

11 10 12

Eine seltene Todesursache bei einer Kreissenden (Ver-
blutung aus gerissenen peritonitischen Adhäsionen.)

(Aus der Universitätsfrauenklinik des Herrn Professor Dr. Küstner
in Dorpat.)

Von

Anton Holowko.

(Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.“
Band XXI. Heft 2.)



Eine seltene Todesursache bei einer Kreissenden (Verblutung aus gerissenen peritonitischen Adhäsionen.)

(Aus der Universitätsfrauenklinik des Herrn Professor Dr. Küstner in Dorpat.)

Von

Anton Holowko.

Die Lehre vom plötzlichen Tode in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbette hat, dank der besseren Erforschung der einschlägigen Fälle, vieles von ihrem früheren Dunkel verloren. Embolie der Lungenarterien durch aus den Venen des Uterus losgerissene Blutcoagula, Lufteintritt in die Venen des Uterus, Rupturen der in der Schwangerschaft vergrößerten, leukämischen Milz bilden das Contingent der hierzu gehörigen Fälle. — In anderen Fällen, wo die Section keinen genügenden Grund für die Erklärung des plötzlichen Todes aufzuweisen hatte, versuchte man, wie es Baart de la Faille¹⁾ gethan hat, den Zusammenhang zwischen der Geburt und plötzlichem Tode in einer durch den Geburtsvorgang bewirkten reflectorischen Herzparalyse, oder, wie es Kehrer²⁾ will, in einem durch den Insult der sensiblen Beckennerven veranlassten Shock zu erblicken. Alle diese Todesfälle stehen also zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in so naher Beziehung, dass man letztgenannte Vorgänge als direct den Tod veranlassend

¹⁾ Monatsschrift für Geburtskunde Bd. 25.

²⁾ Kehrer, Plötzlicher Tod im Wochenbett. Müller's Handbuch der Geburtshülfe Bd. 3.

ansprechen muss, und Kehler's Ausspruch, dass die Geburt und das Wochenbett zu spontanen plötzlichen Todesfällen prädisponire, ist gewiss gerechtfertigt.

Wenn aber auch der Zusammenhang zwischen einer plötzlich auftretenden Erkrankung und der Schwangerschaft oder dem Puerperium ein nicht so inniger ist, so verleiht doch die Complication mit letztgenannten Vorgängen der Erkrankung ein von dem gewöhnlichen Verlaufe häufig abweichendes Bild.

Einen solchen Todesfall, der, sowohl durch Complication mit der Schwangerschaft, wie auch seiner Seltenheit wegen, weiteres Interesse zu beanspruchen geeignet ist, theile ich hier, mit gütiger Erlaubniss meines Chefs, Prof. Dr. Küstner, mit.

Am 29. Juni 1890 wurde ich zur Krankenwärterin der hiesigen medicinischen Klinik, Frau Louise O., gerufen. Sie sollte schwanger sein und sollen sich in der Nacht vom 28. auf 29. Juni starke Schmerzen eingestellt haben. Von der Patientin selbst erfuhr ich, dass sie noch gestern sich ganz wohl gefühlt hatte, dass aber gestern Abend infolge von Verhebung Schmerzen aufgetreten sind.

Sie hatte gestern einen schwerkranken Patienten umbetten müssen, hatte darauf noch ihre Hauswäsche zu besorgen, wobei sie dieselbe auf etwas hoch angebrachte Schnüre hängen musste. Da sie letztere mit der Hand nicht erreichen konnte, sprang sie einige Male in die Höhe, um an dieselben anzukommen, wobei sie plötzlich einen stechenden Schmerz in der rechten Seite verspürte.

Die Schmerzen waren nachher so stark geworden, dass sie ihr die Nachtruhe raubten. — Sie glaubte, vorzeitig niederkommen zu müssen.

