Correspondenzen und Erwiderungen.

Manuelle Placentarlösung und praktischer Arzt.

Von Dr. Moritz Cohn in Hamburg.

Arbeitsteilung ist augenblicklich auch in der Medicin Modesache. In einem ernsteren Falle begnügt sich der Patient kaum noch mit dem Urtheil seines Hausarztes, sondern geht zum Spezialisten. Dass darunter das Ansehen des Standes leidet, braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden. Selbst die Rechtssprechung hat in den letzten Jahren darauf Rücksicht genommen. Wenn nun aber während der Entbindung zum Arzte geschickt wird, liegt die Sache oft so, dass ein operativer Eingriff unbedingt und schleunigst erforderlich ist und weitere Zeitverschwendung bis zum Herbeiholen eines Specialcollegen der Krüssenden das Leben kosten kann. In diesen Fällen wird der gewissenhafte Arzt nolens volens eingreifen müssen. Zu meiner grössten Verwunderung will nun Prof. Hofmeier in Würzburg diese Thätigkeit von einer bestimmten Art der Desinfection abhängig machen. Wird diese vernachlässigt, so will er den Operateur für schuldig im Sinne des § 222 des Strafgesetzbuches ansehen.¹⁾

Im allgemeinen wird der Praktiker während der Nachgeburtsperiode nur wegen der Blutung eingreifen müssen. Hier kann aber dieser Eingriff in wenigen Minuten so dringend nöthig werden, wie es mir wenigstens zweimal passirte, dass, wenn ich nicht schon vorher vollständig desinficirt gewesen wäre, die Zeit nicht einmal zur gründlichen Händedesinfection ausgereicht hätte; so heftig wurde plötzlich die Blutung, und so schnell collabirten die Frauen. Selbstverständlich lag etwas Derartiges in dem Fall nicht vor, bei welchem Hofmeier als Sachverständiger fungirte. Hier hätte, wenn keine Blutung oder keine Temperatursteigerung eingetreten wäre, stunden-, ja selbst tagelang nach Ansicht der meisten Autoren gewartet werden können, ohne dass daraus der Wöchnerin ein Schaden erwachsen wäre. Ob aber eine noch so gründliche Scheidendesinfection, vorausgesetzt eine sachgemässe Desinfection der Hände des Operateurs und der äusseren Genitalien, worüber wohl alle einig sind, den tödtlichen Ausgang verhindert hätte, erscheint mir zum mindestens fraglich. Als Beweis mögen folgende von Kollegen mitbeobachtete Entbindungen dienen, in denen ich keine Desinfection der Vagina vorgenommen habe.

Fall 1. Frau X., 32 Jahre, V.-Para, 22. December 1895. Kopf beweglich über dem kleinen Becken. Sehr geringe Wehen. Muttermund fest geschlossen.

24. December, vormittags. Wehenthätigkeit schlecht. Muttermund gut fünfmarkgross. In der stehenden Blase liegt eine Hand und die Nabelschnur vor. Da die Wehen mehrere Stunden ausgesetzt hatten und die Herzöne des Kindes äusserst schwach wurden, machte ich um 12³/₄ nachmittag, nach Sprengung der Blase die Wendung auf den rechten Fuss. Da auch jetzt keine Wehen eintraten und die Herzöne überhaupt nicht mehr zu hören waren, so liess ich die Extraction folgen. Das Mädchen wurde nach halbstündigen Schultze'schen Schwingungen etc. wiederbelebt. Inzwischen hatte sich bei der Frau ein starker Blutverlust eingestellt, so dass ich die Nachgeburt mittels Credé zu exprimiren versuchte. Kein Erfolg. Patientin sollte daher narkotisirt werden, und es wurde Dr. G. telephonisch herbeigerufen. Als trotz Massage, Secale etc. der Blutverlust inzwischen ein derartiger wurde, dass ich jeden Augenblick das Schlimmste befürchten musste, entschloss ich mich ohne Narkose und gegen den Wunsch des auf der Suche nach dem Spezialcollegen befindlichen Gatten zur manuellen Ausräumung. Es gelang nach mehreren Versuchen die Placenta mit den Eihäuten vollständig zu entfernen. Es bestand hinterher noch eine geringe Atonia uteri, welche auf Secale prompt reagierte. Jetzt nach 3 Uhr traf der College ein und fragte mich, ob die Wöchnerin wohl chloroformirt wäre. Ich führe dieses an, um die Grösse des Blutverlustes zu charakterisiren. Die höchste Temperatur in dem Wochenbett betrug 36,7°.

