Ueber Placenta praevia.

Von Dr. Max Hirsch in Berlin.

Der Streit der Meinungen über die Prognose und Behandlung der Placenta praevia wogt hin und her. Die chirurgischen Bestrebungen, welche immer tiefer auch in das Gebiet der Geburtshilfe einzudringen beginnen, haben sich auch an die Placenta praevia herangemacht. Der klassische Kaiserschnitt wird von Krönig,¹⁾ der zervikale extraperitoneale von Sellheim²⁾ für die nicht infizierten und nicht infektionsverdächtigen Fälle in Anspruch genommen. Diesen operativen Verfahren widersetzen sich die Anhänger der bisher geübten konservativen Methode. Sie aber führen einen Bruderzwist im eigenen Lager: es gilt, der kombinierten Wendung oder der Hystereuryse zum Siege zu verhelfen.

Als Waffen werden die Statistiken der klinischen Institute ins Feld geführt. Aber die Sprache der Zahlen muß verstummen, wenn die Krankengeschichte selbst zu reden beginnt.

Diese Wirkung hat Krönig mit der Publikation seiner 20 Fälle von Placenta praevia in No. 15 des Zentralblatts für Gynäkologie erzielen wollen.

Jedoch neben dieser beabsichtigten Wirkung lassen gerade die Krönigschen Krankengeschichten mit fruchtbarer Deutlichkeit erkennen, daß von den mannigfachen Faktoren, welche an der Gestaltung der Prognose für das mütterliche Leben bei Placenta praevia wirksam sind, die Nachgeburtsperiode der gewaltigste und entscheidende ist. Krönig selber entgeht das nicht. Aber er versäumt es, seine Fälle unter diesem Gesichtspunkt

1) Krönig, Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 46. — 2) Sellheim, Die Gefahren der modernen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 40.

Para	Mensis	Blutungen ante partum	Muttermund	Operationsverfahren		Nachgeburtsperiode				Blutungen nach Lösung der Placenta	Resultate	
				Br. oder Met.	Blutung	Blutung nach Geburt des Kindes	Nachgeburt spontan	Nachgeburt durch Credé	Manuelle Lösung		für Mutter	für Kind
V	10	3 stark (Kollaps)	2 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	+	+	+	Fieber	lebt
IV	10	3 stark	4–5 cm	Br.	steht	stark nach innen Kollaps	—	zerfetzt forciert	+	+	lebt	lebt
II	10	4	2 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	forciert	+	+	tot	tot
VI	10	3	2 Finger	Met., nachher Br.	steht	sofort schwach	—	+	—	—	lebt	tot
XII	10	3 stark	1 Finger	Met., nachher Br.	steht	sofort sehr stark	—	+	—	—	Fieber	tot
I	10	2 stark	vollkommen erweitert	Zange	steht	1 Stunde später schwach	—	forciert	+	+	tot	lebt
I	10	mehrere, letzte stark	Dreimarkstück	Br.	steht	—	nichts gesagt, Luftembolie				tot	tot
III	10	3	Fünfmarsstück	Wendung	steht	sofort stark	—	+	—	+	lebt	eines lebt
IX	10	3	1 Finger	Eihautstich	steht	—	+	—	—	+	tot	eines lebt
IV	9	3	2 Finger	Br.	steht	sofort mäßig	—	+	—	+	lebt	tot
IV	11	6	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	+	—	+	lebt	tot
X	9	einige	2 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	forciert	+	+	Fieber	tot
IV	9	4	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	+	—	+	Fieber	tot
IX	9	3	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	forciert	+	+	lebt	tot
I	8½	1	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	forciert	+	+	Fieber	tot
VI	7	2	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	+	—	+	lebt	tot
V	7	3	1 Finger	Br.	steht	sofort stark	—	+	+	+	lebt	tot
XIV	7	4	2 Finger	Br.	steht	1 Stunde später stark	—	zerfetzt forciert	+	+	Fieber	tot
IV	6½	3	1 Finger	Met.	steht	2 Stunden später stark	—	+	—	—	Fieber	tot
III	7	2	Fünfmarsstück	Br.	steht	sofort stark	+	—	—	+	tot	tot

punkte zusammenzustellen. Tut man das, so wird mit einem Schlage klar, daß der Schwerpunkt der ganzen Streitfrage, soweit sie die Prognose für das mütterliche Leben betrifft, in der Behandlung der Nachgeburtsperiode liegt.

