



Casuistischer Beitrag

zur

Porro'schen Methode des Kaiserschnittes.

Inaugural-Dissertation,

der medicinischen Facultät der Universität Heidelberg

vorgelegt

von

Rudolph Frey,
prakt. Arzt in Neckar-Bischofsheim



Decan:

Geh. Rath Dr. Gegenbaur.

Referent:

Prof. Dr. Kehr.



HEIDELBERG.

Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.

1883.



Casuistischer Beitrag

zur

Porro'schen Methode des Kaiserschnittes.

Inaugural-Dissertation,
der medicinischen Facultät der Universität Heidelberg

vorgelegt

von

Rudolph Frey,
prakt. Arzt in Neckar-Bischofsheim.

Decan:

Geh. Rath Dr. Gegenbaur.

Referent:

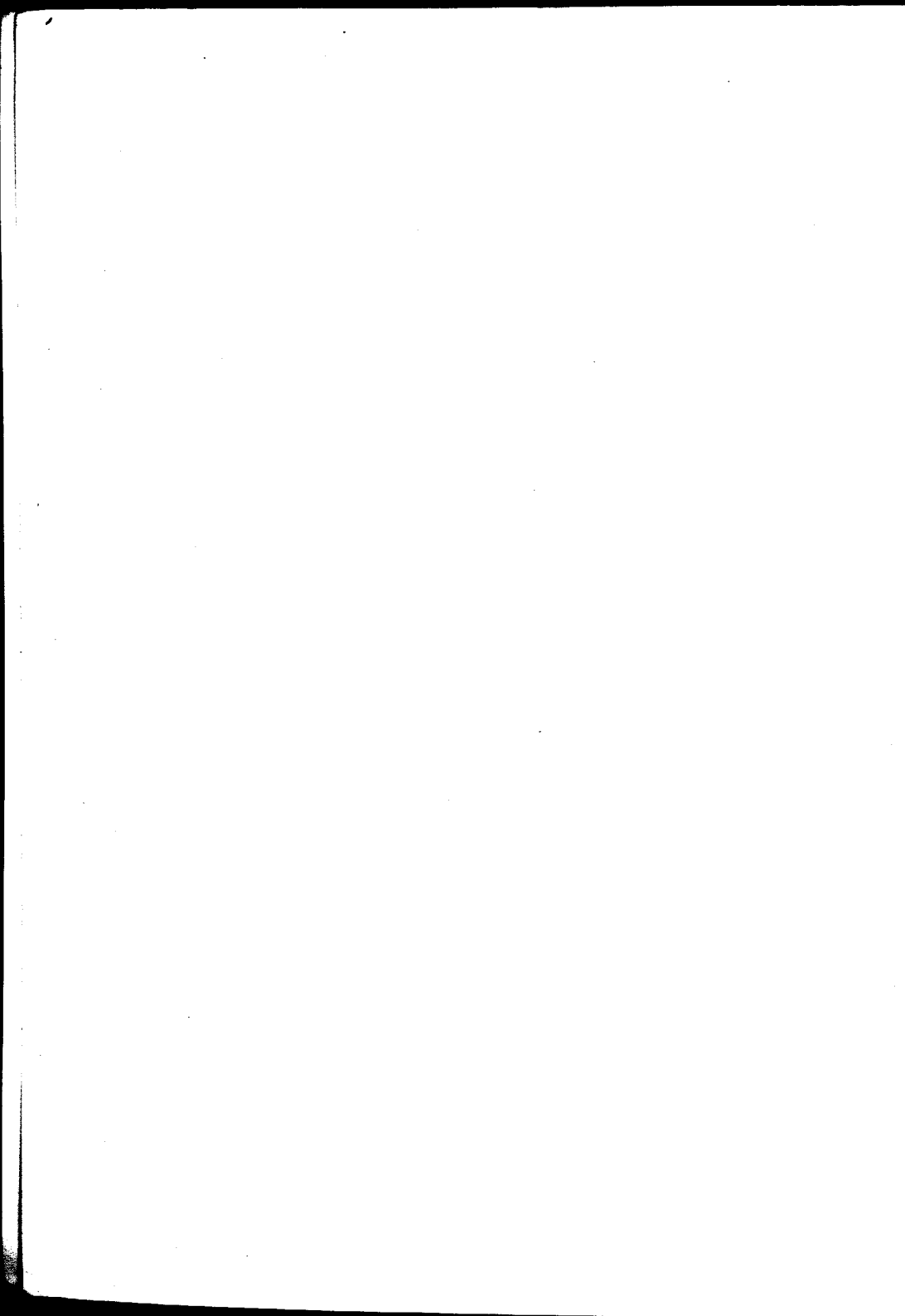
Prof. Dr. Kehler.



HEIDELBERG.

Universitäts-Buchdruckerei von J. Hörning.

1883.



Die zuerst von Porro im Jahre 1876 bei einer Gebärenden mit hochgradiger Beckenenge ausgeführte Exstirpation des Uterus und der Ovarien hatte sich rasch unter den Geburtshelfern Eingang zu verschaffen gewusst und stand im Begriffe, die alte Methode vollständig zu verdrängen, als neuerdings, namentlich in Deutschland wieder Stimmen laut wurden, welche einem modificirten Kaiserschnitt mit Erhaltung des Uterus für uncomplicirte Fälle das Wort reden.

Jedoch haben auch die Gegner des Porro (Schlemmer, Kehler, Sänger) für gewisse Fälle (septische Infection des Uterus, Corpusfibrome, Atresie der Cervix, resp. der Vagina) die Ueberlegenheit der Porro'schen Methode über jedes andere Kaiserschnittsverfahren anerkannt. Ohne im Augenblick die Frage nach den Vorzügen und Nachtheilen eines modificirten alten Kaiserschnittes und des Porro'schen Verfahrens für uncomplicirte Fälle, sicher eine Frage, die erst die Zukunft entscheiden muss, zu berühren, will ich in Folgendem einen casuistischen Beitrag zur Porro'schen Operation liefern, der in mancher Beziehung durch Verlauf und Folgezustände Interesse bieten dürfte.

Es handelt sich um eine Bäckerfrau Namens Heller aus Barga (Bad. Amts Sinsheim), 42 Jahre alt.

Frau H. stammt von gesunder Familie: die Mutter, 70 Jahre alt, ist noch sehr rüstig; der Vater ist 57 Jahre alt an Carbunkel gestorben; zwei Schwestern sind gesund und haben beide leicht geboren.

Frau H. war in ihrer Jugend stets gesund. Erscheinungen von Rachitis sollen nach den bestimmten Aussagen der Mutter gefehlt haben. Menstruation zuerst im 16. Jahre, stets regelmässig und schmerzlos.

Die Frau hat 11 reife Kinder geboren und zwar das erste vor 23 Jahren, die letzten vor 9, 8, und 7 Jahren; dann erfolgte im 4. Monat der 12. Schwangerschaft ein Abortus im März 1881.

Vor 6—7 Jahren begann Frau H. über starke rheumatoïde Schmerzen in den Unterextremitäten, besonders den beiden Oberschenkeln, zu klagen; erst viel später trat ganz allmählig Verkleinerung des Körpers und unsicherer, watschelnder Gang ein, so dass Patientin sich zweier Stöcke zum Gehen bedienen musste.

Eine Untersuchung des Beckens im Juni 1877 ergab bereits damals die charakteristische Form des osteomalacischen und eine Conj. diagn. von 7,5 Ctm.

Die allgemeinen Beschwerden besserten sich bei Gebrauch des Leberthran u. a. Mittel nur langsam, und konnte die Frau nur allmählig wieder etwas gehen; zuletzt sogar meist ohne Stützen; doch pflegte sie den grössten Theil des Tages im Lehnstuhl zu sitzen.

Im Winter 1880/81 entwickelte sich eine Abflachung der rechten Hälfte des Schädeldaches mit Senkung des obern Orbitalrandes, und gleichzeitig trat rechtsseitige Amaurose auf.

Ende März 1882 zeigte sich zum letzten Male die vorher regelmässige Periode, dann trat neue Schwangerschaft ein, an welche Frau H. nicht eher glaubte, bis Kindesbewegungen im September-October fühlbar wurden. Schwangerschaftsbeschwerden fehlten, vielmehr erklärte Frau H. „mit all' ihren 11 (12) Kindern sei sie schwerer gegangen; sie habe Alles mit grösstem Appetite gegessen

und ertragen und Alles arbeiten können im Hause; ja sie sei überhaupt gesünder denn je gewesen“.

Seit Anfang October 1882 wurde der sonst regelmässige und leichte Stuhl angehalten und der Urin spärlich; Mitte October zeigte sich zuerst eine stärkere Anschwellung des Leibes, nachdem schon längere Zeit vorher die untern Extremitäten von den Fussknöcheln an geschwollen waren.

Status praesens vom 17. November 1882.

Patientin ist auffallend klein (138 Ctm.), sitzt, mit starker Dyspnoë kämpfend, mit den Vorderarmen auf ein mässig hohes Kopfpolster gestützt im Bette; Oberkörper nach links geneigt, Abdomen gross, hängend, Uterus schlaff, Frucht in erster Schädellage, lebend.

