Aus der Großherzogl. Hebammen-Lehranstalt in Mainz.
(Direktor: Dr. Kupferberg.)

Zur Behandlung der Placenta praevia.

Von cand. med. Sidonie Weinmann.

Die Lebensaussichten für das Kind sind bekanntlich bei Placenta praevia nicht die glänzendsten; aber auch das Leben der Mutter ist bei tiefer Plazentarinsertion gefährdet. Jede größere Klinik hat die Resultate der Behandlung der Placenta praevia in größeren statistischen Arbeiten beleuchtet.

Nach einer älteren Zusammenstellung Goodells starben von 110 Müttern 56; in neuerer Zeit sind dank den verbesserten Behandlungsmethoden günstigere Resultate erzielt worden. So beträgt nach einer statistischen Mitteilung Novaks (1) die Mortalität der Mütter 8,65 %, der Kinder 56,72 %; die Küstnersche Klinik (2) hat eine Gesamt mortalität der Mütter von 6,6 %, der Kinder von 20—25 % zu verzeichnen. Nach Bumm (3) „läßt sich durch rechtzeitig ausgeführte Wendung auf den Fuß die Mortalität der Mütter bei Placenta praevia auf etwa 5 % beschränken; von den gewendeten Kindern kommt dagegen mehr als die Hälfte tot zur Welt“. Krönig macht einen Unterschied zwischen der Behandlung der vorliegenden Plazenta in der Klinik und der in der Allgemeinpraxis. Nach ihm beträgt in der Klinik die Sterblichkeitsquote für Mütter 5 bis 8 %, für Kinder 60—80 %; in der Allgemeinpraxis gehen die Prozentsätze noch bedeutend in die Höhe: 20 % der Mütter, 90 % der Kinder gehen hier zugrunde. Mit dieser letzten Angabe stimmen die auch

1) cf. hierzu die Versuche an Pankreashunden von Brugsch und Pletneff, Kongreß für Innere Medizin 1908.

2) Diese Wochenschrift No. 52, S. 2335.

aus der Außenpraxis gewonnenen statistischen Zusammenstellungen Johannes Fühls (4) überein, der von den an Placenta praevia leidenden Frauen 19,7% verlor.

Ziehen wir das Resümee aus den statistischen Angaben der Kliniken, so bekommen wir im Durchschnitt eine Mortalität der Mütter von 5—8%, der Kinder von 50—70%. Immer noch eine erschreckend hohe Zahl! Die Todesursachen der Mutter sind (abgesehen von den Fällen von Sepsis) meist Verblutungen, wenn sie vielleicht auch zum Teil unter der Flagge Luftembolie, Herzwäche etc. segeln mögen. Die Blutungen während der letzten Zeit der Schwangerschaft — und bei fast jeder Frau mit Placenta praevia treten solche auf — machen die Patientin weniger widerstandsfähig gegen den Blutverlust, der bei dem Partus physiologisch und daher unvermeidlich ist; die durch die Schwangerschaftsblutungen geschwächte Frau kann in vielen Fällen dann diesen physiologischen Geburts-Blutverlust nicht mehr ertragen. Sicher sind unter diese Kategorie des Verblutungstodes auch die Fälle gerechnet, wo ein bei der Geburt entstehender Cervixriß die direkte Ursache des Verblutens einer sonst vielleicht genesenden Kranken war. Genaue statistische Angaben gibt es darüber nicht, aber selten sind die Risse jedenfalls nicht, wenn sie vielleicht auch weniger an die medizinische Öffentlichkeit gekommen sind.

