

Jelinek, Ileus infolge einer Uterusperforation während einer Abortusaussführung

Aus der Frauenklinik des Astrachaner Medizinischen Institutes

Direktor: Prof. Dr. med. N. J. Kuschtallov

## Ileus infolge einer Uterusperforation während einer Abortusaussführung

Von Dr. Wilhelm Jelinek

Komplikationen während der Abortausräumung kommen sehr oft vor.

An erster Stelle stehen die Blutungen verschiedener Art, die zweite Stelle nehmen die Gebärmutterhalsrisse ein. Nach diesen kommen die Uterusperforationen, die nach Lansen und Weil mit 0,6—0,8%, nach Savjaloff und der Frauenklinik des Leningrader Frauen-Med. Institutes 0,5%, nach den Moskauer Geburtshilfesanstalten mit 0,45% berechnet werden. Strassmann ist der Meinung, daß diese Zahlen viel niedriger seien als die wirklichen und, wie er sich in der Berliner Gynäkologischen Gesellschaft äußerte, muß man sie bis zu 2% errechnen.

Was die Instrumente anbelangt, mit welchen die Perforation zustande kommt, wird sie nach Stumpf durch die Curette in 63,4%, durch die Sonde und den Katheter in 17,7%, die Dilatatoren in 10,8%, die Abortuszange ungefähr in 4% usw. bedingt.

Die schwersten Schädigungen, die mit einer Uterusperforation einhergehen, werden mittels der Curette und Abortuszange verursacht und können ganz verschiedenen Charakters sein. So berichten Rosenzweig, Müller u. a. über Blasenverletzungen, Stoeckel, Bumm, Philipp, Hammerschlag, Süßmann, Meisel u. a. über Darmverletzungen, Wertheim, Müller, Ottow, Peham, Katz u. a. über Ureterverletzungen, Sergeeff, Heynemann u. a. über Einklemmung des Netzes in der Perforationswunde und dergleichen. In der uns zur Verfügung stehenden Literatur fanden wir jedoch keinen analogen Fall, wo eine falsch behandelte Uterusperforation endlich zum Ileus führte, was uns zur Mitteilung veranlaßt.

Sie betrifft eine 21jährige Pat. (Prot.-Nr. 1456), die wegen heftiger Unterleibsschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Wind- und Stuhlverhaltung binnen 2 Tagen mit der Ambulanz eingeliefert wurde.

Vor 1 Monat bekam die Pat. plötzlich Unterleibsschmerzen, am nächsten Tage zeigte sich blutiger Ausfluß, der 2 Tage anhielt, ohne daß die Schmerzen aufhörten. Nach einigen Tagen besuchte sie eine Beratungsstelle, wo man eine 2monatige Schwangerschaft feststellte und die Pat. zwecks Unterbrechung derselben aus sozialen Gründen in die Gebäranstalt überwies. Der Arzt verweigerte zuerst den Eingriff, nahm jedoch schließlich auf die Bitte der Pat. die Ausräumung vor, während welcher, wie sich die Pat. äußerte und auch aus dem Begleitbrief aus der Beratungsstelle hervorging, nichts zutage trat, und die Pat. verließ die Anstalt am nächsten Tage bei gutem Wohlbefinden.

Nachher wurde jedoch festgestellt, daß die Cervixerweiterung normal vonstatten gegangen war, während der Ausräumung mit der Curette aber diese in die Tiefe bis zum Handgriff entglitt. Das Instrument wurde sofort entfernt und jede weitere Manipulation unterlassen. Fassende Instrumente waren nicht im Gebrauch.

Am nächsten Tage fühlte sich die Pat. gesund, die Temperatur war normal und auf ihre Bitte wurde sie entlassen.

Bald kehrten aber die Schmerzen wieder, hierzu gesellte sich in den letzten Tagen fortwährendes Aufstoßen und Erbrechen und 2½ Wochen nach dem Eingriff besuchte sie abermals die Beratungsstelle, von wo aus sie sofort in die Klinik transportiert wurde.

Die Pat. ist 3 Jahre verheiratet, Ipara. Menarche mit 14 Jahren. Dauer 3 Tage regelmäßig. Lunge: Apicis cathar. bilat. Herz ohne Besonderheiten. Puls 88 gut gefüllt. Brustdrüsen etwas schlaff, beim Drücken entleert sich Milch. Der Bauch ist gebläht, man sieht deutlich die geblähten Darmschlingen, die Darmbewegung gut ausgeprägt. Der Bauch ist beim Palpieren äußerst druckempfindlich. Per vaginam: Vulva und Vagina ohne Besonderheiten. Portio klein, zapfenförmig, Muttermund geschlossen, Scheidengewölbe frei. Uterus in retroversioflexio, derb, nicht vergrößert, fixiert, die Adnexe sind nicht abzutasten, da der Bauch sehr gebläht und druckempfindlich ist.

Im Harn sind Blutspuren festzustellen, im Sediment Erythrocyten, Leucocyten. Blutbefund: Stäbchenförmige 6%, Segmentierte 66%, Lymphocyten 21%, Monocyten 7%. RS. = 2 Stunden 23 Minuten. Ausfluß: Reinheit II. Grades.

Beim Eintritt wird sofort ein Syphoneinlauf gemacht ohne Resultat. Um Stuhlgang zu erzielen, wird die Spinalanästhesie durchgeführt, jedoch ebenfalls ohne Erfolg. Diagnose: Ileus.

Der Pat. wird eine Operation vorgeschlagen, die sie jedoch ablehnt.

Gegen Abend wird nochmals ein Syphoneinlauf gemacht ohne Resultat. Die Darmschlingen sind jetzt noch deutlicher zu sehen. Aufstoßen und Erbrechen halten an. Puls 102 weich, Temperatur normal. Die Operation wird nochmals vorgeschlagen, in die sie jetzt einwilligt.