Frau Louise O. ist 36 Jahre alt, seit 2 Jahren verheirathet, hat 2mal geboren. Das erste Mal vor etwa 7 Jahren eine todte Frucht in einem frühen Schwangerschaftsmonate; das zweite Mal vor 1½ Jahren ein nicht ausgetragenes Kind, das bald darauf gestorben ist. Die letzte Regel war im November 1889. — Bisher soll sich Patientin immer einer guten Gesundheit erfreut haben.

Der von mir aufgenommene Status praesens lautete: L. O. ist von gut entwickeltem Körperbau, etwas anämisch.

Die Temperatur in der Achselhöhle beträgt 38° C., der Puls klein, 120 in der Minute. Das Abdomen kugelig vorgewölbt. Fundus uteri circa 15 cm über dem Nabel. Der Uterus ist steinhart contrahirt, so dass kindliche Theile sich nicht durchpalpiren lassen, fötale Herztöne nicht hörbar sind.

Die äusseren Geschlechtstheile bieten die gewöhnlichen Schwangerschaftsveränderungen. Bei der inneren Untersuchung findet man die

Portio vaginalis circa 2 cm lang, weich, aufgelockert; den äusseren Muttermund und den circa 3 cm langen Cervicalcanal für einen Finger bequem durchgängig. Die Blase steht, über dem Beckeneingang ist der vorliegende Kopf zu fühlen.

Die einzige Klage der Patientin ist die über grosse Schmerzen, wie sie bei früheren Geburten nicht vorhanden waren.

Die Schmerzen werden auf den tetanisch contrahirten Uterus bezogen. Es wurde der Patientin eine Injection von 0,015 Morphii hydrochlorici gemacht; ein warmes Bad und Wein verordnet. Der tetanische Contractionszustand des Uterus schwand allmählig, aber auch alsdann konnten die kindlichen Herztöne nicht gehört werden, so dass das Kind als abgestorben zu betrachten war.

Am Nachmittage stieg die Temperatur auf 40,0°, der Puls blieb ebenso frequent wie vorher. Gegen Abend fiel die Temperatur auf 38,0°; Der Puls schwankte zwischen 100 und 120.

In der Nacht schlief Patientin gut.

Am Morgen des 30. Juni war die Temperatur 37,8°, Puls 120. Der äussere und innere Untersuchungsbefund ebenso wie gestern. Im Laufe des Tages keine Aenderung des Zustandes. Temperatur zwischen 37,8° und 38,0°, Puls wie früher. Auf den Lungen sind einige spärliche, feinblasige Rasselgeräusche hörbar. Die Nacht verbrachte Patientin ruhig ohne bedeutende Schmerzen. Gegen Morgen nahmen die Wehen an Häufigkeit und Intensität zu. Der Allgemeinzustand der Patientin ohne Aenderung. Am 1. Juli um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens ist der Muttermund verstrichen, die Blase springt, wobei meconiumhaltiges, fast schwarz aussehendes Fruchtwasser abfließt. Der Kopf ist tiefer getreten, die Kopfknochen schlottern.

Um 11 Uhr Vormittags erfolgte in erster Schädellage die Geburt eines frisch macerirten Kindes. Das Kind ist 41 cm lang, entspricht ungefähr dem 8. Monate der Schwangerschaft. Der Zustand der Kreissenden verschlimmerte sich nach der Geburt des Kindes sehr schnell. Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben. Der Puls fadenförmig 140.

Es blutet aus den Genitalien fast gar nicht. Um 11 $\frac{1}{2}$ Uhr wird die Placenta durch den Credé'schen Handgriff exprimirt, auch dabei geht kein Blut ab. Da das Befinden der Patientin mit jeder Minute schlimmer wird, werden einige Campherinjectionen gemacht, die nur einen vorübergehenden Erfolg erzielen. Um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Mittags erfolgt der Exitus letalis.

Die ganze Erkrankung bot so viel Eigenthümliches dar, dass sie sich schwer unter ein bestimmtes Krankheitsbild rubriciren liess. — Wenn man sich auch im Anfange, wegen des so auffallenden Tetanus uteri, zu der Annahme verleitet fühlte, es handele sich

hier um einen Missbrauch von *Secale*, so musste man diese Deutung doch alsbald aufgeben, da der weitere Verlauf nichts für eine *Secale*vergiftung Charakteristisches darbot und auch die Kranke selbst dies vollständig verneinte.