Entfernung der Symphyse vom Nabel fast doppelt so gross wie die vom Nabel zum Schwertfortsatz. Beide Unterextremitäten ödematös geschwollen, ebenso die Vulva, der Mons Veneris und untere Theil der Bauchdecken, die Gesäss- und Lendengegend, besonders in deren unterliegenden Hälfte.

Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergibt: hinten beiderseits Dämpfung bis zur Mitte der Scapula, daselbst kein Stimmfremitus und keine Athemgeräusche; nach oben Aegophonie.

Vorn reicht die Dämpfung rechts bis zur vierten Rippe hinauf.

Herzdämpfung nach rechts und nach oben erheblich vergrössert.

Herztöne sehr schwach, bei ruhender Athmung gerade noch hörbar, rein, Spitzenstoss nicht fühlbar; Radialpuls dünn, frequent. Die Leberdämpfung überragt kaum den untersten Rippenbogen.

Der spärlich abgesonderte Urin stark eiweisshaltig, beim Kochen eine dicke Gallerte bildend.

Die Untersuchung des Beckens ergibt Folgendes:

D. B. = 18 Ctm.

Sp. II. = 28 „

Cr. II. = 29 „

Tr. = 32 „

Schoossfuge mässig schnebelartig vorgetrieben, Schambogen sehr schmal, so dass kaum ein Finger durchgeht. Vorberg weit nach vorn geschoben und tief stehend; Kreuzbein in der Mitte stark geknickt. Conj. diag. 5,5, Dist. sacro-cotyl. dext. et. sin. zwei Finger breit. Beckeneingang dreilappig, wie bei hochgradig geknickten Becken. Sitzbeine beim Einhacken der Finger unbeweglich.

Es handelte sich also um eine hochgradige osteomalacische Beckenverengerung ohne Recidiv im Laufe der jetzigen Schwangerschaft, und einen in der 36. Schwangerschaftswoche entstandenen Morb. Bright mit allgemeinem Hydrops ohne nachweisliche Herzerkrankung.

Die Therapie bestand in nassen Einpackungen zur Anregung einer starken Diaphorese, Digitalis nebst Scilla und Kali acet. Von Pilocarpin wurde aus mehreren Gründen abgesehen.

Bei dieser Behandlungsweise wurden der allgemeine Hydrops und die Dyspnoë anfangs bedeutend geringer, stiegen aber bald wieder an. Verschiedene Narkotica wurden jetzt, aber ohne merklichen Erfolg, angewendet.

Das Leiden verschlimmerte sich immer mehr, und der Tod wurde öfter als nahe bevorstehend erwartet, so dass ich den Mann darauf aufmerksam machen zu müssen glaubte, mich rufen zu lassen, falls der Tod drohe, um eventuell den Kaiserschnitt post mortem ausführen zu können. Mehrmals traf ich selbst die Frau ganz cyanotisch und fast bewusstlos. Wegen des Collapses wurden Wein, starker Kaffee, Campherinjectionen u. a. Analeptica gegeben.

Unter solchen Umständen erwarteten wir das Ende

der Hochschwängern selbst oder das nahe bevorstehende Ende der Schwangerschaft tagtäglich.

Am 14. Dezember 1882, Morgens gegen 4 Uhr, wurde ich gerufen und erreichte bald mit dem schon vorher bereitgestellten voluminösen Instrumentarium und antisept. Verbandapparat das 1 $\frac{1}{2}$ Stunden entfernte Dorf.

Die Untersuchung der Brustorgane ergab wie früher hochgradigen Hydrothorax, wozu noch diffuser Bronchialkatarrh mit quälendem Husten gekommen war. Auswurf mässig, glasig, hell.

Ausser dem oben ausführlich geschilderten Befunde werden mässige Wehen in langen Pausen constatirt; Kindesbewegungen lebhaft; Herztöne des Kindes links zwischen Symphyse und Nabel mehr letzterem genähert, deutlich hörbar; Kopf vorliegend, hochstehend, kleine Theile rechts oben.

Die innere Untersuchung, wegen der starken Schwellung und Schmerzhaftigkeit der äusseren Schamtheile sehr schwierig, ergibt hochstehenden, noch geschlossenen Muttermund, der Kopf nur schwierig mit der Fingerspitze zu erreichen.

Dass unter den vorliegenden Beckenverhältnissen und bei dem Fehlen einer kautschukartigen Weichheit an eine Geburt per vias naturales, sei es auch vermittelt Perforation und Kranioclasie, nicht gedacht werden konnte, war klar.

Die Kreissende war schon früher wegen eines einzuleitenden künstlichen Abortus, der aber, wie oben bemerkt, spontan im März vorigen Jahres erfolgte, darüber unterrichtet, dass sie bei ausgetragem Kinde nur vermittelt Kaiserschnittes entbunden werden könne. Sie erklärt jedoch jetzt, dass ihr ein gescheiter Mensch gesagt habe, dass sie auch ohne ärztlichen Beistand gebären könne, „sie wolle dann lieber unentbunden sterben“.

Erst gegen 10 Uhr, nach starkem erfolglosen Wehendrange, scheint der Kreissenden die Hoffnung auf Entbindung ohne die vorgeschlagene Operation geschwunden zu sein, und wird denn letztere zugegeben.

Sofort Telegramm an Herrn Professor Kehrer, der von Heidelberg gerade noch bis 1 Uhr da sein konnte.

Gegen 11 Uhr wurde ein vorübergehender leichter Blutabgang bemerkt, nachdem schon vorher geringe Quantitäten Fruchtwasser nach und nach abgegangen waren; auch nachher floss noch etwas Fruchtwasser ab. Der Puls wurde zur Zeit der Blutung fadenförmig und frequent.

Die Untersuchung ergab jetzt einen über ein Markstück weit geöffneten Muttermund, aber keine weitere Blutung; dagegen zeigt sich der Uterus tetanisch um das Kind geschnürt, und starker, anhaltender Wehendrang.

Herztöne des Kindes nicht mehr hörbar, ebensowenig Kindesbewegungen fühlbar. Eine Uterusruptur befürchtend, machte ich eine starke Morphiuminjektion, worauf fast vollständige Ruhe und sogar längerer Schlaf eintrat.

In den nächsten Stunden keine oder höchstens schwache Wehen, der Uterus bei leichtem Drucke besonders rechts sehr schmerzhaft. Ausfluss übelriechend.

Um 1 Uhr 40 Min. Nachmittags traf Herr Professor Kehrer mit zwei Assistenten und einer Wärterin in der Wohnung der Kreissenden ein.

Nach geschehener Untersuchung erklärte auch Herr Professor Kehrer als den einzigen Weg der Entbindung den Kaiserschnitt, der jedoch unter den ungünstigen Verhältnissen, (denn die Frau war während meiner Abwesenheit noch elender und schwächer geworden und der Radialpuls kaum mehr fühlbar), wenig Aussicht auf Rettung gebe. Man musste sich bei solchem Zustande, zumal das Kind sicher abgestorben war, fragen, ob

man die Narkose noch riskiren und humaner Weise überhaupt noch operiren dürfe. Man entschied sich für rasche Operation.

Die nöthigen Vorbereitungen werden rasch getroffen: der Operationstisch (langer Esstisch) im Vorzimmer hergerichtet, die Blase mit dem Catheter entleert, die Genitalien ausgespült, die Bauchdecken mit Seife und Carbolwasser gewaschen, drei Handspray's werden bereit gehalten, die Chloroformnarkose, mit den grössten Vorsichtsmassregeln wegen des drohenden Collapses unternommen, gelang rasch; die Zunge wird mit dem Zungenhalter vorgezogen, wegen Unfühbarkeit des Radialpulses der Herzstoss überwacht.

Nach Erhebung des Fundus wird ein von der Symphyse bis 5 Ctm. unter den Nabel reichender Bauchschnitt gemacht. Blutung gering, vier Venenligaturen. Hautdecken ödematös, Linea alba stark verbreitert. Nach Eröffnung des Peritoneums fliesst reichlich trübe Flüssigkeit aus. Der anteflektirte Uterus ist bläulich-roth; vor dem Knickungswinkel einige Darmschlingen.

Die Perkussion des blossgelegten Uterus ergibt tympanitischen Ton. Die Lymphgefässe der Parametrien und der Gegend vor dem inneren Muttermunde strotzen von leicht getrübtter Lymphe.

Die vorher constatirte Schmerzhaftigkeit des Uterus, Trübung der Ascitesflüssigkeit und der parametranen Lymphe, ferner die Tympanites uteri deuteten auf eine ausgedehnte Infection der Uteruswandungen.

Deshalb beschloss Herr Professor Kehrer von seiner Modification des Kaiserschnitts abzusehen und rasch die Porro'sche Oophoro-Hysterectomie auszuführen.