Bei der Laparatomie wurde folgender Befund festgestellt: Sofort nach der Öffnung der Bauchhöhle drängen sich die sehr geblähten Darmschlingen hervor, die in mit Kochsalzlösung befeuchtete Tücher eingewickelt wurden. Das Netz zieht sich zur vorderen Wand des Uterus etwas nach rechts von der Mittellinie und näher zum Fundus, wo es im unteren Teil etwas verändert und mit dem Uterus fest verwachsen ist. Der untere Teil des Netzes wird reseziert, wonach festgestellt wird, daß eine Dünndarmschlinge teilweise in eine in der vorderen Wand des Uterus bestehende Öffnung hineingezogen und daselbst eingeklemmt und verwachsen ist. Um die eingeklemmte Darmschlinge liegt noch eine zweite Schlinge, die mit der ersten sowie mit den benachbarten Organen fest verlötet und geknickt ist. Der Abschnitt des Darmes, der unter der Einklemmung liegt, ist zusammengefallen, während der obere Teil sehr aufgebläht ist. Uterus in retroversioflexio fix., die Adnexe sind entzündlich verändert. Die Verwachsungen wurden stumpf abgelöst und nachher konnte man mit Mühe den eingeklemmten Darm mit dem resezierten Stück Netz befreien. Dann wurde der Uterus von den Verwachsungen befreit und die perforierte Stelle in zwei Schichten vernäht. Zuletzt wird noch in die Vagina eine Drainage von oben nach unten eingeführt und die Bauchdecken werden geschlossen.

Die Diagnose lautet: Strangileus, Retroversioflexio uteri fix. et perforatio uteri sub abrasione.

Der postoperative Verlauf war glatt. In den ersten Tagen war eine subfebrile Temperatur, die am 5. Tag zur Norm kam. Die Drainage wurde am 7. Tag entfernt, die Nähte am 8. Tag. Heilung: prima intentio. 2 Wochen nach der Operation verließ die Pat. geheilt die Klinik.

Diese seltene Komplikation ist unserer Ansicht nach folgenderweise entstanden: Noch während der Dilatation der Cervix wurde die Uteruswand perforiert (der Uterus war klein, abgeknickt, verwachsen), ohne daß es bemerkt wurde. Bei der Ausschabung glitt die Curette in die Bauchhöhle, wodurch stellenweise die Serosa lädiert wurde. Erst als das Instrument tiefer glitt, bemerkte es der Arzt und unterließ sofort jede weitere Manipulation, zog jedoch bei der Entfernung der Curette die Darmschlinge und das Netz mit in die Öffnung. Da nur ein Teil der Darmschlinge und nicht die ganze Darmhöhle in der Öffnung eingeklemmt wurde, so ist es selbstverständlich, daß die erste Zeit der Darm noch passierbar war und erst, als sich infolge der Beschädigung der Serosa Verwachsungen bildeten, die dann allmählich verschrumpften, wurde der Darm undurchgänglich, was schließlich zu dem oben beschriebenen Krankheitsbild führte.

Hinsichtlich der Wahl des Eingriffes bei Uterusperforationen sind die Fälle, wo dieselben mit den Dilatatoren, der Sonde oder mit dem Finger bedingt wurden, konservativ zu behandeln; hingegen dort, wo die Curette oder die Hornzange im Gebrauch war, ist die sofortige Laparotomie indiziert, wobei einige Autoren: Stoeckel, Schanta, Halban, Latzko, Liepmann, Peham, Katz u. a. radikal vorgehen, d. h. den Uterus exstirpieren, hingegen andere, Bumm, Siegwart, Franz, Heyms, Barsky, Frommolt, Bardenhewer, in letzter Zeit auch Ernst u. a. sich bei gewissen Voraussetzungen mit der Naht des perforierten Uterus begnügen und den Uterus nur dann entfernen, wenn die Naht schon unmöglich ist.

Unsere Klinik steht in der Reihe der letzteren, wobei wir im Falle Vorfalles des Netzes dasselbe mit einem Kocher in der Vagina fixieren, und nachher bei der Laparotomie das vorgefallene Stück resezieren und durch Ziehen des Kochers nach unten entfernen. Die Uterusverletzungen werden in zwei Schichten genäht. Im Falle einer Verletzung der Darmschlingen führen wir eine Drainage in die Vagina von oben nach unten. Bei einem solchen Verhalten haben wir in unserer Klinik in den letzten Jahren von 1927—1934 in 10 Fällen keine einzige postoperative Komplikation gehabt.

---

## **Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften**

### **Nordwestdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie**

Sitzung vom 28. IV. 1934

Vorsitzender: Holzapfel (Kiel); Schriftführer: Wehefritz (Göttingen)

Demonstrationen:

1) Stephan (Stettin): a. Zentraler Dammriß

Im Anschluß an die letzte Vorführung auf der Frühjahrstagung 1933 durch Herrn Schallehn (Stettin) werden zwei Fälle von zentraler Dammruptur mit den dazugehörigen Bildern demonstriert. Beide Fälle sind von der Hebamme Hand entstanden und so eingeliefert. Es wird die Symptomatologie der drohenden zentralen Dammruptur geschildert, die den Kundigen in die Lage setzt, auf Grund dieser Erscheinungen das Ereignis durch eine ausgiebige Episiotomie zu vermeiden. Fernerhin werden die ätiologischen Momente, die für das Zustandekommen der Zentralruptur begünstigend und direkt auslösend wirken, dargestellt.

Außer der Prophylaxe in Gestalt der rechtzeitigen Episiotomie wird auch die Therapie besprochen, die in einer Durchtrennung der Brücke zwischen Damm-