

Aus der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Prof.
Dr. Madurowicz in Krakau.

Ueber einige Fälle von Sectio caesarea.

Von

Dr. Stanislaus Braun,

I. Assistent.

In den letzten 25 Jahren führte man mehrere Male an der Klinik des Prof. Madurowicz Sectio caesarea aus; der grössere Theil derselben wurde erst nach dem Tode, nur behufs Rettung der noch lebenden Früchte gemacht; dagegen bot sich nur drei Mal während dieses Vierteljahrhunderts Gelegenheit, dieselbe Operation an Lebenden auszuführen. Wenn sich auch hier und da Fälle fanden, in denen Beckenverengerung eine Indication für Sectio caesarea bildeten, und in denen wir jetzt ohne langes Zögern zur selben schreiten möchten, begnügte man sich auf der Krakauer Klinik bis auf die letzten Jahre entweder damit, dass man Abortus herbeiführte, wenn die Schwangere sich frühzeitig gemeldet hatte, oder dass man excerebrirte, wenn die Frucht schon reif war. Nur der Ausbildung der Antisepsis haben wir es zu verdanken, dass wir jetzt auch schon wegen bedingter Anzeige Sectio caesarea ausführen, ohne dabei irgend welche Gefahr für die Mutter oder Frucht zu befürchten. Die Sterblichkeit der Mütter nach der alten Sectio caesarea war im Vergleiche mit der nach den neueren Methoden und bei jetziger Antisepsis eine ungeheuerere.

I. Sectio caesarea nach alter Methode.

Das erste Mal führte Madurowicz den Kaiserschnitt im Jahre 1870 an einer lebenden Frau aus¹⁾, bei der die Geburt

1) Przegląd lekarski 1870, S. 153.

infolge Verschlusses des kleinen Beckens durch ein Neurom auf natürlichem Wege nicht zu Ende gebracht werden konnte. Das Neurom ging von dem rechten Nervus ischiadicus aus, und gelangte mit der Zeit zu so ausserordentlicher Grösse, dass es das ganze Becken verengte; starke Verwachsungen mit der Umgebung liessen es nicht in die Bauchhöhle zurückbringen, ebenso konnte man es von der Scheide aus vermittels Messer nicht weg-schaffen; an Verkleinerung desselben (Troicart) liess seine Härte nicht denken.

In Anbetracht eines solchen Geburtshindernisses führte Ma-durowicz den Kaiserschnitt nach der alten Methode aus, das geborene Kind weckte man bald aus seiner Ohnmacht, die Mutter aber starb drei Tage nach der Operation. Man liess, wie es die alte Methode vorschreibt, die nicht zusammengenähte Gebärmutter in der Bauchhöhle zurück; ungeachtet guter Contraction derselben trat eine innere Blutung und Peritonitis infolge Austrittes der Lochien in die Peritonealhöhle ein. Das Mikroskop lehrte den anatomischen Bau des Tumor.

Ganz anderen Erfolg erhielten wir an den anderen zwei an der Lebenden ausgeführten Kaiserschnitten. Dieselben gehören in das letzte Schuljahr 1887/88.

II. Sectio caesarea nach Porro.¹⁾

Sophie K., eine unverheirathete, 36 Jahre alte Frau, menstruirte zum ersten Male im 20. Lebensjahre. Sie hatte weder geboren noch abortirt. Die letzte Menstruation erschien im Februar 1887; die ersten Fruchtbewegungen fühlte sie im Juli desselben Jahres.

Am 28. November 1887 fand sich folgender Zustand: Die sehr schlecht gebaute und schlecht genährte Person ist im Ganzen 120 cm lang (Zwergin), zeigt alle Erscheinungen durchgemachter Rhachitis; eine apfelgrosse Struma am Halse; die Stimme ist heiser, Temperatur regelmässig, Pulszahl 86 in der Minute, in beiden Lungenspitzen tuberkulöse Infiltration, Herztöne leise, aber rein. Die Frau ist das erste Mal schwanger, die lebende Frucht befindet sich in zweiter Schädellage, der Schwangerschaftsmonat

1) Dieser Fall ist ausführlich beschrieben in „Przegląd lekarski“ vom 14. Januar 1888.

mag der zehnte sein. Die Beckenmessung ergab: Distantia spinarum 20 cm, Distantia cristarum 22 cm, Distantia trochanterum 27 cm, Conjugata externa 15 cm, Conjugata diagonalis $7\frac{1}{2}$ cm, Conjugata vera 6 cm, Circumferentia pelvis 65 cm.