Die Wunde in den Bauchdecken wurde nur noch wenig gegen den Nabel hin erweitert und sofort gelang es, nach P. Müller's Vorschlag, den noch uneröffneten Uterus aus

der Bauchhöhle herauszuwälzen. Nachdem zuerst eine Kautschukschlinge locker um den hervorgewälzten Uterus gelegt war, wurde derselbe median hinten am Fundus eingeschnitten. Die Blutung war äusserst gering, obwohl gerade die Stelle der Placenta getroffen wurde; letztere hatte sich total abgelöst, zwischen ihr und Uteruswand befand sich ein dunkles, zwei Fäuste grosses Blutgerinsel. Der Fötus mit Nachgeburt wird leicht extrahirt. Fruchtwasser etwas riechend, mekonial.

Die Frucht war fast ausgetragen, weiblich, mittelgross; Oberhaut nicht abgelöst, Kopfknochen schlotternd, leichte Geschwulst am Hinterscheitel.

Nach der Entleerung des Uterus wird der Gummischlauch fest um das untere Ende des Corpus uteri geschnürt, und 5 Ctm. darüber das dickwandige Organ mit seinen Adnexen amputirt, nachdem zuvor über die Schlinge eine Nadel mit dickem Doppelfaden mitten durch das Organ gestochen und die beiden Fadenhälften für sich geknotet waren. Nach sorgfältiger Bauchtoilette folgte möglichste Verkleinerung und Glättung des tellerartig sich verbreiternden Stumpfes, Anheften der Uterusserosa an das Parietal-Peritoneum, und Schluss der Bauchwunde mit tiefen und seichten Seidennähten. Zuletzt wurde der eingenähte Stumpf nochmals mit 5% Carbol- und $\frac{1}{2000}$ Sublimatlösung geätzt, ein Carbolgaze-Watteverband angelegt, und nochmals die Vagina sorgfältig gereinigt. Die Entbundene hob man in das vorbereitete Wochenbett im Nebenzimmer.

Die ganze Operation dürfte circa $\frac{3}{4}$ Stunde in Anspruch genommen haben.

Wochenbettsgeschichte.

Die Operirte befindet sich nach dem Erwachen aus der Narkose relativ gut, ist allerdings äusserst schwach. Sie erhält Wein, starken warmen Kaffee und Fleischbrühe. Der vorher unfühlbare Puls wird nach einiger Zeit wieder fühlbar. Temp. post operat. 36,8, Abends 36,9.

Die Scheide wird anfangs 2—3-stündlich, später dreimal täglich mit 1 $\frac{1}{2}$ -prozentigem Carbolwasser ausgespült, die Genitalien werden mit feuchter Carbolwatte bedeckt.

Beim Weggehen empfahl ich der Wärterin die ganze Nacht mit Darreichung von obengenannten Reizmitteln nicht spärlich umzugehen; allein Patientin verweigerte fast Alles, ausser Wein und Eis.

Die Pflege für die nächsten Wochen übernahm eine Wärterin der Heidelberger Frauenklinik, Frau Müller.

15. Dezember (2. Tag p. op.) Morgens.

Die Nacht war wider Erwarten ganz gut verlaufen; die Frau klagte über wenig Schmerzen, ausser an der Wunde, und hatte sogar längeren ruhigen Schlaf gehabt; das Allgemeinbefinden wird von Patientin selbst als befriedigend bezeichnet. Der Puls hat sich bedeutend gehoben, doch ist er noch sehr frequent (120 p. m.)

Temperatur heute Morgen 12 Uhr 37,3, um 8 Uhr 37,9.

Athmung bedeutend leichter, nur hie und da tritt quälender Husten auf.

Die Untersuchung der Brustorgane ergibt, dass die obere Grenze der Dämpfung bedeutend tiefer steht, mit Ausnahme der noch vergrösserten Dämpfungsfigur des Herzens. Bronchi geringer, nur bei der Inspiration Rasseln.

Sputa ziemlich zähe, anfangs gelblich, dann weiss, glasig und lufthaltig; Expectoration in Rückenlage schwierig.

Der spärliche Urin wird theils mit dem Stuhl (einmal) spontan entleert, theils (viermal) mit dem Catheter

entfernt. Derselbe zeigt eine grau-schwärzliche Farbe (Carbolurin). Die Untersuchung des mit dem Catheter gewonnenen Urins ergibt starken Eiweissgehalt.

Ein blutiger Abgang aus den Genitalien wurde kaum bemerkt.

Verbandwechsel. Wunde gut aussehend, wird unter Spray wieder mit Carbolwatte verbunden, der Stil mit 50-prozentiger Chlorzinklösung betupft.

16. Dezember (3. Tag p. op.) Keine Veränderung, ausser dass die Lungengrenzen an normaler Stelle liegen, und die Herzdämpfungsfigur kleiner geworden ist.

Morgentemperatur 38,5. Gegen 4 Uhr Nachmittag tritt Verschlimmerung ein, indem Patientin über starken Schmerz im Unterleib klagt und bald darauf alles vorher Genossene erbricht. Patientin wird sehr schwach. Puls 120, dünn. Die Temperatur beträgt A. 8h. 38,5. Das Erbrechen erfolgt noch öfters trotz Eispillen während des Abends und der Nacht und hört endlich am 17. Dezember gegen Morgen auf.

17. Dezember (5. T. p. op.) Temper. 8 Uhr Morg. 38,0. Puls 120, wieder etwas voller. Allgemeinbefinden leidlich, nur klagt die Frau über starken Schmerz in der rechten Seite des Oberbauches, insbesondere beim Husten. Urinabgang leicht; noch kein Stuhl; häufige Flatus. Ord.: Eispillen, Milch, Fleischbrühe, Calomel 0,05, Unguent. Hydrarg. einer. zweimal 2,0 ad femora. Urin wieder grau gefärbt. Verbandwechsel. Stil hart, trocken, grau, wird wiederholt mit Chlorzink geätzt. Wunde gut aussehend.

18. Dezember (5. T. p. o.) In der Nacht leichter Schüttelfrost mit einer Temperatur von 38,3, nachher stärkere Transpiration. Puls 100, kräftiger, Temperatur um 8 Uhr Morgens 37,8. Allgemeinbefinden relativ gut. Urin reichlich, spontan entleert.

Wegen des angehaltenen Stuhles sechsmal 0,05 Calomel,

zweistündlich i. P. Patientin verweigert Alles ausser Eispillen und Wein in geringen Quantitäten.

Abendtemperatur 37,2.

19. Dezember (6. T. p. o.) Puls 120 kräftig. Morgentemperatur 37,1.

Wunde gut, von dem weisslich-grauen Stumpfe lösen sich einzelne übelriechende, trockene Fetzen los.

Morgens dreimal diarrhoische Stühle, worauf starke Erleichterung eintritt. Patientin nimmt Fleischbrühe mit Ei, die erbetene Weinsuppe nebst leichtem Milchkaffee.

Allgemeinbefinden den Tag über gut, mit Ausnahme einiger Stunden gegen Mittag, zu welcher Zeit Patientin über Brechreiz und Gefühl von „Oede“ klagt. Gegen Abend nimmt sie abgekühlte Buttermilch, öfters in kleinen Portionen, was ihr vortrefflich schmeckt und gut bekommt.

Der Verband wird wieder nach peinlichster Reinigung der Wunde wie früher angelegt; nur der Stil behufs Anregung besserer Granulationen mit Unguent. digestiv. verbunden.

20. Dezember (7. T. p. o.) Morgentemperatur 37,4. Puls 100, reichlicher Stuhl.

21. Dezember (8. T. p. o.) Morgentemper. 38,3. Puls 110.

Morgens starker Schweiss, worauf Patientin sich erleichtert fühlt; doch trübt immer quälender Husten mit starkem Auswurfe die Euphorie.

Die Kranke verlangt Grünkernsuppe, die ihr gut schmeckt; ferner Fleischbrühe mit Ei, Weinsuppe, Milchkaffee.

Stuhl- und Urinsekretion regelmässig.

Einige Fäden oberhalb des Stils werden entfernt, und zur Verminderung der Wundzerrung beim Husten einige Heftpflasterstreifen angelegt.

Die Vaginalausspülungen enthalten nur einige zarte Flocken Schleim und Blutgerinsel.

22. Dezember (9. T. p. o.) stat. idem.

23. Dezember (10. T. p. o.) Patientin fühlt sich bei 37,9° Temperatur und 100 Pulsen ziemlich wohl, insbesondere nach längerem, aber leichtem Schweiße und des Nachts ausnahmsweise längerem ruhigen Schläfe; ebenso klagt sie nicht mehr über Durst und nimmt deshalb kein Eis mehr.

24. Dezember (11. T. p. o.) Befund wie Tags zuvor. Temper. 38,3. Puls 100. Patientin nimmt etwas geschabtes Fleisch, Buttermilch, Zwetschgenbrühe, worauf Stuhl erfolgt. Abends Verlangen nach Weinsuppe und weichem Ei.

Aus dem untern Theil der Bauchwunde werden vier Fäden entfernt.

25. Dezember (12. T. p. o.) status idem.

Die Hände und Füße, die seither etwas abgeschwollen waren, beginnen auf's Neue anzuschwellen.

26. Dezember (13. T. p. o.) Patientin fühlt sich heute nach schlafloser Nacht schwächer, hat keinen Appetit, mehr Durst und verlangt nach Eis. Puls dünn 120. Temper. 38,1.