Fall 2. Frau J. Am 2. September 1896 wurde ich zu der Kreissenden gerufen und fand eine hintere Scheitelbeinstellung im platten Becken. Muttermund gut handflächengross. Um 3,30 Uhr nachmittags liess ich die Narkose (Dr. C.) einleiten, und es gelang mir nach vieler Mühe den Kopf zurückzudrängen und die Wendung auf den Fuss zu machen. Die Asphyxie des Kindes zwang mich, um 4,15 Uhr die Geburt durch Extraction zu beenden. In Folge der starken Blutung und der Unmöglichkeit der Expression selbst in der Narkose musste ich die Placenta manuell lösen. Dieselbe war stellenweise fest mit der Uteruswand verwachsen (am Anfang der Gravidität waren mehrere stärkere Blutungen dagewesen), doch gelang es, sie in toto zu entfernen. Hierauf stellte sich eine vollständige Atonia uteri ein. Da Ergotin und Massage des Uterus, von dem Collegen und mir abwechselnd ausgeführt, keine genügenden Contractionen des Uterus erzielten, so musste ich zur heissen Scheidenausspülung mit abgekochtem heissem Wasser (ohne Zusatz!) und Tamponade (mit gewöhnlicher Jodoformgaze, da keine sterilisirte so schnell zu beschaffen!) meine Zuflucht nehmen. Nach dreistündiger Mühe zwischen 8 und 9 Uhr abends war

das Befinden der Wöchnerin bis auf die Anämie, welche durch Kochsalzinfusion bekämpft wurde, ein normales. Die jetzige Temperatur betrug 35,6°. Vom nächsten Tage an schwankten die Temperaturmessungen zwischen 36,3 und 37,1° (als höchste am 6. September vor, mittag, abends betrug sie bereits wieder nur 36,5°) während der Dauer des Wochenbettes.

Fall 3. 38jährige V.-Para, vom 28. Mai d. J., Querlage. Muttermund fast vollständig erweitert. Wehenthätigkeit fast erloschen. Da es sich um eine sehr empfindliche Frau handelte, wurde die Narkose eingeleitet, um die Wendung vornehmen zu können. Nur Desinfection meiner Hände und der äusseren Geschlechtstheile. Zeit zur Desinfection der Vagina wäre gewesen, da augenblicklich kein zwingender Grund zur Eile vorlag; trotzdem wurde sie von mir unterlassen, da ich entschieden glaube, hierdurch eher zu schaden als zu nützen. Nach der Wendung wurde etwa eine halbe Stunde gewartet; als auch jetzt keine Wehen eintraten, extrahirte ich den inzwischen asphyktisch gewordenen Knaben. Nach 45 Minuten trat plötzlich eine so heftige Blutung ein, dass die Wöchnerin ohnmächtig wurde; Expressionsversuch in der sofort wieder eingeleiteten Narkose ohne irgend einen Erfolg. Daher manuelle Placentarlösung mit nachfolgenden Ergotinjectionen. Der Blutverlust war in einer Viertelstunde so gross gewesen, dass ich hinterher Kochsalzinfusionen per anum, Campher, Tieflagerung des Kopfes etc. anwenden musste. Temperatur fünf Stunden post partum 37,3°. Die Temperatur schwankte während der übrigen Wochenbettsdauer zwischen 36 und 36,9°, mit Ausnahme des 1. Juni, an welchem Tage in Folge von Lactostase morgens das Thermometer 37,4°, abends bereits aber schon wieder 37,2° zeigte.