In obenstehender Tabelle stelle ich die 20 Fälle von Krönig in einem Schema zusammen, das diese Verhältnisse deutlich erkennen läßt:

In allen 20 Fällen hat das Operationsverfahren, meist die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks, die Blutung zum Stillstand und damit die Mutter zunächst aus Lebensgefahr gebracht. Diese beginnt erst wieder mit dem Einsetzen der Nachgeburtsperiode.

Für die Bewertung der Nachgeburtsperiode scheidet ein Fall aus, welcher an Luftembolie nach der Wendung zugrunde gegangen und in dem über die Nachgeburtsperiode nichts gesagt ist. In den übrigbleibenden 19 Fällen tritt jedesmal nach Ausstoßung des Kindes eine Blutung ein, und zwar 15 mal sofort, meist sehr starken Grades.

In diesen 19 Fällen nun findet nur zweimal eine spontane Lösung der Plazenta statt. Diese beiden Fälle enden tödlich.

17 mal wird der Versuch gemacht, die Plazenta durch Credé'schen Handgriff zu entfernen, aber nur 8 mal gelingt er. In den mißglückten 9 Fällen — mehr als die Hälfte — muß zur manuellen Lösung der Plazenta geschritten werden, 2 mal, weil die Plazenta zerfetzt ist und Verdacht auf Retention von Plazentastückchen besteht, 7 mal, weil sie trotz forcierten Expressionsversuches nicht folgt. Von diesen 7 Fällen starben 3.

Also von allen 19 Müttern gehen 5 zugrunde, und von diesen 5 Todesfällen entfallen 3, also mehr als die Hälfte, auf die 7 Fälle, in denen nach vergeblichen Expressionsversuchen

die Plazenta manuell gelöst werden muß. Die beiden anderen Todesfälle betreffen die beiden einzigen Fälle, in denen bei zuwartender Behandlung die Nachgeburt spontan geboren wird.

Diese Resultate erweisen klar, daß nicht das Entbindungsverfahren, sondern die Behandlung der Nachgeburtsperiode das Schicksal der Mutter entscheidet.

Die Zeit der Nachgeburt wird von der Blutung beherrscht. Darum muß die Behandlung der Placenta praevia sowohl in der Schwangerschaft, wie in allen Phasen der Entbindung von dem Gedanken diktiert werden, der Frau soviel wie möglich Blut zu sparen.

In dieser Erkenntnis habe ich seit dem Jahre 1905 jeden Fall von Placenta praevia nach festgestellter Diagnose sofort entbunden und die Nachgeburtsperiode durch unmittelbar an die Geburt des Kindes angeschlossene manuelle Plazentalösung beendet.

In der folgenden Tabelle gebe ich die Krankengeschichten und Resultate meiner Praxis in demselben Schema wie die Krönig'schen Fälle wieder.

Ich verhehle mir nicht die großen Unterschiede, welche zwischen dem klinischen Material und dem der Privatpraxis bestehen. Diese sind von mir, soweit sie die Qualität des Materials betreffen, bei einer früheren Gelegenheit schon einmal skizziert worden.¹⁾ Der größte Unterschied aber liegt in der Quantität. Da die Placenta praevia eine immerhin seltene Komplikation ist, so wird selbst der Arzt mit einer großen

¹⁾ Hirsch, Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion. Medizinische Klinik 1906, No. 25 u. 26.