27. Dezember (14. T. p. o.) Temperatur Morgens 39,4.

Patientin hat die ganze Nacht hindurch fast nicht geschlafen; Zunge sehr trocken, viel Durst. Um 1 Uhr Mitternacht Radialpuls kaum fühlbar, gegen Morgen wieder etwas gehoben. Es wird nichts als Wein und Eiswasser genommen. Abendtemperatur 39,8.

28. Dezember (15. T. p. o.) Temperatur Morgens 39,6. Abends 39,3.

Patientin schlummert sehr viel und erwacht öfters unter Stöhnen, hat Ekel gegen Alles und verweigert jede Nahrung; klagt hauptsächlich über Schmerzen im linken Hypochondrium. Zunge feucht. Die Oberschenkel sind heute früh wieder so stark angeschwollen, wie im Anfange.

29. Dezember. (16. T. p. o.) Temperatur Morgens 39,0.

In der Nacht längerer ruhiger Schlaf, Puls voller, gegen Morgen stärkere Schweiße; die Beine etwas dünner.

Leib stark aufgetrieben, oben stark tympanitischer, unten gedämpfter Perkussionsschall und hier auch Fluctuation.

Der Stil liegt in einer 3—4 Ctm. tiefen trichterförmigen Grube, von den aufgetriebenen Bauchdecken wallartig nahezu überdeckt. Wegen Stypsis erhält Pat. 0,05 Calomel, worauf nach einer Stunde vier reichliche Stühle in kurzen Pausen erfolgen. Das Abdomen ist bedeutend gefallen. Nachmittags Abtragung des sehr übelriechenden Stumpfes nebst der elast. Ligatur mit der Scheere. — Ab. 8. Temper. 38,8.

30. Dezember (17. T. p. o.) Temperatur 38,4. Puls 100.

Ueber Nacht achtmal reichliche Stuhlentleerungen, welche aber nach einigen Tropfen Laudanum in der folgenden Nacht sistiren.

1. Januar 1883 (19. T. p. o.) Temperatur 37,8. Puls 110.

Sonstiges Befinden dasselbe; nur hat der Ascites und das Oedem der Beine wieder zugenommen, wesshalb Patientin einen diuretischen Thee erhält.

In den Schenkelbeugen hat sich ein ausgedehntes Eczema intertrigo gebildet.

Verband der Bauchwunde wegen der üppigen Granulationen mit Argent. nitr.-Salbe.

Wegen Schlaflosigkeit Abends 0,005 Morphinum.

Bei leidlichem Allgemeinbefinden zog sich bis zum 10. Januar (29. T. p. o.) der Stil immer mehr in die Bauchhöhle zurück; aus der trichterförmigen Oeffnung sickerte etwas seröse Flüssigkeit.

An genanntem Tage kam plötzlich beim Husten aus einer fistelartigen Oeffnung am Grunde der Bauchwunde im Strahle ascitische Flüssigkeit hervor. In den folgenden Tagen schloss sich wiederholt vorübergehend die Fistel, entleerte dann aber wieder reichlich, insbesondere bei Hustenstößen, seröse Flüssigkeit.

Vom 10. bis 23. Januar befand sich Patientin relativ wohl. Temperatur fast nie über 38. Appetit wechselnd, vorübergehend Durchfall mit Tenesmus, häufiger Urindrang und Brennen bei der Entleerung. Eiweissgehalt des Urins fortwährend stark. Die Oedeme der hochgelagerten Beine werden vorübergehend geringer. Das Eczem breitet sich über die Schenkelbengen, die Innenseiten der Oberschenkel, den Mons Veneris und die Vulva aus. Die betr. Stellen werden mit dicken Lagen von Carbolwatte bedeckt und diese wegen rascher Durchtränkung mit ascitischer Flüssigkeit häufig gewechselt.

Diät hauptsächlich Milch.

Am 23. Januar (42. T. p. o.) gingen zum ersten Male bröckliche, käseartige, weisslich-graue Massen aus einer federkielartigen Oeffnung, ab welche sich neben der Bauchfistel im Grunde des Wundtrichters gebildet hatte. Später kam aus der letztgenannten Oeffnung ein Spulwurm und unverdaute Brunnenkresse, (welche die Angehörigen als Diureticum ohne mein Wissen gegeben hatten).

Inzwischen gingen normal beschaffene Föces fast täglich per anum ab. Urin ziemlich reichlich, von gleichem Eiweissgehalt wie früher.

Die Dünndarmfistel schloss sich nach einigen Aetzungen mit Lapis und täglich wiederholten reichlichen Wassereingiessungen ins Rectum bis Mitte Februar fast ganz. Nachträglich kam aber wieder Darminhalt durch die Fistel in grösserer Menge zum Vorschein, während der Abgang per anum geringer wurde. Inzwischen war der Abfluss aus der Peritonealfistel anhaltend, wenn auch in ganz geringem Grade vorhanden. Erst gegen das Ende hörte diese Ausscheidung auf.

Im Laufe des Februar war das Allgemeinbefinden einigermassen befriedigend, so dass Patientin mehrmals im Lehnstuhle sitzend einige Stunden verbringen konnte.

Appetit mässig; Nahrung hauptsächlich Milch, Fleischbrühe, leichte Fleischspeisen. Das Oedem der Unterextremitäten, sowie der Ascites nahmen allmählig wieder zu; die Urinmenge wurde spärlicher, der Eiweissgehalt blieb ziemlich unverändert.

Unter langsamem Sinken der Kräfte und zunehmender Abmagerung erfolgte bei freiem Sensorium am 27. Februar 1883, Morgens 9 Uhr, d. h. 76 Tage nach der Operation, der Exitus letalis.

Anhangsweise gebe ich hier die Fiebertabelle, welche jedoch nur für die ersten 19 Tage vollständig ist.

Datum	Tag nach der Operation	Vormittag 8 h.	Nachmittag 8 h.
14. Dezember 1882	1.	—	36,8. post oper.
15. "	2.	37,9.	36,9. Abends 8 Uhr.
16. "	3.	38,5.	38,8.
17. "	4.	38,0.	38,5.
18. "	5.	37,8.	37,8.
19. "	6.	37,1.	37,2.
20. "	7.	37,4.	37,0.
21. "	8.	38,3.	37,8.
22. "	9.	38,1.	38,5.
23. "	10.	37,9.	38,3.
24. "	11.	38,3.	37,9.
25. "	12.	38,4.	38,1.
26. "	13.	38,1.	38,6.
27. "	14.	39,4.	38,5.
28. "	15.	39,6.	39,8.
29. "	16.	39,0.	39,3.
30. "	17.	38,4.	38,8.
31. "	18.	38,0.	38,6. Abtragung des Stumpfes.
1. Januar 1883	19.	37,8.	38,2.
10. "	29.	38,0.	38,0.
23. "	42.	37,8.	38,1. Peritonealfistel.
24. "	43.	37,8.	38,0. Dünndarmfistel.
1. Februar 1883	50.	37,9.	38,2.
6. "	55.	38,0.	38,0.
18. "	67.	37,3.	37,8.
22. "	71.	37,6.	37,9.
25. "	74.	37,5.	38,0.
27. "	76.	Exitus.	

Sectionsbericht.

Bei der von Herrn Dr. Schwarz 30 Stunden post mortem vorgenommenen Section fand sich Folgendes:

Etwa 3 Ctm. oberhalb der Symphyse befindet sich in den Bauchdecken eine trichterförmig eingezogene, längliche, röthlich aussehende Stelle, die mit mehreren Fortsätzen in die Umgebung ausstrahlt; ihre Länge beträgt 2,50 Ctm., ihre Breite 1,20 Ctm.

Der mittlere Theil des vertieften Feldes geht trichterförmig in eine circa 0,5 Ctm. weite Oeffnung über, aus der Koth hervorquillt; am Grunde dieser Oeffnung gelangt man mit dicker Sonde in die Bauchhöhle, während links ein kleines etwas ausgezerrtes Divertikel einer angelötheten Dünndarmschlinge direct in diese trichterförmige Oeffnung einmündet.

Nach Eröffnung der Bauchdecken finden sich an der Innenseite der Bauchwand, der eingezogenen Stelle entsprechend, zwei Dünndarmschlingen angeklebt. Die eine derselben ist an der dem Mesenterium gegenüberliegenden Wand winklig ausgezogen und durch breitere und schmalere dünne Membranen mit der Bauchwand verwachsen; die andere Schlinge hängt der Innenseite der Bauchnarbe fester an und schickt den erwähnten divertikelartigen Fortsatz in den Grund des Narbentrichters. Die beiden Schenkel der letzteren communiciren frei unter einander; das untere Darmstück ist dicht unter der Fistel etwas verengt und dessen Wand verdickt; weiter abwärts wieder gleich weit wie am obern Schenkel.

In der Bauchhöhle befinden sich circa 2 Liter seröse klare Flüssigkeit.

Der Uterusstumpf, an seiner Basis 1,5 Ctm. dick und 2,8 Ctm. breit, tief ins Becken zurückgezogen, bildet einen

5 Ctm. langen, nach oben konisch verjüngten Zapfen, der an seiner ganzen Rückwand mit glattem Bauchfell überzogen ist, während die vordere Fläche durch lockeres Bindegewebe mit der Rückwand der Blase sich verbindet.