Im Urine fand man nichts Abweichendes. Wir hatten es also mit einem allgemein verengten, flachen, rhachitischen Becken zu thun. In Anbetracht dessen, dass die Frau sehr schlecht genährt und gebaut, dass sie tuberkulös und dabei Idiotin ist, dass sie schon älter und spätere Schwangerschaft ebenso ihr wie auch der Menschheit keinen Nutzen bringen wird, entschlossen wir uns zur Ausführung des Kaiserschnittes nach Porro.

Herr Prof. Madurowicz war so liebenswürdig, mir die Operation zu überlassen, wofür ich ihm gleich hier meinen besten Dank ausspreche. Am 30. November, nachdem Wehen eingetreten waren, schritt ich zur Ausführung derselben. Sie dauerte $1\frac{1}{2}$ Stunden; von der Eröffnung der Bauchhöhle bis zur Geburt des Kindes verflossen im Ganzen 20 Minuten. Der Verlauf nach der Operation war ein vollkommen günstiger, die Körpertemperatur schwankte bis zur Entlassung zwischen 37° — $37,5^{\circ}$ C., die Pulszahl zwischen 84—96 in der Minute. Weder Erbrechen noch Uebelkeiten, noch Schmerzen im Bauche. Am 4. Januar 1888 verliess die Frau gesund die Klinik; das vollkommen entwickelte Kind war schon früher einer Amme zur Pflege übergeben worden.

III. Sectio caesarea nach Sänger.

Im Juni 1888 meldete sich die 24 Jahre alte Frau N. N. aus Bochnia (Galizien), welche nie abortirt und nie geboren hatte, auf unserer Klinik. Sie begann im 18. Lebensjahre zu menstruierten, das letzte Mal hatte sie menstruiert im September 1887, die ersten Fruchtbewegungen fühlte sie im Januar 1888. In den Kinderjahren konnte sie zwei Jahre nicht gehen; sonst war sie immer ganz gesund.

Gegenwärtiger Zustand: Die 120 cm lange, schlecht genährte Zwergin zeigt ausgeprägte Symptome in den Kinderjahren durchgemachter Rhachitis; Körpertemperatur regelmässig, Pulszahl 86 in der Minute, Zunge feucht, etwas belegt, Herz und Lunge gesund. Ipara im zehnten Schwangerschaftsmonate, erste Schädellage einer lebenden Frucht, allgemein verengtes,

flaches, rhachitisches Becken. Maasse: Distantia spinarum $20\frac{1}{2}$ cm, Distantia cristarum 26 cm, Distantia trochanterum 28 cm, Conjugata externa 17 cm, Conjugata vera 8 cm, Circumferentia pelvis 80 cm.

Auf Grund dieses Befundes schlossen wir jede Möglichkeit eines natürlichen Verlaufes der Geburt aus und dachten an Beendigung derselben entweder durch Excerebration oder durch Kaiserschnitt aus bedingter Anzeige.

Weil die Frau gut genährt, kräftig und ziemlich verständig war, entschlossen wir uns zu Sectio caesarea nach Sänger.

Am 8. Juni 1888 schritt ich um 10 Uhr Vormittags, nachdem Wehen begonnen hatten, zur Operation (nach vorausgegangener Vorbereitung der Schwangeren zu derselben). Es wurde ein Knabe, etwas ohnmächtig, geboren, aber bald wiederbelebt; die gut zusammengezogene Gebärmutter brachte ich nach genauer Anlegung fester fortlaufender Etagennähte (Catgut) in die Bauchhöhle zurück. Die innere Schleimhautfläche wurde vorher mit einer Carbonsäurelösung gewaschen und mit Jodoformpulver bestreut.

Die Narkose vertrug die Frau nicht zum Besten; denn im Augenblicke, als ich die Gebärmutter aus der Bauchhöhle hervorhob, verfiel sie in eine so tiefe Asphyxie, dass ich eine Weile mit der Operation einhalten musste, um die Mutter zu retten. Nach Bespritzen des Brustkastens mit kaltem Wasser und künstlichen Athmungsversuchen nach Silvester fing die Frau an wieder regelmässig zu athmen. Der Collaps scheint mehr die Folge der Verminderung des Bauchhöhlendruckes nach Herausheben des vergrösserten Uterus, als eine Folge der Chloroformnarkose gewesen zu sein.

Die Operation dauerte im Ganzen eine Stunde; von der Eröffnung der Bauchhöhle bis zur Geburt des Kindes 25 Minuten.

Nachdem die Frau erwacht war, verabreichte man ihr Secale cornutum im Klystier und zehn Tropfen Tincturae opii zur Linderung der Schmerzen im Unterleibe, über welche sie klagte.