Eine centrale Lösung der *Placenta*, bei welcher ja auch ein *Tetanus uteri* auftreten kann, glaubte ich wegen jeglichen Mangels einer Blutung nach aussen ausschliessen zu müssen und so neigte ich zu der Auffassung, dass es sich hier um einen ganz acut verlaufenden Fall von *Sepsis* handle, zumal die Infectionsmöglichkeit bei der Beschäftigungsart der Patientin (sie pflegte Typhuskranke, ihr Mann Erysipelkranke) nahe genug vorlag. — Für eine *Sepsis* sprach alsdann das Verhalten der Temperatur, des Pulses und der *Meteorismus*.

Andererseits war aber der Verlauf ein so rapider und besonders der schnell zunehmende *Collaps* nach der Geburt des Kindes so auffallend, dass auch die letzte Annahme, es handle sich um *Sepsis*, denselben nicht genügend erklären konnte.

Ich verlangte daher von den Angehörigen der Verstorbenen eine *Section*, die mir aber abgeschlagen wurde, und erst auf mein officiellcs Ansuchen an die Behörden wurde eine gerichtlich-medizinische *Section* angeordnet, die jedoch leider erst 2mal 24 Stunden nach dem Tode der Patientin ausgeführt werden konnte.

Die *Section* wurde am 3. Juli 1890 von Prof. Dr. Körber ausgeführt, dem ich für die Ueberlassung des *Sectionsprotocolles* zu bestem Danke verpflichtet bin.

Das Ergebniss der *Autopsie* war im Wesentlichen folgendes: Ausgesprochene Fäulnisveränderungen der Leiche. An den abhängigen Partien des Körpers Todtenflecke. Hautfarbe, Schleimhäute der Lippen, des Mundes und der Augen blass. — Aeussere Besichtigung der Geschlechtstheile weist nichts Abnormes. — Der Unterleib ist trommelartig aufgetrieben. Bei der Eröffnung der Unterleibshöhle strömt flüssiges Blut in Menge hervor. Auch zwischen den einzelnen Darmschlingen findet man zahlreiche Blutgerinnsel.

Die Menge des in der Bauchhöhle befindlichen Blutes wird auf 3—4 l geschätzt. — Die Leber, Milz und Nieren unverletzt, bieten nichts Abnormes.

Der Uterus reicht bis zur Nabelhöhle, ist schlaff, sein Peritonealüberzug ist spiegelnd glatt, Verletzungen am Uterus sind nicht vorhanden. Die Harnblase ist contrahirt, unverletzt.

Der Magen wie auch die Dünndarmschlingen sind durch Gase kolossal aufgetrieben, die Serosa derselben glänzend von graubrauner Farbe, unverletzt. Das Rectum unverletzt. Die Flexura coli dextra ist mit der Umgebung durch älteres Zellgewebe verwachsen. Diese Verwachsungen finden sich hauptsächlich zwischen dem Colon ascendens und transversum, doch erstrecken sie sich mehr auf das Colon ascendens; sie nehmen eine Fläche von ungefähr der Breite eines Handtellers ein. — Diese ganze Partie ist mit blutigen Suffusionen durchsetzt, mit zahlreichen Blutgerinnseln bedeckt. Beim Druck auf die genannten Stellen lässt sich noch flüssiges Blut auspressen. — Ein offenes Gefässlumen lässt sich aber trotz sorgfältiger Durchsuchung dieser Partie nicht finden. — Der Versuch, in die aufgeschchnittene Hohlvene Luft einzublasen, um zu sehen, ob dieselbe nicht irgendwo an der oben beschriebenen Stelle hervordringt, bleibt resultatlos.