So sagt Rieck: (14) „Diese Einrisse werden nicht oft konstatiert, begreiflicherweise, da sie leicht als Kunstfehler angesehen werden.“

Bekanntlich können schon bei spontaner Geburt des Kindes Zerreißen der Cervix uteri erfolgen; um so mehr muß das geschehen, wenn die kindliche Frucht mit Gewalt durch den noch ungenügend geöffneten Muttermund, der bei Placenta praevia ein morsches, leicht zerreißliches, mit Riesenbluträumen durchsetztes Gewebe darstellt, gezogen wird. So lehren auch die Erfahrungen, daß Cervixrisse am häufigsten im Anschluß an die Extrak tion des Kindes eintreten. Es bedarf gar keines besonders kräftigen Zuges an dem kindlichen Körper, um dieses morsche Gewebe an der Plazentarinsertionsstelle zum Einreißen zu bringen; die außerordentlich reiche Entwicklung der Gefäße hier bedingt aber zuweilen auch schon bei ganz leichten Einrissen Blutungen, die die Frau in große Gefahr bringen können. Der Extrak tion bedient man sich meist, um das vielleicht von der Mutter sehnlichst erwünschte kindliche Leben zu retten, ehe das Kind im Mutterleibe abstirbt. Man vergegenwärtige sich aber, daß die Lebensaussichten des Kindes an und für sich schon bei Placenta praevia schlecht sind, daß das Kind meist zu früh, lebensschwach zur Welt kommt, da infolge der bei jeder Wehe stärker werden den Ablösung der Plazenta von der Uteruswand die Zirkulation und der Gasaustausch zwischen Mutter und Kind gestört werden, die Frucht also in ihrer Sauerstoffzufuhr leidet, zumal die zunehmende Anämie der Mutter weniger Blut zu der Plazentarstelle hinströmen läßt. Auch die beschleunigte Geburt des Kindes kann meist keine Besserung erzielen.

„Die mit der Extrak tion erzielte Besserung der kindlichen Mortalität ist so geringfügig, daß man Strassmanns Behauptung, die Extrak tion verbessere die Prognose für die Kinder um 28,5%, verschlechtere sie aber für die Mütter um 11,4%, als eine milde Kritik ansehen muß.“ [Novak (5).]

Die Mutter ist hier bei jeder Extrak tion gefährdet. Man überlasse deshalb auch bei tiefer Plazentarinsertion den Austritt des Kindes den Naturkräften, wenn nicht ein völlig eröffneter Muttermund ein ungefährliches Durchziehen des kindlichen Körpers ohne jeden Einriß garantiert.

Wir schlagen betreffs Behandlung der Placenta praevia den jetzt allgemein üblichen Weg ein: Bei nicht oder unvollständig eröffnetem Muttermund wird ein Metreurynter intramural eingeführt, der mit 400—500 ccm physiologischer Kochsalzlösung gefüllt ist (eventl. nach Cervixdilatation mit Hegarschen Stiften). Von außen wird durch Anhängen eines Gewichtes von 1—2 Pfd. ein leichter, gleichmäßiger Zug ausgeübt. Ist der Metreurynter geboren und hat der vorrückende Kindsteil die tamponierende Wirkung übernommen, so wird, wenn die Blutung steht, die Geburt den Naturkräften überlassen. Tritt aber nach Ausstoßung des Ballons immer wieder Blut aus, so wird jetzt die innere Wendung auf den Fuß gemacht,

um durch den herabgezogenen Steiß eine erneute Kompression der blutenden Fläche zu bewirken. Ist der Muttermund völlig offen (als solchen sieht man ein Os externum an, von dem ringsum nur noch ein schmaler Saum zu fühlen ist), so kann ohne Gefährdung der Mutter die Extrak tion des Kindes angeschlossen werden. Allerdings kommt für einen ungehinderten Durchtritt des Kindes nicht nur die Weite des Muttermundes in Betracht, sondern auch die Größe des kindlichen Körpers. Vergleiche unseren Fall 4. Der Durchtritt einer Frucht von 8 Pfd. bringt natürlich die Cervix viel eher zum Einreißen als beispielsweise ein halb so schwerer kindlicher Körper. Ist der Muttermund nach Wendung der Frucht noch unvollständig erweitert, so muß die Austreibung des Kindes unbedingt den Wehen allein überlassen werden. Wohl jeden Geburtshelfer kommt bei heraushängendem kindlichen Fuß die Versuchung an, die Geburt im Interesse des Kindes durch schnellen Zug zu beenden, aber jeder möge die Gefahr bedenken, der er dadurch die Mutter aussetzt! Auf jeden Fall schätzen wir das Leben der Mutter, zumal es sich doch fast stets um Mehrgebärende handelt, höher ein als das des Kindes, lassen in diesem Dilemma das Kind, das doch oft lebensunfähig ist, lieber zugrunde gehen, als daß wir die Frau durch Extrak tion gefährden. Wir haben mit diesem Verfahren guten Erfolg gehabt. Ueber das Vorgehen Sellheims und Krönigs, die bei jeder Placenta praevia in der Klinik den suprasymphysären Kaiserschnitt empfehlen, erlauben wir uns kein Urteil, da wir keine eigenen Erfahrungen darüber haben, mit unserer Methode in der Anstalt bislang durchaus zufrieden waren, und uns auch kaum einen Fall denken können, wo dieser Eingriff wirklich streng indiziert wäre.¹⁾

