Ueber Nabelabklemmung.

Eine Methode der Nabelbehandlung beim Neugeborenen.

Von Dr. Hugo Marcus in Wien.

Der Nabel ist bekanntlich beim Neugeborenen die Haupteintrittspforte mannigfacher, das Leben gefährdender Infektionen. Abgesehen davon haben aber auch Statistiken die wenig erfreuliche Tatsache festgestellt, daß bei der heute gewöhnlich geübten Methode des Nabelverschlusses mittels Abbindens eine glatte Vernarbung keineswegs in der Mehrzahl der Fälle statthat. Es ist nicht zuviel gesagt, wenn man annimmt, daß ein großer Teil dieser mangelhaften Wundheilungen auf das Konto obiger Art des Verschlusses zu setzen ist.

Von dieser Erwägung ausgehend, waren schon längere Zeit mannigfache Bestrebungen darauf gerichtet, hier günstigere Wundheilungsverhältnisse zu schaffen. Es wurden dabei Thermokauterisation, Alkoholverbände, Einzelligatur der Gefäße, Angiotriebe, Torsion mittels Torsionspinzetten und noch viele andere Methoden, auf die einzugehen ich mir ersparen kann, angewendet. Sie alle

konnten jedoch nicht eine auch nur einigermaßen große Verbreitung erlangen.

In neuerer Zeit rekurrierte Porak¹⁾ auf die Methode der Angiotriebe in der Weise, daß er die von ihm konstruierten Omphalotriebe, zwei einarmige, geschweifte Hebel, die durch eine in der Mitte befindliche Flügelschraube gegeneinander gezogen werden, an den Nabel anlegte und sogleich nach eingetretener Quetschwirkung wieder abnahm. Bei Blutungen aus einem Gefäße legte er eine Pince an. Die Resultate, über die er berichtete, waren recht gute, doch traten immerhin vereinzelt Nachblutungen auf.

Feitler,²⁾ der die Versuche Poraks wieder aufnahm, ging in der Weise vor, daß er an die in gewöhnlicher Weise abgebundene Nabelschnur nach dem Bade und nach exakter Reinigung der Nabelgegend mit einer gewöhnlichen, sich im Instrumentarium wohl der meisten Aerzte befindlichen Pince hémostatique den Nabel knapp über dem Hautrande abquetschte, ihn über dem Instrumente mit einem Skalpell abschnitt und das Instrument etwa zehn Minuten liegen ließ. Nach Abnahme desselben steriler Verband. Das Kind wurde nicht gebadet, der Verband täglich gewechselt.

Als Vorzug seiner Methode rühmt Feitler, daß sie auch der Hand einer minder geschulten Pflegeperson anzuvertrauen wäre. Dennoch führt er unter den 600 so behandelten Fällen 52 Nachblutungen (8,67 %) an. Bedenkt man, daß bei seiner Prozedur, wie er beschreibt, irgendein Nabelstumpf fehlt, ja daß die Nabelgegend in der Regel grubchenförmig eingesunken erscheint, so kann man sich der Empfindung nicht entziehen, daß hier die Stillung einer sekundären Blutung selbst für den chirurgisch geschulten Arzt, geschweige eine mindere Hilfsperson, häufig mit nicht geringen Schwierigkeiten verbunden sein dürfte. Er führt auch an, daß die sekundäre Blutstillung in zwei Fällen außerordentlich schwer zu bewerkstelligen war. Wenn demnach auch ohne weiteres zugegeben werden muß, daß die Methode Feitlers durch das Wegfallen des lästigen und quoad infectionem nicht gleichgültigen Nabelschnurrestes Vorteile für die Wundheilung bietet, möchte ich jedoch im Gegensatz zu Feitler betonen, daß sie nur mit aller Vorsicht und bei peinlichster Kontrolle seitens geschulter Aerzte — also vor allem in Anstalten — anzuwenden gewagt werden kann.

Daher war es mir darum zu tun, ein Verfahren zu finden, das auch in Laienhänden die größte Sicherheit biete und demnach Aussicht habe, zu allgemeiner Verbreitung, speziell auch außerhalb der Anstalten zu gelangen.