Die Adhäsionen selbst sind sehr zerreiblich, zum Theile zerfetzt, überall mit älteren Blutcoagulis besetzt. — Die Blutsuffusionen unter und in dem Peritonealüberzug haben eine Mächtigkeit von 3—4 mm, durchsetzen aber weder die Muscularis des Darmes noch irgendwo die Schleimhaut desselben; letztere erscheint am aufgeschnittenen Darne ganz intact, von normaler Beschaffenheit. — Im Magen und Dünndarm geringe Mengen eines dünnbreiigen Inhaltes von gewöhnlicher Beschaffenheit, am Ende des Dickdarmes geformter Koth. Die Adhäsionen finden sich nur an der oben beschriebenen Stelle, sonst sind sämtliche Organe der Bauchhöhle ganz frei davon.

Die Section der Geschlechtsorgane ergibt nur die typischen Schwangerschaftsveränderungen derselben: an den Muttermundslippen unbedeutende frische Einrisse, eine weite Cervix- und Uterushöhle, in welcher sich spärliche Blutgerinnsel finden. — Auf dem Durchschnitt der circa 2 cm dicken Uteruswand werden zahlreiche Gefässlumina getroffen, in demselben ist kein fremdartiger Inhalt nachzuweisen. — Die Wirbel, Rippen und Beckenknochen unverletzt. Herz, Lungen und die übrigen Organe bieten keine wesentlichen Veränderungen dar.

Die Section ergab also, dass Patientin einer intraabdominalen Blutung erlegen war, welche aus gerissenen peritonitischen Adhäsionen des Colon ascendens und transversum erfolgte.

Leider konnten die Gefässe selbst nicht aufgefunden werden,

weil die ganze Umgebung so mit Blutgerinnseln und Hämorrhagien ins Gewebe durchsetzt war, dass bei diesem morschen Gewebe das Aufsuchen einzelner Gefässlumina unmöglich war.

Doch muss die Quelle der Blutung in der Zerreissung dieser Adhäsionen unbedingt gesehen werden, weil die Bauchhöhle nirgends sonst irgend welche Verletzungen aufwies, weil hier zwischen den zerfetzten Adhäsionen grössere Mengen älterer, an die Umgebung fester haftender Blutgerinnsel sich vorfanden, weil hier beim Druck auf Umgebung noch immer flüssiges Blut sich ergoss und endlich, weil nur hier Hämorrhagien ins Gewebe und ausgedehntere Suffusionen, welche als untrügliche Beweise eines vitalen Vorganges anzusehen sind, gefunden wurden.

Die Frage der intraabdominalen Blutungen fesselt nicht nur die Aufmerksamkeit des Chirurgen, sondern vielleicht in noch grösserem Maasse die des Gynäkologen, seitdem es sich erwiesen hat, dass eine ganz erhebliche Anzahl von intraabdominalen Blutungen durch Zerreissungen eines extrauterinen Fruchtsackes entsteht und die operative Therapie hier ihre glänzendsten Triumphe gefeiert hat.

Ex bibl. univ. Tart.

Trotzdem ist die Diagnose einer freien Blutung in die Bauchhöhle recht schwierig.

J. Veit¹⁾ geht in seinem Volkmann'schen Vortrage über intraperitoneale Blutergüsse näher auf die Diagnose der freien Blutung in die Bauchhöhle ein.

Nach ihm führt eine combinirte Untersuchung zu keinem Ziele, ebenso zeigte sich die Percussion ganz unzuverlässig und hält er nur den Befund extremster Anämie bei Abwesenheit jeglicher sonstigen Blutung zur Stellung der Diagnose einer intraabdominalen Blutung ausreichend.

In unserem Falle waren eben die Symptome einer extremen Anämie anfangs nicht vorhanden, denn aus dem beschleunigten Pulse, aus der blassen Gesichtsfarbe der Patientin liess sich dieselbe nicht erkennen, jedenfalls nicht in dem Grade, wie wir bei Personen, die dem Verblutungstode nahe sind, dieselbe zu finden gewöhnt sind. Auch andere Zeichen einer acuten Blutung fehlten. Brechneigung war nicht vorhanden, ein Schwindelgefühl fehlte gänzlich, Krämpfe waren keinmal aufgetreten, auch zeigte die Patientin

¹⁾ J. Veit, Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge Nr. 15.

nicht das unruhige Wesen der Verblutenden, die bald laut aufgähnen, bald sich unruhig im Bette herumwerfen.