Cervixrisse, die der Naht zugänglich sind, müssen genäht werden. Aber die Ausführung der Nahtlegung ist insofern oft schwierig, als ein Zurechtfinden an der fortwährend mit Blut überrieselten Cervix nicht sehr leicht, eine exakte Suture zu machen oft unmöglich ist. Trotz vermeintlich guter Nahtlegung kommt es da oft zum Verblutungstod, da nur ein Teil des Risses genäht wird, die größere und gefährlichere Partie aber, weil an der oberen Rißecke unauffindbar, häufig unversorgt bleibt. Außerdem ist ein wirklicher, vollkommener Verschluß der durch die Einreißen geöffneten großen Blutgefäße durch Naht oft garnicht möglich. Hört die Blutung auch nach außen auf, so blutet es, wie manche Sektionen an Verblutung gestorbener Frauen ergeben haben, doch nach innen extraperitoneal ins parametranale Bindegewebe weiter.

Hammerschlag (6) in Königsberg warnt sogar davor, die nach Placenta praevia entstandenen Cervixrisse durch Naht zu verschließen; er empfiehlt „sofortige feste Tamponade des Uterus, des Risses und des Scheidengewölbes während einer Dauer von 48 Stunden und gleichzeitigen Druckverband von außen“.

Aber auch die feste Austamponierung der Scheide und der Gebärmutter setzt der Blutung nicht immer ein Ziel. Sie mag bei einfachen Cervixrissen am Platze sein — obgleich auch da tödliche Verblutungen vorkommen —, reicht der Riß aber wie bei Placenta praevia, tief in die großen offenen Venensinusse der Plazentarstelle oder ins Parametrium hinein, so kann auch die festeste Tamponade nicht deren völlige Kompression bewirken.

Wohl jeder viel beschäftigte praktische Geburtshelfer weiß von Fällen zu berichten, wo nach durch Extrak tion des Kindes entstandenen Cervixrissen bei Placenta praevia weder exakte Nahtlegung noch eine fest und sorgfältig ausgeführte uterovaginale Tamponade, noch die Momburgsche Schlauchumschnürung die völlige Blutstillung herbeiführen konnten und die Frauen starben.

Hier mögen zur besseren Veranschaulichung drei exakt beobachtete Fälle aus der Außenpraxis des Herrn Dr. Kupferberg angeführt werden, in denen trotz aller erdenklicher Bemühungen — die neue Methode von Momburg kannte man noch nicht — das Leben der Frauen nicht gerettet werden konnte.

Den ersten Fall hat Herr Dr. Kupferberg in seinem Aufsatz „Ueber zwei Fälle von nicht penetrierender Uterusruptur“ (7) vor 18 Jahren publiziert:

¹⁾ Vgl. Schauta, Diskussion in der Wiener gynäkologischen Gesellschaft am 25. Mai 1909 (15).