Para	Mensis	Blutungen ante partum	Muttermund	Operationsverfahren		Nachgeburtsperiode				Blutung nach Lösung der Placenta	Resultat	
					Blutung	Blutung nach der Geburt	Nachgeburt spontan	Nachgeburt durch Credé	manuelle Lösung		für Mutter	für Kind
III	10	Mehrere	handbreit	Wendung, Extraktion	—	+	—	—	+	—	lebt	lebt
II	10	2	2 Finger	Br.	—	+	—	—	+	—	lebt	tot
V	7	1	1 Finger	Br.	—	+	—	—	+	+	Fieber	tot
III	10	1	1 Finger	Br.	—	+	—	—	+	+	lebt	tot
IV	8½	2	2 Finger	Br.	—	+	—	—	+	+	lebt	tot
II	7	3	2 Finger	Br.	—	+	—	—	+	+	Fieber	tot
II	7	4	geschlossen, rigide	Hystero-tomia ant.	+	+	—	—	+	+	lebt	tot
II	7	1	2 Finger	Br.	—	+	—	—	+	—	lebt	tot
III	10	3	1 Finger	Br.	—	+	—	—	+	+	Fieber	tot
II	10	1	1 Finger	Met.	—	+	—	—	+	+	lebt	tot
III	7	3	2 Finger	Met., nachher Br.	—	+	—	—	+	+	Fieber	tot
IV	7	2	geschlossen, rigide	Hystero-tomia ant.	+	+	—	—	+	+	lebt	tot
III	10	1	1 Finger	Met.	—	+	—	—	+	—	lebt	lebt
II	10	1	1 Finger	Met.	—	+	—	—	+	—	lebt	lebt
II	9	1	1 Finger	Met.	—	+	—	—	+	+	lebt	tot

geburtshilflichen Praxis nur mit kleinen Zahlen aufwarten können. Wenn aber mein Beispiel von vielen befolgt wird, so wird die Summe der kleinen Zahlen bald ein dem klinischen gleichwertiges Material zusammenbringen. Und dies erscheint mir dringend erforderlich. Denn das Endziel aller klinischen Bestrebungen muß es sein, dem in der Praxis stehenden Geburtshelfer ein Verfahren in die Hand zu geben, das im Privathause befriedigende Resultate liefert. Darum wird die Entscheidung, ob die jeweilig gebräuchliche Methode diese Eigenschaft besitzt, ohne Bekanntgabe der Ergebnisse in der Hauspraxis nicht zu treffen sein.

Nun zu meinem Material.

Von den 15 von mir seit dem Jahre 1905 entbundenen Frauen mit Placenta praevia ist keine einzige zugrunde gegangen. Allerdings ist die Anzahl der Blutungen, welche die Frauen vor der Entbindung erlitten haben, nicht so groß wie in den Krönigschen Fällen, weil ich in allen Fällen nach gestellter Diagnose die Entbindung sofort eingeleitet und beendet habe. In dieser Hinsicht also muß mein Material als günstiger, weil weniger ausgeblutet, bezeichnet werden. Zwei Fälle scheiden aus, weil sie von mir in die Klinik aufgenommen und durch Hysterotomia anterior entbunden wurden. Beide befanden sich im sechsten bzw. siebenten Schwangerschaftsmonat, hatten vier bzw. zwei Blutungen, davon die letzte stark, erlitten. Der Muttermund war fest geschlossen, Zervikalkanal erhalten. Mehrere Dehnungsversuche des Muttermundes waren erfolglos. Der Spaltung der Uteruswand wurde Wendung, Exstruktion, Nachgeburtslösung und Tamponade des Utero-Vaginalkanals unmittelbar angeschlossen. Die Kinder waren nicht lebensfähig. Wochenbett normal.

In acht Fällen wurde die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks vorgenommen, in vier Fällen der Metreurynter eingelegt. In allen zwölf Fällen stand die Blutung nach Ausführung dieser vorbereitenden Operationen. Ein Fall mußte, weil der Metreurynter riß, durch Wendung nach Braxton-Hicks beendet werden.

Also auch hier wie in den Krönigschen Fällen eine prompte Wirkung der kombinierten Wendung im Sinne der Blutstillung. Nur daß mir dasselbe günstige Resultat auch die Metreuryse geliefert hat.

Betrachten wir nun die Nachgeburtsperiode in meiner Tabelle, so sehen wir, daß sie in allen Fällen mit einer Blutung beginnt. Naturgemäß hat diese sofort nach Ausstoßung des Kindes einsetzende Blutung einen schweren Grad oder längere Dauer nicht erreicht, weil stets ohne jedweden Versuch mit Massage des Uterus und ohne Expressionsmanöver sofort die manuelle Lösung der Plazenta angeschlossen wurde.