Bis fast an das Ende war Patientin bei voller Besinnung, sprach und urtheilte wie gewöhnlich.

Es ist daher auffallend, dass die Symptome der Anämie hier theilweise fehlten und so das Stellen einer richtigen Diagnose verhinderten. Ich glaube dies dem allmäligen Zustandekommen der Blutung zuschreiben zu müssen. Ob hier der gravide Uterus durch Vermehrung des intraabdominalen Druckes gewissermassen als ein Tampon wirkte, erscheint mir nach den Ausführungen von J. Veit über intraabdominalen Druck zweifelhaft, doch lässt sich dieser Gedanke nicht völlig aufgeben. Vielleicht wirkten hier die Adhäsionen selbst mit, dass die Blutung nur eine sehr allmälige war. Dies erscheint mir nach Einblick in die geöffnete Bauchhöhle wahrscheinlich: die blutende Stelle war ganz eingehüllt in zerfetzte, mit älteren Blutgerinnseln durchsetzte Stränge und Gewebsetzen. Offenbar hat es sich hier zuerst um die Bildung einer Abkapselung gehandelt; zuerst möge das Blut zwischen diesen Strängen und Fetzen leicht geronnen und einen Stillstand der Blutung bewirkt haben, der indessen nicht lange andauerte, weil die Abkapselung bei ungünstigen localen Verhältnissen eine mangelhafte war. So würde auch dieser Fall J. Veit's Ansicht über die Bildung der Hämatocele stützen, dass nämlich eine Abkapselung nur bei vorher vorhandener Peritonitis, die zahlreiche Adhäsionen hinterlässt, möglich sei, dass dagegen das normale Peritoneum die ungünstigsten Chancen dafür biete. Wenn ich aber die Theorie, dass der intraabdominale Druck, freilich unter ganz besonderen Umständen, etwas zur Blutstillung beitragen kann, nicht ganz aufgeben möchte, so geschieht es, weil ich erst nach der Ausstossung des Kindes die schnelle Verschlimmerung des Zustandes meiner Patientin beobachtete. Es scheint also, dass mit der Verkleinerung des Uterus in der Bauchhöhle ein Raum frei wurde, in den es hinein bluten konnte und hineinblutete.

Auf einige Symptome im Verlaufe dieser Erkrankung will ich hier noch etwas näher eingehen.

Die Temperatursteigerungen während der Geburt, die mich zur Diagnose der Sepsis verleiteten, können auf verschiedene Weise erklärt werden. Ebenso wie bei der Trockenkur beobachtete man auch bei nicht übermässigen Blutverlusten vorübergehende Tem-

peratursteigerungen, die man durch die Bildung von Zerfallsstoffen im Körper erklärte. Hier, wo das Blut in die Peritonealhöhle ergossen war, konnten solche Zerfallsstoffe ausserdem durch Resorption vom Peritoneum her aufgenommen sein. — Dass die Temperatursteigerung durch den Geburtsvorgang, namentlich durch den Tetanus uteri, veranlasst war, erscheint mir zweifelhaft, vielmehr ist letzterer selbst als ein Folgezustand der Anämie zu deuten. Dass einerseits die Anämie, in viel grösserem Maasse aber der durch sie bewirkte permanente Contractionszustand des Uterus den Tod des Kindes verschuldeten, erscheint ganz sicher. Das Verhalten des Pulses ist für die acute Anämie ein ganz typisches. Der Meteorismus, der häufig bei schnell verlaufenden Anämien beobachtet wird, erklärt sich aus der Lähmung der Darmmuskulatur infolge mangelhaften Blutzufusses zu derselben.