Ich könnte noch eine ganze Reihe Entbindungen anführen, wo ich Zangenextraktionen, Wendungen, Placentarlösungen vorgenommen habe, ohne dass ich bis jetzt in Folge eines operativen Eingriffes eine Temperatursteigerung erlebt habe, abgesehen von Aborten, welche mehrfach mit Temperaturen zwischen 37,8 und 39° in meine Behandlung kamen. Wenn ich trotzdem nur die obigen drei Fälle angeführt habe, so geschah dieses aus dem Grunde, weil einerseits durch die vorherige Wendung und Extraction, bei welcher doch die operirende Hand ziemlich viel und innig mit Uterus und Vagina in Berührung kommt, die günstigsten Vorbedingungen für eine Infection geschaffen gewesen wären, andererseits die Blutungen während der Nachgeburtsperiode so plötzlich und heftig auftraten, dass an eine Desinfection der Scheide gar nicht zu denken war. Ich glaube auch nicht, dass man bei starken Blutungen eine rationelle Desinfection der Scheide ausführen kann. Im übrigen hat auch Olshausen darauf hingewiesen, dass man unter Umständen eine Infection einer Verblutungsmöglichkeit vorzuziehen hat.¹⁾

Schliesslich gewährt aber auch die rationellste Desinfection keinen ausreichenden Schutz. Vor etwa zwei Jahren hatte ich ein sehr schweres Puerperalfieber im Anschluss eine manuelle Placentarlösung zu behandeln. Die Frau war von einer Hebamme entbunden worden. Ich wurde gerufen, weil die Placenta nicht kam und leichte Blutung bestände. Als ich die Frau sah, war erst eine Stunde seit der Geburt verflossen. Die Blutung war nicht bedrohlich, liess aber in Folge des gleichmässigen Sickers an die Möglichkeit einer Cervixverletzung denken. Die innere Untersuchung ergab eine theilweise adhärente Placenta. Da Expressionsversuche vor und nach der Untersuchung ohne Erfolg, andererseits noch keine strikte Indiction zur manuellen Placentarlösung vorlag, überliess ich aus Zeitmangel den Fall einem Spezialcollegen. Dieser hat denn einige Stunden später nach strenger Desinfection der Vagina und unter permanenter Alkoholberieselung die Lösung der Nachgeburt vorgenommen. Die Infection ist, wenn nicht durch Autoinfection, durch die Hebamme, den Spezialcollegen oder mich erfolgt. Doch spielt dieses hier keine Rolle; beweisen will ich nur, dass auch eine sorgfältige Scheidendesinfection neben allen anderen Cautelen keine Gewähr gegen puerperale Erkrankungen giebt.

Wohl bin ich darauf gefasst, dass man den Einwand erheben kann, die geringe Anzahl der grossen Operationen in der Praxis des Einzelnen sind nicht beweisend gegenüber den Zahlen der Kliniken, so muss ich aber betonen, dass ich gewöhnlich in sehr bedenklicher Umgebung, oft ohne jede Assistenz, eingreifen musste. Viele Aerzte, besonders auf dem Lande, befinden sich in ähnlicher Lage.²⁾ Wird also dem Vorschlage Hofmeier's nicht widersprochen, so könnte in einem concreten Falle der Richter leicht, auf Grund des oben citirten Artikels, wenn ein Sachverständiger denselben ins Feld führt, zu einer Haftbar-machung, wenn auch nicht gerade Verurtheilung des Arztes gelangen. Ich hoffe daher, dass die andern Leiter der grossen geburtshilflichen Kliniken, an welchen keine Scheidendesinfectionen ausgeführt werden, zu dem Vorschlage Hofmeier's Stellung nehmen, bevor derselbe einem Collegen geschadet hat. Denn beim besten Willen weiss ich nicht, wie man die Falten der Vagina, die Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen und noch manche andere Stelle der weiblichen Genital-

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 45.

²⁾ cf. Krohne, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1900, No. 32. Der Aufsatz war, als ich diesen Artikel schrieb, noch nicht erschienen. Anmerkung bei der Correctur.

¹⁾ Münchener medicinische Wochenschrift 1899, No. 48.

gehend wirklich sicher keimfrei machen könnte. Ich hoffe, dass hierüber Klarheit geschafft wird, bevor das Unterlassen einer Scheiden-desinfection als Kunstfehler angesehen wird.