Nach beendigter Nachgeburtsperiode erfolgt in sieben Fällen überhaupt keine oder nur so geringe Blutung, daß weitere Maßnahmen nicht notwendig erscheinen. In acht Fällen ist die Blutung etwas stärker. Sofort vorgenommene Tamponade des Utero-Vaginalkanals mit Dührssenschem Büchsenmaterial ist stets von Erfolg begleitet.

Theoretische Erwägungen über den Austreibungsmodus der Plazenta, welcher im wesentlichen eine Arbeit des muskulösen Teils des Uterus ist, machen es begreiflich, daß die im unteren Uterinsegment sitzende Nachgeburt nur ausnahmsweise eine spontane Lösung erfährt. Auch die Expression durch den Credéschen Handgriff hat wenig Aussicht auf Erfolg. Der auf den Fundus uteri ausgeübte Druck pflanzt sich nur wenig auf das wie ein schlaffer Sack dem kontrahierten Teile der Gebärmutter anhängende untere Uterinsegment fort. So erklärt es sich meines Erachtens, daß in nur 10 % der Krönigschen Fälle eine spontane Lösung der Nachgeburt stattfindet, daß ferner der Credésche Handgriff zur Expression der Plazenta in mehr als 50 % der Fälle mißlingt und daß von den sieben Fällen, in denen schließlich doch zur manuellen Lösung geschritten werden muß, weil die Plazenta nicht folgt, drei an Verblutung zugrunde gehen.

Der Vergleich dieser Ergebnisse mit den meinen läßt sofort erkennen, daß lediglich die blutsparende Methode der unterschiedslos sofort vorgenommenen Plazentalösung die günstigen Resultate gezeitigt hat. Das in meinem Material fast völlige Fehlen atonischer Nachblutungen hat seinen Grund in der großen Schonung der Uterusmuskulatur, welche nicht durch fortgesetzte Spülungen, häufiges Massieren und forcierte Expressionsversuche geschädigt und gelähmt wird.

Die Infektionsgefahr ist, wofern man nur aseptisch ver-

fährt, nicht größer als bei anderen geburtshilflichen Operationen.¹⁾ Von meinen 15 Fällen haben vier eine vorübergehende geringe Temperatursteigerung gehabt.

Um über den Nutzen, den das Operationsverfahren dem Kinde bringt, ein Urteil zu bilden, ist das Material zu klein. Immerhin springt sofort in die Augen, daß von den nach Braxton-Hicks gewendeten Kindern keines, in den mit Metreuryse behandelten Fällen dagegen drei Kinder am Leben geblieben sind. Hinreichend Grund genug, in kommenden Fällen die Metreuryse der kombinierten Wendung vorzuziehen.

Dem Prinzip der Blutspargung entspricht es auch, wie vorhin bereits erwähnt, einen jeden Fall von Placenta praevia möglichst schon bei der ersten Blutung nach festgestellter Diagnose zu entbinden. Man kann niemals wissen, welchen Umfang die folgende Blutung annehmen wird und ob nicht der in der Schwangerschaft oder bei Beginn der Geburt erlittene Blutverlust die Frau unfähig macht, eine möglicherweise in der Nachgeburtsperiode auftretende starke Blutung zu ertragen.

Darum halte ich wie Füh²⁾ die so oft noch empfohlene und geübte Scheidentamponade für eine gefährliche Therapie. Gefährlich nicht nur wegen der Infektionsgefahr. Leicht zu bewerkstelligen und verlockend wegen ihrer scheinbar prompten und lebensrettenden Wirkung, schiebt sie oft den entbindenden Eingriff um Tage und Wochen hinaus. Ihre größte Gefahr aber besteht darin, daß ihre die äußere Blutung aufhaltende Wirkung den Geburtshelfer über die nach innen erfolgende Blutung täuscht. Und diese innere Blutung erfolgt begreiflicherweise oft, da einer noch so festen Tamponade des Scheidengewölbes die harte Unterlage fehlt, gegen die sie den blutenden Isthmus andrücken soll.