Dass der Anamnese, die für unseren Fall von der grössten Bedeutung wäre, so wenig Beachtung zugesprochen war, erklärt sich aus dem Umstande, dass bei der hiesigen Landbevölkerung die Aetiologie sämtlicher Erkrankungen im Schreck oder Verhebung gesucht wird. Dass aber hier die Zerreissung der peritonitischen Adhäsionen infolge von Sprung, wenn auch aus geringer Höhe, veranlasst wurde, ist zweifellos, denn der Schmerz und sämtliche Symptome der geschilderten Erkrankung setzten von diesem Augenblicke ein. Die Eigenthümlichkeiten des Verlaufes der Erkrankung erklären sich durch die Complication mit der Gravidität, welche von der allergrössten Bedeutung hier wurde.

Denn erstens wurde durch die bestehende Schwangerschaft die Diagnose eines freien Blutergusses in die Bauchhöhle erschwert, während sonst vielleicht derselbe eher zu erkennen gewesen wäre, — dann aber ist der langsame Verlauf der Blutung, wie oben angedeutet wurde, vielleicht auch durch den schwangeren Uterus verursacht, wie auch die letzte rapide Blutung durch seine Entleerung begünstigt wurde. Auch ist die Frage zu erledigen, ob nicht in der Schwangerschaft ein für die Zerreissung der Adhäsionen und Rupturirung der darin verlaufenden Blutgefässe günstiges, vielleicht gar veranlassendes Moment gesucht werden darf, und wenn man bedenkt, wie häufig durch die Gravidität Stauungserscheinungen bewirkt werden, so ist diese Frage eher in bejahendem Sinne zu entscheiden. Die strotzend gefüllten Blutgefässe konnten eben leichter bei der plötzlichen Gewalteinwirkung zerreißen.

Einen analogen Fall von Verblutung aus einer gerissenen Adhäsion habe ich in der Literatur nicht finden können; einen ähnlichen Fall, wo die Blutung auch aus gerissenen Adhäsionen erfolgt war, beschreibt Kaltenbach¹⁾. Es handelte sich um eine in circa der 6. Woche der Schwangerschaft geplatzte Tubengravidität, bei welcher die Laparotomie gemacht, die Tube abgebunden und entfernt wurde. Trotzdem erfolgte eine Nachblutung, der Patientin erlag. Bei der Section fand man an der hinteren Wand des Uterus und an den seitlichen Begrenzungen des Douglas'schen Raumes flottirende gefäßhaltige Pseudomembranen vor, die zuerst eine Zerreissung der Tube bewirkten, von letzterer dann losgerissen, als die Patientin nach der Laparotomie von ihrer Ohnmacht sich erholte, weiter bluteten.

Durch diese Beobachtungen ist die Gefahr, die solchen peritonitischen Strängen anhaftet, gekennzeichnet.

Vor Allem bringt hier die Complication mit der Schwangerschaft, sei es durch die abnorme Füllung der Gefäße, oder durch Zerrung solcher Stränge, gefahrbringende Momente hinzu. Jetzt, wo wir in der Gynäkologie häufiger Gelegenheit haben, künstliche Adhäsionen zu erzeugen, muss auch auf diese Gefahr geachtet werden und schon aus diesem Grunde müsste die Ventrofixatio uteri bei zeugungsfähigen Frauen verpönt sein. Zum Schlusse wäre noch zu erwägen, ob bei der frühzeitig richtig gestellten Diagnose es möglich wäre, das Leben der Frau zu retten; die einzige Möglichkeit der Heilung muss man auch hier in der Laparotomie erblicken.

Ob die Blutstillung vollkommen gelungen wäre, ist freilich von vornherein nicht zu entscheiden, doch haben wir jetzt ausser in der directen Ligation der Gefäße, um welche wir auch hier uns vorzüglich bemüht hätten, in der festen Austamponirung der Bauchhöhle mit der Jodoformgaze vielleicht ein Mittel, das auch solche Blutungen zu stillen im Stande wäre.

¹⁾ Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. 16.