Fall 1. Juli 1891. Bei einer 33jährigen VI-para mit Placenta praevia centralis (nahezu am normalen Ende der Schwangerschaft), wo in der Hoffnung, das kindliche Leben zu retten, nach der bei kleinhandtellergrößen Muttermund vorgenommenen inneren Wendung vorsichtig extrahiert worden war, sah er einen tiefen, das linke Parametrium eröffnenden Cervixriß entstehen, dessen Naht bis zum obersten Wundwinkel (trotz mehrfacher Versuche) nicht gelang (das Herabziehen des Uterus mittels Kugelzangen war unnötig), sodaß als ultimum refugium eine feste utero-vaginale Tamponade angewandt werden mußte; trotzdem trat kurze Zeit danach der Tod ein, und zwar, wie die Sektion bestätigte, an einer inneren, aber extraperitoneal erfolgenden Blutung (Hämatombildung), sich erstreckend von dem links eröffneten Parametrium an bis hinauf zur Flexura coli lienalis und der linken Nierengegend, das Peritoneum überall weit entfaltend und von seiner Unterlage abhehend.“

Fall 2 datiert aus dem August des Jahres 1905. Frau L. aus M., 36jährige V-para, hat in den letzten Wochen der jetzt bestehenden Gravidität im 9. Monat verschiedene Blutungen gehabt, die auf Bettruhe standen. Von der Hebamme geschickt wegen starker Blutungen, zu Beginn der Wehentätigkeit. Der zugezogene Arzt, Dr. C. aus M., macht Scheidentamponade, nachdem er Placenta praevia und einmarkstückgroßen Muttermund festgestellt. Da Tamponade nach zwei Stunden durchblutet, zieht er in Vertretung des durch Unwohlsein verhinderten Dr. Kupferberg dessen Assistenzarzt zu. Dieser macht in Narkose nach digitaler Perforation der Placenta praevia centralis bei zweimarkstückgroßen Muttermund die kombinierte Wendung auf den Fuß nach Braxton Hicks; daran schließt er eine vorsichtige Extraktion des Kindes an. Kind tief asphyktisch, 7% Pfund schwer, kann nicht wieder belebt werden; starke Blutung, die auch nach Entfernung der Placenta durch Credé nicht nachläßt, obwohl der Uterus gut kontrahiert ist. Der untersuchende Finger konstatiert einen rechts seitlich bis ins Scheidengewölbe reichenden Cervixriß. Der Riß wird genäht und utero-vaginale Tamponade angeschossen; diese ist nach einer Stunde durchblutet; die schon vorher stark anämische Frau kollabiert zusehends. Nochmalig festeste Tamponade und Kochsalzinfusion von ½ Liter; trotzdem zunehmender Kollaps, Tamponade bald wieder durchblutet. Nach einer Stunde Exitus an Verblutung.

Fall 3 kam im Juni 1908 zur Beobachtung. Frau L. in Sp., 28jährige II-para, wünscht sich schnellst ein lebendes Kind, da das erste mazeriert zur Welt kam. Verschiedene Blutungen in den zwei letzten Monaten der Schwangerschaft, die auf Bettruhe standen; mit Wehenbeginn setzen erneut starke Blutungen ein. Sanitätsrat E. macht vaginale Tamponade; da diese nach zwei Stunden durchblutet ist, macht er, nach Feststellung der Diagnose Placenta praevia bei zweimarkstückgroßen Muttermund die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks und läßt den Fuß angeschlungen von der Hebamme halten. Da nach drei Stunden noch kein Fortschritt in der Geburt zu konstatieren ist, die kindlichen Herztöne aber immer schlechter werden, extrahiert Sanitätsrat E. das Kind, das aber tot zur Welt kommt. Sofortige starke Blutung, die auch nach Entfernung der Plazenta durch Credé nicht aufhört. Utero-vaginale Tamponade, die bald durchblutet ist. Der in Vertretung von Dr. Kupferberg zugezogene näher wohnende Frauenarzt Dr. E. aus K. macht nun die Naht eines von ihm konstatierten, bis ins Vaginalgewölbe reichenden linksseitigen Cervixrisses und schließt erneute utero-vaginale Tamponade an. Frau trotzdem kollabiert; Puls 130. Kampf und Kochsalz subkutan. Nach ½ Stunde Entfernung der wiederum durchbluteten Tamponade, nochmalige Umstechung des oberen Cervixrißwinkels und ungemein feste utero-vaginale Tamponade. Sandsack auf den Leib, Auto-transfusion; trotzdem bald wieder Blutung, Verblutungstod der Frau nach drei Stunden.