Zu beiden Seiten verlaufen längs des Stumpfes stellenweise federkielweite Gefäße, eingebettet in ein ziemlich massiges Bindegewebe.

Mit der Spitze des Stumpfes sind zwei Dünndarmschlingen fest verwachsen und zwar derart, dass die rechtsgelegene bogenförmig an den Scheitel des Stumpfes sich anschliesst, während die linke an der Verwachungsstelle stark geknickt erscheint. Beide Darmschlingen stehen durch eine 2 Ctm. breite ligamentöse Brücke mit einander in Verbindung.

Der Scheidentheil ist auffallend kurz; die Vorderlippe geht allmählig in das Scheidengewölbe über, die hintere ist nach rechts 0,5 Ctm., links 0,3 Ctm. lang.

Der Muttermund bildet eine, 1,3 Ctm. breite, in der Mitte etwas erweiterte Querspalte, aus der ein dicker zäher Schleimpfropf hervorhängt.

Die Höhle des Stumpfes hat im Allgemeinen eine kegelförmige Gestalt und eine Länge von 3 Ctm. Die Wand ist an der vordern Muttermundslippe 0,6 Ctm. dick und verdünnt sich gegen die Spitze allmählig auf die Hälfte.

Die ganze Höhle ist ausgefüllt von einem gelatinösen Schleimpfropf.

Der unterste Theil der Höhle zeigt eine durchaus schleimhäutige Auskleidung; nach oben springen an der Wand mehrere Längsleisten hervor mit ampullenartigen Höhlen, aus deren Mündungen man einzelne Schleimpfröpfe herausziehen kann.

Dazwischen befinden sich längsverlaufende Furchen und Buchten, welche der epithelialen Auskleidung entbehren; in einer dieser Buchten liegt ein gelbliches platt-

gedrücktes Gewebestück von 1 Ctm. Länge und 3 Mmtr. Breite.

Die Wandung des angrenzenden Scheidengewölbes ist 2 Mmtr. dick und mit glatter Schleimhaut versehen.

Eine genauere Untersuchung der übrigen Bauch- und Brustorgane wurde leider nicht gestattet.

Die beigefügte Tafel zeigt in Fig. 1 die Vorderansicht des aufgeschnittenen Uterusstumpfes in natürlicher Grösse, in Fig. 2 einen Schnitt durch die Bauchnarbe mit den angelötheten Dünndarmschlingen.

Epikrise.

Um kurz zu resumiren, so wurde bei einer mehrere Wochen vor der Geburt an starkem allgemeinen Hydrops und Morb. Bright erkrankten Gebärenden mit bedeutender osteomalacischer Beckenverengerung, nach dem durch spontane Placentalösung erfolgten Tode der Frucht und nach dem Eintritt von septischen Erscheinungen und hochgradigem Collaps, der Porro'sche Kaiserschnitt gemacht.

Im Wochenbett bestand der patholog. Zustand der Nieren unverändert fort; vorübergehend entstand durch Jauchung des Stumpfes septisches Fieber mit peritonitischen Erscheinungen.

Nach Entfernung des Uterusstumpfes entwickelte sich zunächst eine Peritoneal- und nachher eine Dünndarmfistel.

Der Tod erfolgte unter marastischen Erscheinungen 76 Tage nach der Operation.

Dieser Fall bietet nach mehreren Richtungen hin Anlass zu epikritischen Bemerkungen.

I. Indication.

Zur Zeit des ärztlichen Conciliums über das bei Frau Heller einzuschlagende Verfahren waren es zwei Fragen, welche beantwortet werden mussten:

1. Soll man überhaupt noch die scheinbar agonisirende Frau entbinden? und bejahen den Falls
2. Durch welche Methode soll die Entbindung bewirkt werden?

Ad. 1. Erstere Frage war wohl in der That berechtigt, denn der Eindruck, den die Kreissende auf Alle machte, war der Art, dass man eine Agonisirende vor sich zu

haben glaubte. Gesicht leichenblass, Radialpuls unfühlbar, starke Dyspnoë, ausgedehnte auf Distanz hörbare Ronchi, äusserste Hinfälligkeit, Benommenheit des Sensoriums — kurz, man musste in Bälde den Exitus letalis erwarten.

Bei solchem Zustand war die Frage, ob es human sei, eine aufs äusserste erschöpfte Frau noch zu entbinden, in specie dem immerhin gewaltigen Eingriffe des Kaiserschnittes auszusetzen, in ernste Erwägung zu ziehen.

Nach der von Kilian (operat. Geburtshülfe I. 25) aufgestellten Indication: „Eine Sterbende entbinde man nur dann, wenn gegründete Hoffnung vorhanden ist, dadurch irgend einen wahren Vortheil schaffen zu können“ — musste man sich sagen, dass nach 4—5stündiger Unhörbarkeit der Foetalherztöne für das Kind nichts mehr zu hoffen, dass aber auch eine Rettung der Mutter mit Rücksicht auf den Morb. Bright, den bestehenden Hydrothorax, das Hydropericardium, den diffusen Bronchialkatarrh, die Anämie durch innere Blutung, Erschöpfung durch die lange Geburtsdauer und die Infektion des Uterus, in höchstem Grade unwahrscheinlich sei; — man hätte also leicht jeden Entbindungsversuch als aussichtslos aufgeben können. Man sagte sich aber, dass beim Zuwarten der Tod sicher in Bälde eintreten musste, dass dagegen durch energisches Vorgehen vielleicht doch noch eine Rettung möglich sei.

Der Verlauf hat gezeigt, dass selbst in solch' verzweifelten Fällen die Möglichkeit eines Erfolges nicht ausgeschlossen ist, denn die Frau überlebte die Entbindung noch 11 Wochen.

Ad. 2. Dass bei einem osteomalacischen Becken mit zweifingerbreitem Abstand von Vorberg und Pfannenboden eine absolute Indikation zum Kaiserschnitt vorlag, war nicht zweifelhaft. Es konnte sich nur darum handeln, ob Kaiserschnitt mit Erhaltung oder Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe.

Da der Uterus überall bei leichtem Drucke schmerzhaft, der Ausfluss übelriechend war, die direkte Percussion (nach Blosslegung des Organs) ausgesprochenen tympanitischen Ton ergab, die ascitische Flüssigkeit und die in den strotzend gefüllten parametromen Lymphgefässen enthaltene Lymphe trüb erschien, so musste man eine septische Infektion der Uteruswandung annehmen, von der es jedoch zweifelhaft blieb, ob sie durch beginnende Fäulniss des (vor fünf Stunden durch spontane totale Placentalösung) abgestorbenen Foetus oder sonst wie erzeugt worden war.

Bei dieser Sachlage und insbesondere bei der Druckempfindlichkeit des ganzen Uterus, wäre es unzulässig gewesen, den inficirten Uterus zu erhalten, da eine Desinfektion nach den vorliegenden Erfahrungen nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn höchstens das Endometrium, nicht aber die Uteruswandung selbst von den septischen Keimen durchsetzt ist.

Zudem musste bei der oedematösen Beschaffenheit des subperitonealen Bindegewebes das Zustandekommen einer festen Verlöthung der Wundränder nach der Uterusnaht, also jede Modifikation des alten Kaiserschnittes, zweifelhaft erscheinen.

So wenig es auch im Allgemeinen humaneren Grundsätzen entsprechen dürfte, des Gebärungsvermögens halber Uterus und Ovarien zu opfern, so sehr es sich also empfiehlt, den alten Kaiserschnitt so zu verbessern [vgl. die Vorschläge von Kehrer (Querschnitt vorn am os intern. und Doppelnahrt), und von Sänger (mediangeführter Längsschnitt im untern Theil des Corpus uteri, streifenförmiges Ausschneiden der musculären Wand und Einklappen des Bauchfells in die Lücke)], dass die Gefahren desselben möglichst redncirt werden — für Fälle von Infektion der Uteruswandungen, gewisse Fibrome und

Atresie des Genitalcanales bleibt die Porro'sche Methode, wie auch von den Gegnern derselben anerkannt wird, wohl unbestritten die einzig richtige Behandlung.

Unter den bis jetzt ausgeführten Porro-Kaiserschnitten finde ich nur Einen, der bei bestehendem Hydrops und Infection der Uteruswand ausgeführt wurde.

Es ist der Fall von Franzolini in Udine, in welchem an einer 35-jährigen Frau mit starkem Ascites und Anasarca bei osteomalacischem Becken nach vergeblichen Versuchen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt im 9. Monat wegen gefahrbringender Dyspnoë bei diagnosticirter Zwillingsschwangerschaft am 11. April 1878 die Operation ausgeführt wurde.

Der Ausgang für die Mutter war ungünstig, indem dieselbe 36 Stunden post operationem starb. Auch dort scheint nach den lang dauernden Eingriffen (wiederholte Uterusdouche, künstliches Sprengen der Blase) eine Infection der Uteruswände eingetreten zu sein.