Der Eihautstich, welcher noch immer in den Statistiken der Kliniken eine Rolle spielt, ist für die Praxis sicher nicht zu verwenden. Da seine Wirkung sich meist erst lange Zeit nach Sprengung der Blase zeigt, vom Beginn der Wehentätigkeit und dem Eintritt des Kopfes ins Becken abhängig und somit durchaus ungewiß ist, so stellt er an die Geduld des Geburtshelfers eine starke Anforderung und legt ihm große Opfer an Zeit und Mühe auf. Denn eine Frau mit Placenta praevia muß vom Moment der ersten Blutung ab unter ständiger ärztlicher Aufsicht bleiben. Wievielmehr noch nach Sprengung der Fruchtblase, wenn mit Beginn der Wehentätigkeit jeden Augenblick eine neue Blutung zu erwarten ist.

Die Wendung nach Braxton-Hicks und die Hysteruryse sind zweifellos die Verfahren der Wahl für die geburtshilfliche Tätigkeit im Privathause, wenn es sich darum handelt, zunächst das mütterliche Leben zu retten. Aber nur unter der Bedingung, daß von der Uebernahme der Geburt ab bis zur Beendigung der Nachgeburtsperiode, welche durch obligatorische manuelle Lösung der Plazenta herbeizuführen ist, das Prinzip der Blutspargung befolgt wird. Wenn Richter behauptet, daß in der Leopoldschen Klinik in der Nachgeburtsperiode alles getan wird, um weiteren Blutungen vorzubeugen, so ist das eben nicht alles. Und doch zu viel. Denn die fortgesetzten Uterusspülungen, die Massagen und Expressionsversuche sind allzu häufig vergebliche und unnötige Manöver, welche der Frau Blut kosten und die Uterusmuskulatur kontraktionsunfähig machen, sodaß es zu atonischen Nachblutungen kommt.

Auch nach Lösung der Plazenta darf man nicht Zeit und Blut dadurch verlieren, daß man allmählich von den schwächeren zu den stärkeren Blutstillungsmitteln und erst zuletzt zur Tamponade des Uterovaginalkanals übergeht.

Wenn überhaupt eine Blutung ein Einschreiten erforderlich macht, ist es angezeigt, sofort die Tamponade des Uterovaginalkanals nach Dührssen mit einem Wattetampon als Abschluß vorzunehmen. Dührssen³⁾ und Sellheim fordern

1) Hirsch, Zur Verhütung der puerperalen Wundinfektion. Medizinische Klinik 1906, No. 25 u. 26. — 2) Füh, Zur Behandlung der Placenta praevia in der allgemeinen Praxis. Zentralblatt für Gynäkologie. — 3) Dührssen, Ueber die neue Aera der Geburtshilfe etc. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 14, H. 1.

sogar die Tamponade des Geburtskanals ausnahmslos in allen Fällen von Placenta praevia.

Ein hervorragendes Blutstillungsmittel, dessen Anwendung bedauerlicherweise nur wenig verbreitet ist, ist die Schlauchkonstriktion nach Momburg. Es versteht sich von selbst, daß sie nur in der Nachgeburtsperiode anwendbar ist. Hier aber wird die Wirkung umso schneller und gründlicher sein, als durch die Umschnürung auch Kontraktionen der Uterusmuskulatur angeregt werden, welche der Atonie entgegenarbeiten.

Zweckmäßig wird es sein, die Zeit der Konstriktion zur Tamponade des Uterovaginalkanals zu benutzen, welche bei kontrahiertem Uterus und stehender Blutung leichter ausführbar und umso wirksamer ist, als der Tampon an den Uteruswänden einen Halt und Gegendruck findet.