Wie entmutigt steht man solchen Resultaten gegenüber! Es ist begreiflich, daß ein gewissenhafter Arzt da an seinem Können zweifeln kann, wenn alle seine Bemühungen, das Leben der Frau zu retten, sich als fruchtlos erweisen, er die Kranke unter seinen Augen verbluten sieht. Tage-, ja wochenlang steht er noch unter dem Eindruck, den er von einem solchen Falle mitgenommen, macht sich Selbstvorwürfe und grübelt und sinnt auf einen anderen Weg, der zum Heile führt. Und in der Tat, es gibt einen solchen; die Erfahrungen, wenn sie auch bis jetzt noch kärglich sind, haben seinen Erfolg bewiesen. Die Methode, die hier in Betracht kommt, ist die Herausnahme des blutenden Organes, der Gebärmutter, nach Unterbindung der zuführenden Gefäße, also die Entfernung der Blutquelle. Theoretisch hat schon Krönig auf dieses Verfahren hingewiesen. Wenn bei Placenta praevia starke Blutungen nach Ausstoßung des Kindes der Massage des Uterus und heißer Uterusspülung trotzen, so will er es in Betracht gezogen sehen.

„Man sollte, glaube ich, auch hier radikaler vorgehen und die supravaginale Amputation des Uterus vornehmen. Der Entschluß ist schwer, aber ich glaube, daß wir uns den Ruck geben müssen zu aktivem

Verfahren, wenn wir die riesige Mortalität an Verblutung herabdrücken wollen. Man könnte vielleicht einwenden, der große Eingriff wird von der entbluteten Frau nicht mehr ertragen, ich bin aber der Ueberzeugung, daß diese Anschauung nicht richtig ist. Die supravaginale Amputation des Uterus ist innerhalb kürzester Zeit erledigt, und wir wissen aus der Behandlung der Tubenschwangerschaften, wie gut schwer entblutete Patientinnen noch eine kurze Laparotomie vertragen.“ (8)

Pfannenstiel (9) hat sich mit demselben Gedanken beschäftigt: für Fälle von ganz schwerem Blutverlust bei Placenta praevia schlägt er die Totalexstirpation des Uterus vor. Auf der I. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Hamburg äußert er sich selbst folgendermaßen:

„Ist der Blutverlust bereits so groß, daß die Kreißende den bei der Geburt des Kindes unvermeidlichen Blutverlust voraussichtlich nicht überstehen wird, so scheint mir die ventrale Totalexstirpation des schwangeren Uterus bei noch lebendem Kinde mit vorausgehender Eröffnung des Uterus und Entfernung des Kindes der einzige Weg zu sein, die Mutter zu retten. Ich werde mich nicht scheuen, die Operation gegebenenfalls auszuführen.“

Runge (10) brachte die praktische Ausführung des Gedankens:

„Der Zufall wollte es, daß ich, zurückgekehrt von Hamburg, einen solchen Fall auf dem Kreißzimmer vorfand. Bei der durch Schwangerschaftsblutungen schon etwas geschwächten VII-Gebärenden fand sich Placenta praevia totalis. Es wurde die von Küstner inaugurierte, von Pfannenstiel in wärmster Weise empfohlene und auch von uns geübte Metreuryse ausgeführt. Die den für zwei Finger durchgängigen Muttermund total bedeckende Plazenta wird an der vorderen Wand des Uterus gelöst, die Blase gesprengt und der Metreurynter in das untere Uterinsegment eingelegt. Alles vollzieht sich glatt, aber der Blutverlust ist bei der Einlegung ein so enormer, daß die Frau sofort verfällt. Trotzdem ein Zug an dem Metreurynter angebracht wird, steht die Blutung nicht völlig. Der Verfall schreitet fort, 150 Pulse, kalte Extremitäten etc. Nach einigen Stunden ist man sich darüber klar: lassen wir die Frau weiter kreifen, bis der Metreurynter ausgestoßen wird, oder führen wir einen Fuß herab, so wird die Frau den bei der Geburt unvermeidlichen Blutverlust nicht überstehen. Die Pfannenstielsche Indikation war also gegeben, und ich schritt zur ventralen Uterusexstirpation mit Lumalanästhesie. Das Kind war zwar mittlerweile gestorben. Es war interessant zu bemerken, daß nach der Unterbindung der Hauptarterien bei der Exstirpation der Puls sich bereits besserte. Die Operation verlief glatt. Die Frau erholte sich gut. Der weitere Verlauf bereitete uns zwar einige Sorgen, indessen konnte die Frau am 28. Tage gesund entlassen werden, und den sechs Kindern war die Mutter wiedergegeben.“