II. Technik der Operation.

Die Operation bot in unserm Falle keinerlei besondere Schwierigkeiten. Es gelang selbst die Narkose vollkommen, ohne dass der vorhandene Collaps erheblich gesteigert worden wäre. Anstatt des unfühlbaren Radialpulses musste man eben den Spitzenstoss des Herzens als Gradmesser der Herzthätigkeit ins Auge fassen.

Nachdem der Bauchschnitt noch einige Ctm. bis zum Nabel erweitert war, gelang es ohne Schwierigkeit nach P. Müller's Vorschlag den Uterus herauszuwälzen und dann die Bauchdecken so um den untern Uterus zusammenzudrücken, dass ein Darmvorfall verhütet wurde. Bei der hochgradigen Anteflexion wurde die Rückfläche des Fundus uteri als die bequemste Stelle zum Einschnitt gewählt.

Es floss dabei in Folge der sehr reducirten Circulation aus der Uteruswand und selbst aus der Insertionsfläche des abgelösten Mutterkuchens, obwohl man den Gummischlauch noch nicht angezogen hatte, kaum Blut.

Nach der Extraction der Frucht und Nachgeburt erschien der Uterus wie ein schlaffer Sack, der nur wenig auf Reize reagirte. Nach festem Anziehen des um den untersten Theil des Gebärmutterkörpers, einschliesslich Tuben und Ovarien, gelegten Gummischlauches, wurde die Amputation vorgenommen, der Stumpf mit 5% Carbol- und $\frac{1}{2000}$ Sublimatlösung wiederholt abgewaschen und mittelst einer um die Sonde gewickelten Wieke mit 5% Carbol-lösung an seiner ganzen Innenfläche ausgiebig geätzt. Nachdem man hierauf die Gewebsmassen mit der Scheere möglichst weit und glatt abgetragen, wurde der Stumpf derart durch mehrere Quernähte in die Bauchwand befestigt, dass seine Serosa mit dem hervorgezogenen Parietal-Peritoneum in ausgedehnte Berührung kam. Der Rest der Bauchwunde wurde sodann vereinigt und der Stumpf zunächst mit in 5% Carbollösung getauchte Gaze, am folgenden Tage mit Chlorzink behandelt.

Wegen der bald eintretenden Jauchung des Stumpfes und später wegen der Bauch- und Kothfistel musste der Verband häufig und zuletzt sogar täglich erneuert werden, was mit Ausnahme der letzten Zeit unter Spray geschah.

III. Verlauf der Wundheilung.

In der ersten Zeit nach der Operation sahen wir die Kranke sichtlich sich erholen, den Puls voller, die Respiration freier und tiefer werden, die Ronchi sich vermindern, während gleichzeitig die Ergüsse in Brustfell und Herzbeutel sichtlich abnehmen.

Diese Besserung des Befindens hing wohl innig zusammen mit der allmäligen Resorption der serösen Flüssig-

keiten. Dass diese Resorption durch die mit jeder Geburt eintretende Placentablutung, die in unserm Falle durch vorzeitige Placentalösung sogar das gewöhnliche Maass erheblich überschritt, angeregt wurde, entspricht den anderweitigen Erfahrungen über künstliche Anämie; denn bei Anämie sieht man sehr rasch die eng zusammengezogenen Gefässe durch Rücktritt der Lymphe und Gewebsflüssigkeit in die Blutgefässe sich mit einem (nach Nasse's Versuchen) sehr stoffarmen Blute wiederfüllen und ausdehnen.

Es liegt ferner der Gedanke nahe, dass mit der Entleerung des Uterus, dem dadurch bedingten Sinken des abdominellen Druckes und dem freieren Spiele des Zwerchfelles Momente eingeführt werden, welche die Resorption von Pleura- und Herzbeutelflüssigkeit noch besonders anregen.

In der ersten Zeit des Wochenbettes war die Reaktion auf das Trauma verhältnissmässig gering. Es bestand wohl mässiger Druckschmerz, Erbrechen u. dgl., doch sind dies Erscheinungen, die auch bei den besten Laparotomien zu den anfänglichen Reaktionserscheinungen gehören. Auch die Temperatur überstieg in dieser Zeit nur vorübergehend die Fiebergrenze.

In einer zweiten Periode, die etwa am 13. Tage begann und bis zum 18. Tage andauerte, entwickelten sich Erscheinungen, die offenbar auf die Jauchung des ligirten Stumpfes zurückzuführen waren und bald nach Entfernung desselben zurückgingen. Zunächst lokal: Schwellung der Wundränder, Ablösung der Oberhaut und einzelner inselförmiger Stücke der Bauchhaut; ferner septisches Fieber, leichter Meteorismus und peritonitische Erscheinungen.

Der Stumpf selbst, obwohl anfangs sogar mehrmals täglich mit Chlorzink behandelt und mit Carbolwatte bedeckt, fing bald an übelriechende Jauche abzuscheiden,

die sich im Wundtrichter ansammelte und trotz Gaze und Watte die umgebende Bauchhaut anätzte. Nach Abschneiden des Stumpfes und Entfernung des Gummischlauches liessen diese Erscheinungen allmählig nach.

Während sich nun der Uterusstumpf von der Bauchwand ins Becken zurückzog, ein Prozess, der zwar in solchen Fällen meist sich vollzieht, aber in vorliegendem Falle durch die mit häufigen starken Hustenstössen einhergehende Vortreibung der Bauchwände vielleicht begünstigt wurde, sehen wir im Grunde der trichterförmigen Bauchwunde in einem dritten Stadium sich bald nacheinander, und zwar am 29. Tage eine Peritoneal- und am 42. Tage eine Kothfistel bilden.

Erstere hatte am Ende nichts Ueberraschendes, denn mit Ablauf des eigentlichen Puerperiums war die Veranlassung zu einem Rückgange der Hydrops fortgefallen, bei unverändertem Fortbestand des Morbus Bright nahmen die hydrop. Ergüsse und so auch der Ascites wieder zu, der Leib wurde dicker, und die häufigen starken Hustenstösse, welche durch den fortbestehenden Bronchialkatarrh mit reichlicher Schleimabsonderung hervorgerufen wurden, genügten, das dünne Bauchfell, welches nunmehr die Innenfläche der Bauchwunde überzog, zu sprengen und auf diese Weise einen anhaltenden, bei den Hustenparoxysmen im Strahle sich ergiessenden Flüssigkeitsausfluss herbeizuführen. Diese stete Abfuhr von ascitischer Flüssigkeit durch die Fistel musste den Ascites jedenfalls in Schranken halten, und in der That schwoll erst nach Schluss der Fistel der Leib wieder rasch an.

Was die Dünndarmfistel betrifft, so gehörte dieselbe einer an die Innenfläche der Bauchwand und zwar am Grunde der Bauchwunde angewachsenen Dünndarmschlinge an. Wir werden uns wohl vorstellen müssen, dass die betreffende Darmschlinge ursprünglich dem Uterus-

stumpfe angewachsen war oder doch mindestens nahe lag, dass dann die Darmwand von der Jauche des Stumpfes inficirt wurde, und eine partielle Gangrän in Folge davon eintrat. Nach dem Ausfallen des brandigen Schorfes blieb denn eine federkiel dicke Fistel zurück, diese liess jedoch nur einen geringen Theil des Darminhaltes austreten, während die weitaus grösste Menge der Faeces durch das Rectum abging.

Dass diese Darmfistel nicht etwa darauf zurückzuführen ist, dass mit dem Uterusstumpf eine Dünndarmschlinge in die Bauchwunde eingeklemmt wurde und in Folge davon ein Darmstück nekrotisirte, geht aus dem völligen Fehlen von Erscheinungen einer Darmstenose, aus dem fortwährend leicht erfolgenden normalen Stuhle innerhalb der ersten Wochen, und aus dem späten Auftreten der Fistel (einen Monat nach der Operation) hervor.

Ohne den Einfluss einer Dünndarmfistel überhaupt auf die Chylification unterschätzen zu wollen, möchte ich doch annehmen, dass der dadurch bedingte Ausfall an Chymus und Chylus bei unserer Patientin nur beschränkten Antheil an dem Marasmus der letzten Periode gehabt habe.

In einem letzten Stadium nimmt der Hydrops bei unverändert fortbestehenden Morb. Bright wieder zu, und geht die Kranke ohne urämische Erscheinungen an Erschöpfung 11 Wochen nach der Operation zu Grunde.

Wir können bei diesem Verlaufe nicht anstehen, den Fall zu denen zu rechnen, in welchen Heilung nach Porro's Kaiserschnitt erfolgt ist; denn die Autopsie ergab einen vollständig zurückgebildeten, ins Becken zurückgezogenen Uterusstumpf; ferner nur alte Adhäsionen zwischen Darmschlingen und Stumpf einerseits und Bauchdecken andererseits, keine Residuen einer frischen Peritonitis, ferner, soweit man aus den klinischen Erscheinungen schliessen darf, keine metastatischen Herde und dergleichen.

Der Tod ist auf Rechnung eines in der Schwangerschaft eingetretenen und im Wochenbett fortdauernden Morbus Bright zu setzen.