Ueber die Vorteile des Prinzips der glatten und rasch zu bewerkstelligen Abquetschung des Nabels mit einem nicht saugenden Material und über die Entfernung eines möglichst großen Stücks des Nabelschnurrestes besteht bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse des Nabels kein Zweifel. Der Kernpunkt ist vielmehr der, ob ein Abquetschen von etwa zehn Minuten für eine definitive Blutstillung hier ausreiche. Bedenkt man, daß schon die rein physikalische Beschaffenheit des Nabels eine so außerordentlich wechselnde ist — von etwaigen luetischen oder durch andere Momente bedingten Gefäßveränderungen oder asphyktischen, die Blutgerinnung alterierenden Zuständen sehe ich ganz ab —, so folgt daraus, daß weder ein theoretisches noch auch, wie aus den Resultaten Feitlers hervorgeht, praktisches Moment obige Zeitbestimmung gerechtfertigt erscheinen läßt. Bei dem von mir zu beschreibenden Verfahren bestand daher der Grundsatz, eine entsprechende Klemme möglichst lange liegen lassen zu können.

Zu diesem Zwecke konstruierte ich die außerordentlich leichte, das Kind nicht belästigende, aus zwei einarmigen, federnden, in einem Scharnier bis auf 180° zu öffnenden Hebeln bestehende Pince³⁾ die in Figg. 1 und 2 abgebildet ist. Der von mir bei der Abnabelung eingehaltene Vorgang war der folgende:

Fig. 1.

Das Kind wurde zunächst wie gewöhnlich abgenabelt, gereinigt und gebadet. Hierauf wurde rechts und links vom Nabelstumpfe, dicht oberhalb der Insertionsstelle ein Blättchen Silberfolie an den

1) Omphalotripsie, Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1900 und Annal. de gyn. et obst. Januar 1901. — 2) Wiener klinische Wochenschrift 1908, No. 18, „Ueber Nabelversorgung“. (Aus der Klinik Schauta in Wien)

3) Das mustergeschützte Instrument sowie die in handlicher Packung beigegebene sterile Watte und Silberfolie sind bei der Firma Dohnal & Co., Wien IX, käuflich.

Fig. 2.

Nabel gelegt, darüber die Pince festgeschlossen. Sodann wurde mit Schere oder Messer der Nabelschnurrest abgeschnitten. Unter und über die Klemme kam eine sterile Wattelage (Fig. 3), eventuell wurde der Stumpf noch mit etwas antiseptischem Pulver bestäubt. Das Ganze wurde mit einer Binde leicht an den Körper anbandagiert.

Fig. 3.

Am nächsten Tage konnte die Klemme, welche, durch die Folie isoliert, dem papierdünn zusammengepreßten Nabelschnurrest nicht anhaftete, sehr leicht und schonend abgenommen werden, und es blieb durch das zusammengepreßte Silber immerhin noch eine Art Schutzplombe zurück. Gebadet habe auch ich die Kinder nicht, obzwar ich meine — was sich übrigens in einer größeren Anstalt leicht feststellen ließe —, daß dies ohne Gefahr geschehen könnte.

Bei der Wichtigkeit, die einer allgemein brauchbaren Abnabelung zukommt, habe ich mir gestattet, die von mir ausgearbeitete Methode zu

veröffentlichen, und es wäre zu wünschen, daß sie an einem größeren Untersuchungsmaterial nachgeprüft und ihre Brauchbarkeit auch statistisch festgestellt werde.

Resümee. Zum Zwecke eines völlig aseptischen, auch der Laienwarperson ermöglichten Nabelverschlusses beim Neugeborenen wird eine grazile, im Aufsatz abgebildete Klemme durch etwa 12 bis 24 Stunden um den mit Silberfolie umgebenen Nabelstumpf angelegt liegen gelassen; der Nabelstumpf, der papierartig dünn und mit der Silberfolie nach Art einer Plombe verschlossen zurückbleibt, wird aseptisch weiterbehandelt. Bäder wurden vorläufig bis zum vierten oder fünften Tage nicht angewendet.