Die Exstirpation des Uterus hat auch in hiesiger Anstalt in einem Fall, wo eine starke Postpartumblutung, bedingt durch einen Cervixriß nach Placenta praevia, allen üblichen Behandlungsmethoden trotzte, der gefährdeten Frau das Leben gerettet.

Es handelt sich um eine 31jährige verheiratete III-para, Frau R. aus M., aus gesunder Familie. Bei der ersten Geburt vor 6 Jahren wurde in der Außenpraxis 5—6 eklamptischer Anfälle wegen die Wendung auf den Fuß mit nachfolgender Extraktion gemacht. (Dr. M. in B.) Das Kind kam lebend zur Welt. Ein Cervixriß und ein kompletter Scheidendammriß wurden sofort vernäht; letzterer brach aber bald wieder auf und wurde am 10. Tage nochmals operativ behandelt. Eine Scheidenmastdarmfistel blieb seitdem zurück. Die zweite Geburt war eine Spontangeburt, ohne ärztliche Hilfe; Kind ist gesund. Die letzte Regel hatte Patientin am 20. September 1908. Die Schwangerschaft verlief gut, nur hatte die Patientin in dem dritten Monat derselben eine leichte linksseitige Pleuritis durchgemacht. Als die Frau am 21. Juli 1909 von einem Spaziergang heimkehrte, machte sie plötzlich die Beobachtung, daß eine Flüssigkeit von ihr abgehe, die sie aber, weil ja auch die Zeit der Niederkunft nahe war, für abgehendes Fruchtwasser hielt. Bei näherem Zuschauen aber bemerkte sie, daß es Blut war; die herbeigerufene Hebamme verordnete sofortige Bettruhe, und darauf stand die Blutung. Um 11 Uhr des Abends setzt die Blutung von neuem ein; die Hebamme, die die Diagnose Placenta praevia gestellt, läßt Herrn Dr. Kupferberg rufen, der Frau R. rät, die Geburt des Kindes in der Entbindungsanstalt zu erwarten. Die Frau kann sich noch nicht dazu entschließen. In der Nacht tritt eine erneute Blutung ein; als Herr Dr. Kupferberg am nächsten Vormittag wiederkommt, ist Frau R. entschlossen, die Anstalt aufzusuchen. Hier tritt sie am 22. Juli 09 nachmittags 12½ Uhr ein. Die innere Untersuchung der blassen, anämischen Frau ergibt als Diagnose Placenta praevia lateralis und I. dorsoantere Querverlage der Frucht. Um 1 Uhr wird der Metreurynter intraamnia unter Umgehung der Plazenta durch die für einen Finger bequem durchgängige Cervix eingelegt und mit 400 bis 500 ccm Kochsalzlösung gefüllt; er wird um 5 Uhr nachmittags geboren; dabei gleichzeitiger Nabelschnurvorfal. Die Nabelschnur hat kaum merklichen Puls, die Frau, die schon viel Blut verloren und wieder von