IV. Schlussfolgerungen.

Zwei Punkte sind es hauptsächlich, welche mir noch der besondern Besprechung werth erscheinen:

1. Die Frage nach der geeignetsten Behandlung des Uterusstumpfes und
2. Die Frage nach den Mitteln, um die nach dieser Operation, allerdings unter der ungewöhnlichen Complication des Ascites, entstandenen Fisteln zu verhüten.

Ad. 1. Dass ein umschnürter und in die Bauchwunde eingenähter Uterusstumpf nicht immer der einfachen harmlosen Nekrose anheimfällt, sondern leicht putrescirt und jaucht, ist eine bei supravaginaler Amputation des fibrösen Uterus, wie bei Porro's Kaiserschnitt öfters gemachte Erfahrung. Man wird trotz Bedeckung mit desinficirter Watte, trotz Bestreichen mit Chlorzink, trotz entsprechender Cautelen beim Verbandwechsel der Putrescenz nicht immer vorbeugen können, zumal in Fällen, in denen die ganze Uteruswand, wie wir für unsern Fall annehmen müssen, bereits vor der Operation mit septischen Keimen durchsetzt ist.

Es fragt sich, ob ausser der penibelsten antiseptischen Behandlung des Stumpfes keine andere Möglichkeit gegeben ist, der Jauchung vorzubeugen, welche ebensowohl Septicämie, wie durch Eindringen der Jauche in die Bauchhöhle Peritonitis veranlassen kann, und damit schwere Gefahren für die Operirte herbeiführt.

Dass eine Versenkung des gerade nach Porro's Methode so massigen Uterusstumpfes in die Bauchhöhle erst recht zur Infection des Gesamtkörpers führt, scheint

selbstverständlich, und ist es nur zu verwundern, dass trotzdem intraperitoneale Stilversorgung nach Porro's Kaiserschnitt vorgenommen worden ist. Dieser intraperitonealen Versenkung gegenüber ist die extraperitoneale Stumpfbehandlung jedenfalls weitaus vorzuziehen, da man denn doch hierbei innerhalb gewisser Grenzen Fäulniss und Jauchung beherrscht.

Aber es fragt sich, ob man nicht nach einem mir mündlich von Herrn Professor Kehrer mitgetheilten Vorschlage den Uterusstumpf mit mehreren Massennähten anämisiren, dann invertiren, das Peritoneum an dem Inversionstrichter durch dichte Nähte vereinigen, hierauf in die Scheide versenken, diese mit Carbol-, Sublimat- oder Eisenchlorid-Wattetampons ausfüllen, somit den Amputationsstumpf intravaginal behandeln solle. Man würde auf diese Weise die Jauche von der Bauchhöhle vollkommen fernhalten und hätte nur die Aufgabe, durch öftere, vielleicht auch permanente Scheidenausspülungen für dauernde Desinfektion des Stiles zu sorgen. Der Vorschlag ist meines Wissens noch nicht praktisch versucht worden, verdient aber wohl eine Prüfung.

Ad. 2. Was die Mittel betrifft, welche zur Verhütung einer Bauch- und insbesondere einer Kothfistel dienen können, so scheint es mir wichtig, um den Stil so viel indifferentes Gewebe anzuhäufen, dass in die bei der Retraktion des Stiles entstehende Lücke an der Bauchwand sich nicht Nachbarorgane eindringen können. Als Material könnte füglich das grosse Netz dienen, das ja bei den meisten Individuen so tief in die Bauchhöhle herabreicht, um zu beiden Seiten des Stils heruntergezogen und an diesen wie an die Bauchwand durch Ligaturen angeheftet zu werden.

Dadurch würde ein Schutz entstehen gegen die Ernährung des nekrotisirenden Stumpfes mit den Gedärmen,

und ein Wall gegen das Eindringen der Darmschlingen in die nach dem Zurückziehen des Stiles entstehende Lücke. Allerdings müssten bei dieser Stileinwicklung erheblichere Zerrungen des Netzes vermieden werden, weil sonst zu befürchten steht, dass bei dem Meteorismus der ersten Tage durch Netzzerrung Erbrechen, und weiterhin durch Einschnürung einzelner straff gespannter Netzstücke Darmstenose hervorgerufen werde.

Ich möchte nicht unterlassen, diese Modification der Stilversorgung den Herrn Collegen zu weiterer praktischer Prüfung zu empfehlen.

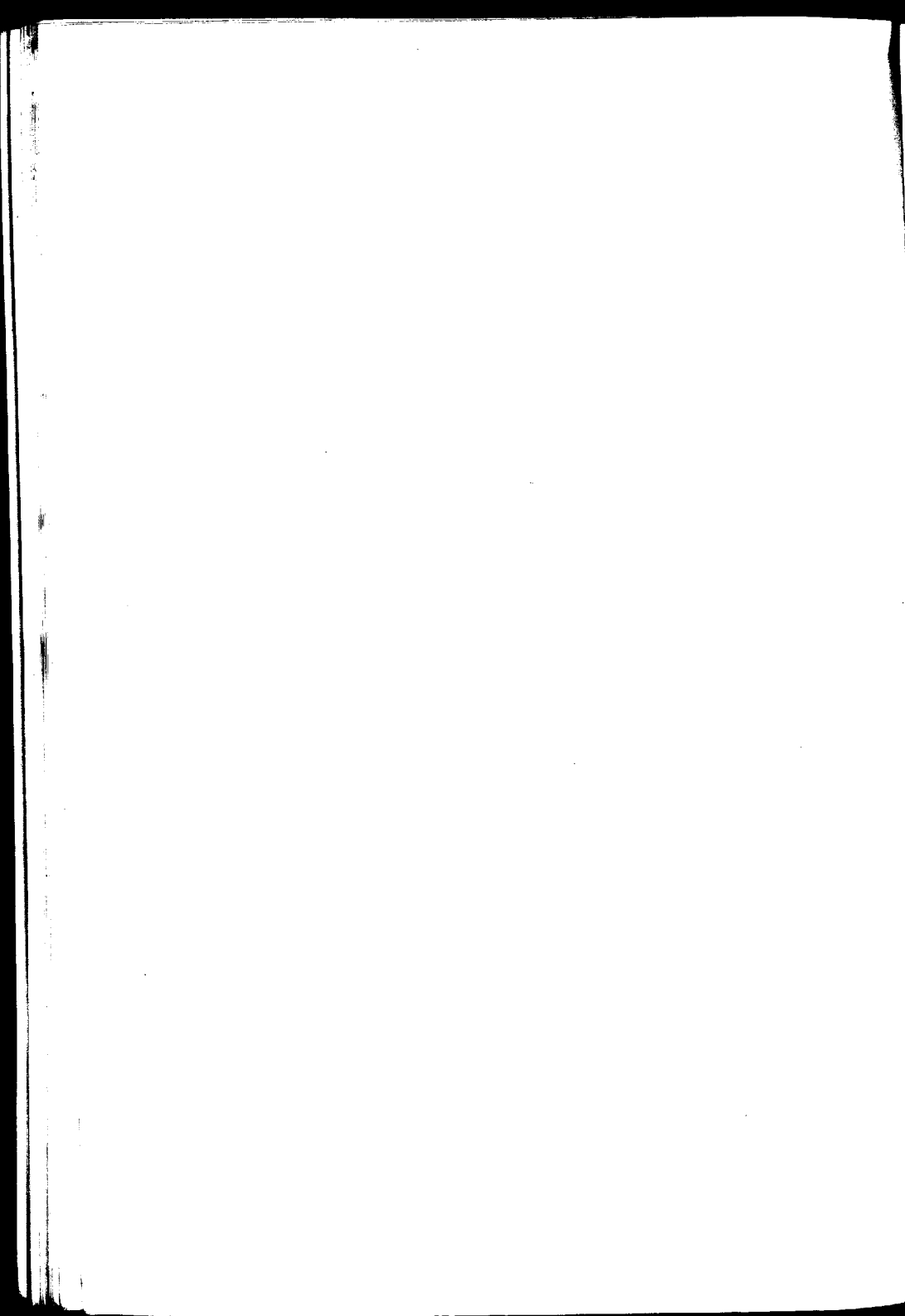


Fig. I.

