden Darmenden bei der Einklemmung vollständig verschlossen waren. Wir mussten daher den Nabelring sehr weit spalten, um eine völlige Aufrollung der Därme bewirken zu können. Da dieselben bereits mit einander verklebt waren, so bot das Verfahren grosse Schwierigkeiten, glückte aber doch ohne Läsion der Därme. Die Patientin ist genesen.

In einem ähnlichen Falle bei einer 40jährigen Erstgebärenden fanden wir die Dünndarmschlingen eines grossen, irreponiblen Nabelbruchs zu einem Knoten unter sich und mit dem Bruchsack ver wachsen und unter diesem eine kleinere, lebhaft geröthete Partie des Coecum eingeklemmt. Nach Erweiterung der Bruchpforte gelang die Reposition des Coecum leicht. Das Convolut verwachsener Dünndarmschlingen mussten wir aber im Bruchsack liegen lassen, da sich die Lösung der derben Adhäsionen als unmöglich herausstellte. Die Patientin ging an Collaps kurz nach der Operation zugrunde.

c) Der Bruch war während der Schwangerschaft retrahirt und klemmte sich während der Entbindung ein.

Diesen Modus beobachteten wir bei einer Frau von 24 Jahren, die sich drei Jahre vor ihrer Verheirathung eine kleine Schenkelhernie zugezogen und durch ein gutes Bruchband geschützt hatte. Während der ersten Gravidität verschwand die Hernie vollständig. Bei der sehr schweren und langdauernden Entbindung aber trat sie plötzlich und so stark hervor, dass sie von der Hebamme nicht zurückgebracht werden konnte. Zwei Stunden nach der Entbindung gelang die Taxis in der Chloroformnarkose.

Es bedarf keiner besonderen Betonung, dass für die Behandlung der Brüche während der Gravidität und des Geburtsactes dieselben Regeln gelten, wie für die Brüche im allgemeinen. Leider wird das Tragen der Bruchbänder den Schwangeren besonders lästig. Sie legen sie daher bald ab, wenn auch die Brüche hervortreten. Auch ist es schwer, für den wachsenden und wechselnden Umfang des Leibes ein passendes beständig zur Hand zu haben. Das deutsche Bruchband in allen seinen Modificationen verschiebt sich zu leicht, beengt und presst die Trägerin besonders stark, wenn es gut schliessen soll. Ich lasse daher das englische Bruchband während der Schwangerschaft tragen. Es hält den Bruch gut zurück, verschiebt sich nicht bei Bewegungen, besonders beim Auf- und Niedersitzen, und belästigt die Trägerin nicht durch Umschnürung des ganzen Leibes.

Bei kleinen Nabelhernien Schwangerer hat sich mir die Anlegung von Heftpflasterstreifen, wie man es bei Kindern macht, gut bewährt, wenn die Frauen noch eine gute Leibbinde darüber tragen; bei grossen lasse ich die Frauen meist liegen und beim Herumgehen den Bruch, so gut es geht, mit einer Leibbinde und Pelotteneinlage schützen. So habe ich kleine Schenkelbrüche während der Gravidität bei zwei jungen Frauen heilen sehen, da sie viel lagen und beständig ein englisches Bruchband trugen.

Man hat früher die Herniotomie während der Gravidität und im Wochenbette sehr gefürchtet und peinlich vermieden; doch stets zum Unheile der Kranken. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Herniotomie kurz nach den erschöpfenden Momenten der Entbindung durch Shokerscheinungen bedrohlicher Natur, und eine solche während der Gravidität durch Eintritt des Abortus gefährlicher als unter gewöhnlichen Verhältnissen werden kann. Beide Verhängnisse haben wir trotz der geringen Zahl unserer Beobachtungen erlebt und die Patientinnen verloren. Es ist deshalb gerathen, Schwangere nicht in der allgemeinen Narkose, sondern während der Infiltrationsanästhesie Schleich's zu operiren, um durch Abwendung des Erbrechens die Gefahr des Abortus zu vermeiden, und Wöchnerinnen sofort nach der Entbindung und unter allen Kautelen der Laparotomie zu operiren, ehe die schweren Collapserscheinungen der Incarceration beginnen, damit diese nicht dem Shok nach der Operation die Hand reichen.