neuem blutet, ist sehr schwach. Man macht innere Wendung der quer-
gelagerten Frucht, und da der Muttermund handtellergrößer ist, schließt
man an sie, in der Hoffnung, dadurch das dem Absterben nahe Kind
noch zu retten, die Exstruktion an. Diese gelingt nur schwer, was sich
nach der Geburt des sehr großen Kindes als begründet erweist: denn
die Frucht, die trotzdem tot zur Welt kommt, wiegt 4350 g und ist
53 cm lang. Die starke Blutung, die sofort nach der Exstruktion des
Kindes einsetzt, läßt auch nach Entfernung der Plazenta durch Credé
nicht nach. Sie erweckt den Verdacht auf eine Rißverletzung der Ge-
burtswege, und die Untersuchung bestätigt ihn. Es ist nicht nur der
von der ersten Geburt herrührende komplette Dammriß wieder auf-
gerissen, es wird auch rechts ein Riß der Cervix festgestellt, der bis ins
Scheidengewölbe reicht. Der Riß wird sorgfältig genäht (sechs Knopf-
nähte) und Scheide und Uterus möglichst fest tamponiert; der Scheiden-
dammriß wird genäht. Um 7 Uhr abends ist die Tamponade völlig durch-
blutet; Frau stark kollabiert, Puls nur noch fadenförmig. Da auf Grund
der aus oben angeführten Fällen gewonnenen Erfahrungen eine neue
Umstechung der Rißstellen mit anschließender wiederholter Tamponade
aussichtslos erscheint und auch die Momburgsche Schlauchum-
schnürung keinerlei blutstillenden Einfluß ausübt, Eile aber wegen des
drohenden Verblutungstodes geboten ist, entschließt sich Herr Dr.
Kupferberg zu der supravaginalen Exstirpation des Uterus bis zur
Cervix nach Unterbindung der zuführenden Gefäße mit intraperitonealer
Stielversorgung per laparotomiam. Kochsalzinfusionen und Kampher-
injektionen während und nach der Operation heben etwas die Kräfte
der Frau; die Blutung steht sofort. Das Wochenbett verläuft relativ
gut; Frau ist natürlich zuerst noch sehr schwach, hat aber durch-
schnittlich nur wenig erhöhte Temperatur; als höchste wurde zweimal
38,8 konstatiert. Nach Ablauf der ersten zwei Wochen ist die Patientin
fieberfrei; am 12. August steht sie zum erstenmal auf und wird am
22. August als gesund entlassen. Wunde gut verheilt, glatte Bauch-
narbe; bei der inneren Untersuchung fühlt man eine stark retrahierte
Narbe tief im rechten Scheidengewölbe. Der nur unvollständig ge-
heilte Scheidendammriß bleibt einer späteren plastischen Operation
vorbehalten.

In der Literatur sind nur sehr wenig Fälle dieser Art der
Behandlung bekannt:

In seinem Aufsatz über „Operative Behandlung der Uterusruptur auf
vaginalen Wege unter Erhaltung der Gebärmutter“ führt Dr. Solms (11)
einen Fall von Everke an, der ebenfalls einen nach Wendung und
Exstruktion nach Placenta praevia entstandenen Cervixriß vaginal zu
vernähen suchte, dann aber, weil ihm die Freilegung des Risses nicht
geling, erst durch Totalexstirpation des Uterus der Blutung Herr werden
konnte. — Ueber einen ähnlichen Fall wird in der Sitzung der Gesell-
schaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin vom 14. Februar 1908 (12)
berichtet: Nach Exstruktion am Fuß bei fünfmarkstückgroßem Mutter-
mund war ein Riß der Cervix entstanden, der bis ins abgehobene rechte
Ligamentum latum reichte. Die Rißstelle blutete trotz Naht weiter.
Die Frau war stark kollabiert; durch rasche Exstirpation des Uterus von
der Scheide her wurde die Hämorrhagie gestillt, die Frau wurde gesund.
(Ob es sich allerdings auch hier um eine vorliegende Plazenta handelte,
ist aus dem Bericht nicht zu ersehen.)

In den letzten Fällen wären ohne rasches operatives Ein-
greifen die Frauen jedenfalls demselben Schicksal preisgegeben
gewesen, dem die Kranken in den drei erst genannten Fällen
erlegen sind. Allerdings sind diese wenigen gelungenen Versuche
der Blutstillung noch kein Beweis dafür, daß durch diese
Methode stets das Leben der Frau gerettet werden kann.
Der uns gewordene Erfolg aber läßt uns in Zukunft den gleichen
Weg einschlagen.