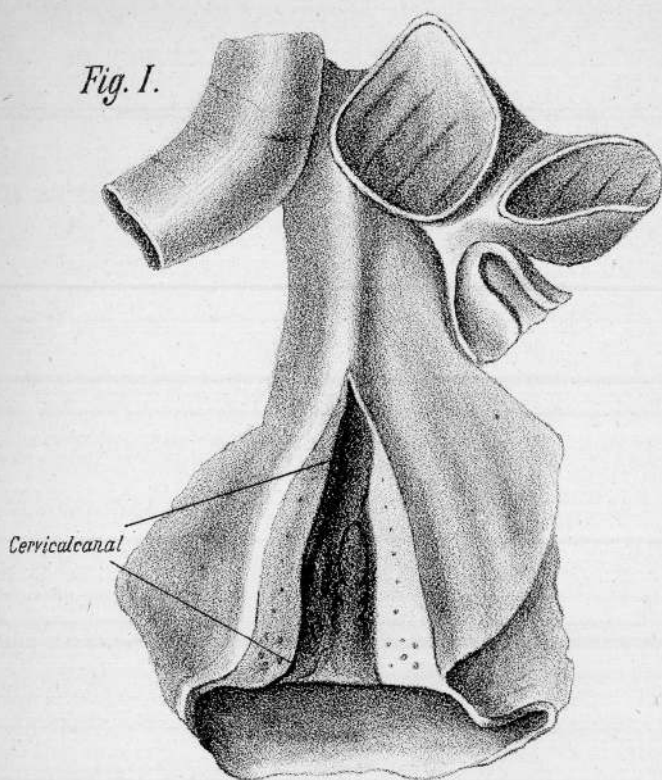
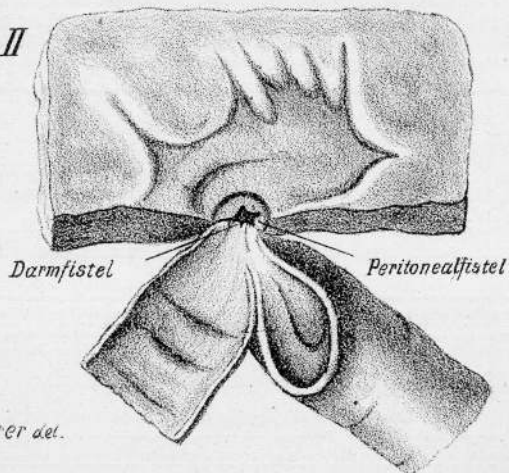
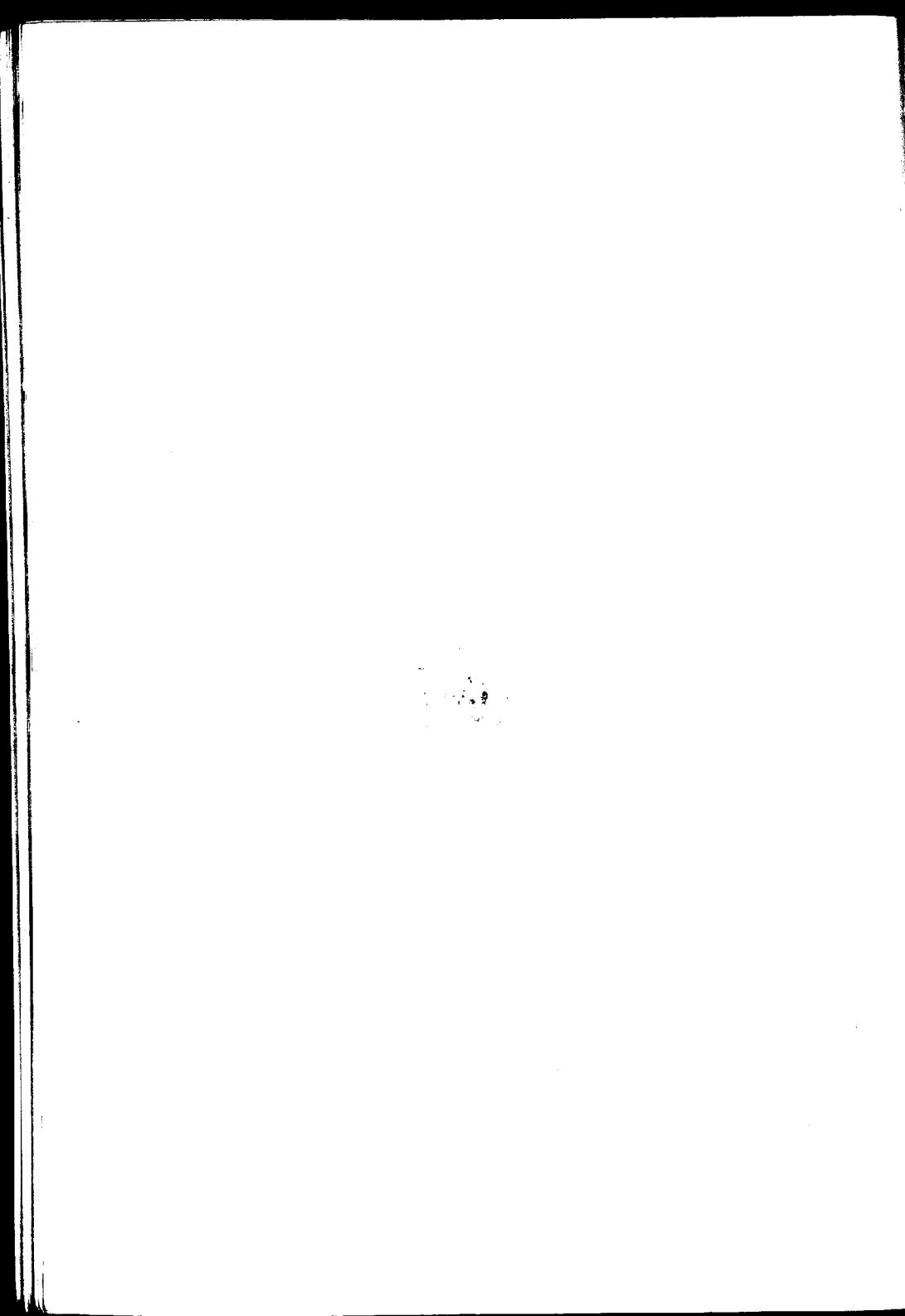
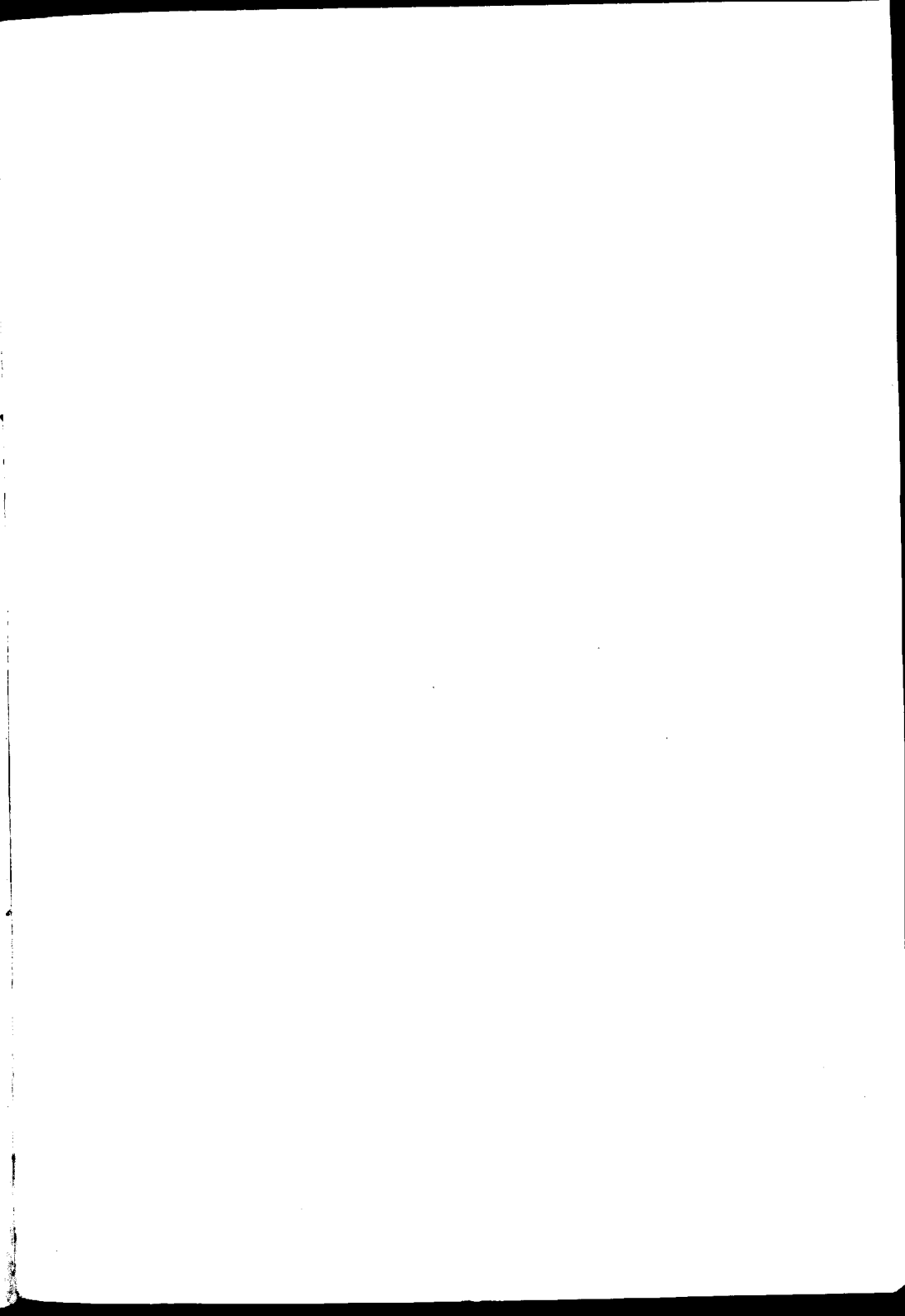


Fig. II



F. A. Kehrer del.





10000