Der weitere Verlauf liess nichts zu wünschen übrig; nach einer einmaligen kleinen, mit dem Vergrössern der Brustdrüsen zusammenfallenden Temperaturerhöhung ($38,2^{\circ}$) blieb dieselbe nachher immer regelmässig, Pulszahl hatte nie 100 in der Minute überschritten, weder Uebelkeiten noch Erbrechen; Urin wurde täglich mittels Katheter entleert, die erste Darmausleerung drei Tage nach der Operation.

Am 14. Juli 1888 verliess sie die Klinik vollkommen gesund; das Kind, welches nach der Geburt 3300 g wog und 51 cm lang war, hatte man schon früher einer Amme zur Pflege übergeben.

Es wird behauptet, dass nach Sectio caesarea nach Sänger die Gebärmutter nicht beweglich sei, weil sich eine adhäsive Entzündung mit der Bauchwand entwickle. Ich hatte in den letzten Tagen (14. August 1888) Gelegenheit, meine Operirte (Fall III) wieder zu untersuchen und fand, dass der Uterus nach allen Seiten hin beweglich ist. Ja, die Frau behauptet, dass sie vor zwei Wochen ganz wie zuvor ohne Schmerzen menstruiert habe.

IV. Ein Fall von natürlicher Zerreissung des Uterus während der Geburt infolge narbiger Verengerung des Scheideneinganges. (Sectio caesarea nach dem Tode.)¹⁾

Die 26 Jahre alte Ryfka W. hat vom 15. Lebensjahre zu menstruiren begonnen, das letzte Mal menstruierte sie vor neun Monaten. Vor fünf Jahren hatte sie das erste Mal geboren; die Frucht war ausgetragen, aber todt mittels Forceps geboren. Das Wochenbett soll wegen eines Geschwüres in der Scheide länger als gewöhnlich gedauert haben. Jetzt ist sie wieder schwanger; die ersten Fruchtbewegungen bemerkte sie vor fünf Monaten, seit drei Tagen fühlt sie dieselben nicht mehr. Vor drei Tagen ging das Fruchtwasser ab, einige Stunden nachher begannen die Wehen, welche aber unterwegs auf der Reise mit der Bahn von Brzesko nach Krakau plötzlich aufhörten. Keine Metrorrhagie.

Der Zustand am Tage der Aufnahme (Ende Februar l. J.) war folgender: Mitteltgrosse Frau, deren Gliedmaassen kühl, Gesichtszüge verschärft, Pulszahl 140, Körpertemperatur regelmässig, Respiration beschleunigt, Gesicht cyanotisch, kein Oedem an den Knöcheln. Durch die aufgetriebenen, äusserst schmerzhaften stark gespannten Bauchdecken lässt sich nichts genau tasten. Jedenfalls fühlte ich Uterusumrisse bis zum linken Rippenbogen heraus. In der Scheide kann kaum der kleine Finger durch eine narbige Querverengung dringen. Gleich hinter derselben fühlte ich den Kopf des Kindes mit zur Symphyse gerichteter kleiner Fonta-

1) Dieser Fall wurde ausführlich in der „Wiener medicinischen Presse“ 1888 veröffentlicht.

nelle. Nach mehrmaliger Incision der Narbe und Ausführung einiger Züge mit dem Forceps verfiel die Gebärende in einen Collaps, aus dem ich sie nicht mehr retten konnte. Nach Sicherstellung des Todes führte ich die Sectio caesarea aus, fand aber den Rumpf der bereits todtten, gar nicht erweichten oder faulen ausgetragenen Frucht in der Bauchhöhle zwischen den Gedärmschlingen in erster Schädellage, den Uterus in dem vorderen Grunde von der Vagina losgerissen und nur im hinteren Grunde durch eine schmale Brücke mit der Scheide verbunden. Die Ränder der Risswunde zeigten einen grünlichen Exsudatbelag, zum Beweise, dass der Riss nicht während der Operation, sondern schon längere Zeit vorher erfolgt war. Die Krankheit scheint folgenden Verlauf gehabt zu haben: Nach der ersten Geburt entwickelte sich infolge länger dauernden Geburtsactes (wegen schwacher Wehen, denn das Becken war ganz regelmässig) ein Decubitalgeschwür der Scheide mit nachfolgender narbiger Verengerung derselben. Während der zweiten Geburt konnte die stark pressende Gebärmutter die Frucht durch die verengte Scheide nicht durchdrängen, sie gelangte fast ganz in den stark erweiterten Gebärmutterhals und führte auf diese Weise eine Zerreissung herbei.