Auf Grund unserer Erfahrungen glauben wir auch
für die Allgemeinpraxis folgendes Vorgehen bei der Behand-
lung von Cervixrissen nach Placenta praevia empfehlen zu
können: Einen Cervixriß verhüten ist natürlich das Ceterum
censeo; das geschieht am ehesten, wenn man sich, bei unvoll-
ständig erweitertem Muttermund, jeder Exstruktion enthält.
Aber auch dem geübtesten und erfahrensten Geburtshelfer
kann eine Einreißung der Cervix bei Placenta praevia vor-
kommen; dann heißt es handeln! Ist der Riß gut sichtbar,
so ist eine sorgfältige Nahtlegung oft von Nutzen; an sie schließt
man eine feste Tamponade des Uterus und der Scheide an.
Erfolgt nach kurzer Zeit eine Durchblutung der tamponierenden
Gaze, so halte man sich nicht mehr mit einer wiederholten
Nahtlegung und Erneuerung der Tamponade, mit Kochsalz-
kampherinjektionen und Momburg auf, ein Zaudern setzt
nur einen Zeitverlust, der dem Leben der Frau verderblich
sein kann. Hier kann nur eine sofortige Operation
helfen. Hat die Geburt in einer Anstalt stattgefunden, so
sind ja die Vorkehrungen zu einer sofortigen Operation bald

getroffen; aber auch dem Kollegen in der Außenpraxis ist in den
meisten Fällen ein eiliger Transport der Kranken in eine be-
nachbarte Klinik immer noch möglich, denn nur in einer Anstalt
ist diese Operation ausführbar. Die Frau geht durch diese
Operation eines wichtigen Organes ihres Körpers verlustig,
aber die Freude darüber, daß ihr Leben gerettet, sie ihrer
Familie erhalten ist, läßt sie doch wohl diesen Verlust ver-
schmerzen.

Von uns ist die Operation vom Abdomen her ausgeführt
worden; vaginal gelingt sie sicher auch; die Art der Ausführung,
ob von oben oder unten, ist gleichgültig und ist dem Ermessen
des einzelnen überlassen. Neuerdings verwendet man in der
Dührssenschen Klinik (13) für Uterusrupturen ein Operations-
verfahren, das der vaginalen Koeliotomie ähnlich ist: Um-
schneidung der Portio mit Ablösung der Harnblase vom Uterus,
Herausziehen der Cervix und des unteren Uterinsegmentes;
sorgfältige Nahtlegung des nun freien Operationsfeldes nach
Umstechung der zuführenden Gefäße. Ueber diese Methode
können wir uns der mangelnden Erfahrungen wegen kein Urteil
erlauben. Sie käme vielleicht auch für nach Placenta praevia
entstandene Cervixrisse in Betracht; doch glauben wir, daß
die Ausführung dieser Operation eine größere technische Ge-
schicklichkeit, mehr Zeit und einen größeren Assistenzapparat
erfordert als die Exstirpation des Uterus von oben.

Der Zweck dieser Zeilen ist nicht nur der, wieder einmal
darauf hinzuweisen, welche große Beachtung die Behandlung
von Cervixrissen bei Placenta praevia verdient; möge die an-
geführte Kasuistik auch in den fatalen Fällen eines drohenden
Verblutungstodes Mut machen zu energischster Initiative, zu
jenem ultimum refugium, mit dem allein man eventuell das
sonst sicher verlorene Leben einer Gattin, einer Mutter
noch retten kann, zur Totalexstirpation des Uterus.

Literatur. 1) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. — 2) Zentral-
blatt für Gynäkologie 1909, No. 3. — 3) Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. —
4) Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 64 H. 3: „Die Behandlung der
Placenta praevia“ von Dr. W. Hannes. — 5) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynä-
kologie. — 6) Zentralblatt für Gynäkologie Jahrg. 1909, No. 13. — 7) Münchener Medi-
zinische Wochenschrift 1891. — 8) Zentralblatt für Gynäkologie 1908, No. 46. —
9) Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 31. — 10) Zentralblatt für Gynäkologie 1909,
No. 31. — 11) Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 34. — 12) Zentralblatt für Gynä-
kologie 1908, No. 30. — 13) Zentralblatt für Gynäkologie 1909, No. 34. — 14) Zentralblatt
für Gynäkologie 1908, No. 28. — 15) Zentralblatt f. Gynäkologie 1909, No. 50.