Ich glaube, daß diese unblutigen Blutstillungsmittel die blutigen Verfahren, wie Unterbindung der Spermaticae und Hypogastricae, Amputatio colli, deren schnelle Ausführbarkeit Pankow¹⁾ als Vorzug des Kaiserschnittes ins Feld führt, entbehrlich machen. Tatsächlich ist meines Wissens kein Fall von Kaiserschnitt bei Placenta praevia beschrieben worden, in dem von diesen radikalen Verfahren Gebrauch gemacht werden mußte. Vielleicht sind die nur mäßigen Blutungen der Nachgeburtsperiode dadurch zu erklären, daß der Kaiserschnitt den Vorzug der von mir für alle Fälle von Placenta praevia geforderten sofortigen manuellen Lösung der Plazenta besitzt.

Daß die geringere Dehnung des unteren Uterinsegmentes Ursache der schwächeren oder fehlenden Blutung beim zervikalen Uterusschnitt sein soll, ist nicht recht einleuchtend. Denn einmal geht es auch beim zervikalen Kaiserschnitt nicht ohne Dehnung durch die die Schnittränder fassenden Klemmen und das durchtretende Kind ab. Andererseits aber fehlt dem Uterusschnitt der Vorteil der langdauernden Kompression der Plazentarestelle durch den Steiß des Kindes oder den Hystereurynter, wodurch immerhin die Thrombosenbildung gefördert wird.

Schluß. Meine eigenen wenigen Fälle und die Resultate der Küstnerschen²⁾ und Leopoldschen³⁾ Kliniken zeigen, daß die kombinierte Wendung und die Hystereuryse wohlgeeignete Verfahren sind, das mütterliche Leben zu retten. Ich bin geneigt, die bei diesem Verfahren immer noch bestehende Mortalität — im Mittel 5 % — zum großen Teil auf mangelhafte Blutspargung zurückzuführen. Einmal infolge verspäteten oder hinausgeschobenen entbindenden Eingriffs, zweitens infolge abwartender Behandlung der Nachgeburtsperiode.

Die wesentlich günstigeren Resultate, welche die Hystereuryse für das kindliche Leben liefert, geben ihr vor der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks den Vorzug.

Ich sehe keinen Grund ein, die operative Entbindung durch den klassischen Kaiserschnitt oder den zervikalen Uterusschnitt als Methode der Wahl in die Behandlung der Placenta praevia einzuführen. Das Hauptargument, mit dem ihre Einführung begründet wird, ist die Verbesserung der Prognose für das Kind. In den Fällen, in denen die Kinder lebensfähig sind und nicht schon durch die vorausgegangenen Schwangerschaftsblutungen gelitten haben, wird mit großer Wahrscheinlichkeit — 70 % — die Hystereuryse den Kindern das Leben erhalten.

Nur in den verschwindend wenigen Fällen, in denen wegen Rigidität des Muttermundes die Hystereuryse nicht möglich ist, scheint mir der Kaiserschnitt, sei es im Fundus oder im Isthmus, gerechtfertigt. Ferner in den Fällen, in denen von der Mutter unbedingt ein lebendes Kind gewünscht wird. Vorausgesetzt immer, daß die Fälle nicht infiziert und nicht infektiösverdächtig sind.

In den Fällen mit nichtlebensfähigem Kinde, in welchen die Einführung des Hystereurynters wegen Rigidität des Muttermundes nicht möglich ist, glaube ich die Hysterotomia anterior empfehlen zu dürfen.

Es kann selbstverständlich nicht als ernsthafte Argumentierung betrachtet werden, die Sectio caesarea oder cervicalis

deshalb zu verwerfen, weil durch sie die Behandlung der Placenta praevia aus den Händen des praktizierenden Arztes in die des Klinikers gelegt wird. Denn aegroti salus suprema lex. Man sieht aber aus vorstehenden Ausführungen, daß das Indikationsgebiet für die Laparotomie bei Placenta praevia sich sehr gut einschränken läßt.

Das mütterliche Leben wird hinreichend geschützt durch die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks, durch die Metreuryse und obligatorische Nachgeburtslösung durch die Hand des Geburtshelfers unmittelbar nach Geburt des Kindes.

1) Pankow, Ueber Placenta praevia. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 64, H. 2. — 2) Hammes, Was leistet die moderne Therapie bei der Placenta praevia. Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 3. Hystereuryse oder Braxton-Hicks. Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 42. — 3) Richter, Zur Therapie und Prognose der Placenta praevia. Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 22.