Dieser Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant: erstens erfolgte der Riss im Gebärmutterhalse in der vorderen Wand, gewöhnlich begegnet man ihm in der hinteren Wand; zweitens verlief der Riss quer; drittens hielt die Frau durch eine längere Zeit so schwere pathologische Veränderungen aus. Es scheint auch nur deshalb keine Blutung erfolgt zu sein, weil der Kopf der Frucht die Risswunde an die Symphyse drückte und auf diese Weise dieselbe tamponirte.

V. Meningitis sub forma Eklampsiae parturientium. (Sectio caesarea nach dem Tode.)

Convulsionen während der Schwangerschaft, während der Geburt oder Wochenbett sind gewöhnlich Symptome einer Eklampsie, seltener sind sie hysterischer, epileptischer oder meningitischer Natur. Je nach der Aetiologie ist auch die Prognose eine verschiedene; dieselbe ist viel günstiger bei hysterischen, weniger günstig bei epileptischen, ungünstig bei meningitischen oder eklamptischen Convulsionen. Die Erkenntniss der Grundlage der Krankheit ist daher von sehr grosser Wichtigkeit, nicht nur der Vorhersage, sondern auch der Behandlung halber.

Während die hysterischen Convulsionen bei anämischen, nervösen Personen vorkommen und nie mit Verlust des Bewusstseins verbunden sind, bleibt das Bewusstsein bei allen drei übrigen Formen fast nie erhalten.

In solchen Fällen, in denen wir nebst Convulsionen Albumin im Harn nachweisen, Anasarca vorhanden ist und andere Symptome für Nephritis sprechen, sagen wir, wir haben mit einer Eklampsia parturientium zu thun. Wenn wir aber ausser Convulsionen, Verlust des Bewusstseins, keine weiteren Veränderungen finden, so ist die Entscheidung über die Natur derselben eine schwierige. Es kann uns dann die Anamnese zur Lösung des Räthsels verhelfen. Epileptische Anfälle haben sich schon früher während und vor der Schwangerschaft wiederholt. Auf diese Weise würde es sich noch um die Differentialdiagnose zwischen echter Eklampsie und Meningitis handeln. Dass eben solche Differentialdiagnose in manchen Fällen unmöglich ist und erst auf dem Sectirische sich herausstellt, beweist ein Fall, den ich jetzt beschreiben will.

Die 36 Jahre alte Frau Sophie K. befindet sich jetzt (8. März 1888) im achten Schwangerschaftsmonate. Sie hatte bereits fünf Mal geboren, alle Geburten verliefen regelmässig, ebenso fühlte sie sich bis jetzt ganz wohl. Vor drei Tagen fing sie an, über Kopfschmerzen, Schlafsucht, Schwachsein, Appetitmangel zu klagen; einen Tag vorher stürzte sie von der Treppe herab, verfiel bald darauf in allgemeine Convulsionen und verlor das Bewusstsein. Sie kehrte nicht mehr zu demselben zurück. Der Zustand am Aufnahmetage war folgender: Die Kranke ist gross gewachsen, gut genährt, ohne Bewusstsein, ohne Oedem an den Knöcheln; Körpertemperatur erhöht (40°C.), Pulszahl 150 in der Minute, Gesicht cyanotisch, Gesichtszüge verschärft, Zunge trocken, belegt, Respiration verlangsamt (8 in der Minute), Rasselgeräusche in der Trachea aus der Ferne hörbar, deutliches Oedema pulmonum, Herztöne leise. Uterus und Frucht konnten dem achten Monate entsprechen. I. Schädellage. Die Frucht lebt. Bei innerer Untersuchung fand ich Schwund der Portio vaginalis, Erweiterung der äusseren Oeffnung für einen Finger. In der Klinik wiederholten sich die die Eklampsie kennzeichnenden Convulsionen nur zwei Mal. Im Urine fand ich kaum eine Spur von Eiweiss, keine Cylinder.

Die Kranke bekam zuletzt ein gewöhnliches reines Klystier,

dann ein Klystier mit Chloralhydrat; in den Uterus führte ich behufs Hervorrufung stärkerer Contractionen eine Bougie ein. Ausserdem injicirte ich einige Male Aether, sonst verhielt ich mich ganz abwartend. Als die Kranke nach $\frac{1}{2}$ Stunde starb, führte ich die Sectio caesarea aus, um wenigstens das Kind zu retten. Das lebendig geborene Kind war anfangs etwas ohnmächtig, wurde bald aus seiner Ohnmacht erweckt; nach einiger Zeit starb es jedoch an Lungenatelectase.

Die Section der Mutter zeigte ausser Oedema pulmonum eine ausgeprägte Leptomeningitis purulenta.
