Auffassung und Behandlung der Placenta praevia in den Vereinigten Staaten.

Von

Prof. Dr. T. B. FEST

in Sto-Khe, Amoy (China), (früher in Plane Road, Mich.)

Die Ursache des Zustandekommens von Placenta praevia sucht Edward Warren Swayer (1) in Chicago durch teilweise Rotation des Oyum im Beginne der Schwangerschaft zu erklären. Diese Ansicht bestätigt das häufige Vorkommen einer marginalen Insertion der Nabelschnur. Da bei Beginn der Schwangerschaft das Oyum nicht sehr fest mit der Decidua verbunden ist, so ist es nicht unmöglich, dass Gewalt-einflüsse auf die Gebärmutter im Stande sind, partielle Lösung des Eies herbeizuführen. Als Folge haben wir alsdann zu Zeiten Rotation des Eies um seine Achse und Implantation im unteren Uterinsegment, falls kein Abort eintritt. Die gelösten Villi des Chorion atrophieren, während an der Insertionsstelle sich wieder neue bilden.

Einen Beitrag zur Diagnose der Placenta praevia durch abdominale Palpation lieferte Herbert Spencer (2) vom University-College-Hospital in Montreal. Nachdem Spencer die Möglichkeit bewiesen, dass man den situs placentae mittels Palpation bestimmen könne, beschreibt er sieben Fälle, in denen er die Gegenwart oder Abwesenheit der Placenta an der vorderen Wand des unteren Uterinsegmentes festgestellt hatte, was dann auch später durch vaginale und intrauterine Untersuchung bestätigt wurde. Diese sieben Frauen waren sämtlich Mehrgebärende. In allen Fällen handelte es sich um Schädellage; im vierten war die Placenta nicht an der vorderen Wand zu finden, bei den übrigen drei konnte der Situs ganz genau bestimmt, ja bei zweien sogar durch die Vagina gefühlt werden. Spencer zieht hieraus die folgenden Schlüsse:

1. Bei gewöhnlicher Schädellage, wenn die Placenta im oberen Uterinsegment inseriert ist, können Hinterhaupt, Stirn und Seiten des Kopfes im unteren Uterinsegment deutlich gefühlt werden.

2. Bei Placenta praevia mit Schädellage der Frucht kann der Kopf nicht gefühlt werden, wo die Placenta inseriert ist, während man ihn bei normaler Schwangerschaft fühlen würde.

Befindet sich die Placenta vorn, so findet der untersuchende Finger vor dem Kopfe eine elastische Masse gleich einem nassen Badeschwamme. Kann nur der Rand der Placenta gefühlt werden, so geschieht dies in Form eines Kreisausschnittes, innerhalb dessen jene schwammähnliche Masse Alles unklar hält. Darüber hinaus jedoch kann man den Kopf wieder unterscheiden. Balottement durch die Placenta hindurch ist unmöglich, während die Bauchdecken der Palpation kein Hindernis bereiten.

Mary Dixon Jones (3) in Newyork erklärt Placenta praevia als Folge von Endometritis. Das Ovum, welches nur schwer auf der erkrankten Fläche hafte oder überhaupt Halt finde, gelangt in die untere Gebärmutterzone und nistet sich in der Nähe des os uteri ein. Aus der jeweiligen Einnistung erklären sich demnach die centralen und lateralen Formen. Demnach wäre der einzig richtige Weg der Behandlung, die Geburt einzuleiten, sobald die Frucht lebensfähig ist.

Nach M. F. Cutlibert (5) hängt die Prognose für die Mutter von der primären Blutung ab. Falls bei geringer primärer Blutung sofort energisch eingeschritten wird, ist die Gefahr für die Frau nur gering.

Elmer E. Gible (6) in Philadelphia schätzt die Sterblichkeit der Mütter bei Placenta praevia auf 35 pCt. und die der Früchte auf 65—70 pCt.

Joseph Taber Johnson (7) glaubt, dass die Prognose nicht sehr ungünstig sei und dass der tödliche Verlauf in der Mehrzahl der Fälle nur auf unvorsichtiges Vorgehen zu schieben sei.

Range Simons (8) legt den Cervikalrissen in der Aetiologie von Placenta praevia eine aktive Rolle bei.

C. W. Townsend (9) vom Boston-Lying-In-Hospital konstatierte, dass unter 6700 Geburten im Hospital während der letzten zwanzig Jahre 28 Fälle von Placenta praevia vorkamen oder 4 pCt. der Gesamtzahl. Bei diesen zeigte sich die marginale Form 15mal, die partielle 8mal und die centrale 5mal. Das Verhältnis von Mehrgeschwängerten zu Erstgeschwängerten ist wie 17:10. Drei dieser Fälle starben; sämtlich bei centraler Form. 5 Kinder starben nach der Geburt, 6 wurden tot geboren.

Ueber die einzuschlagende Behandlung gehen die Ansichten weit auseinander. Während wohl noch Manche dem abwartenden Verfahren huldigen, erklärt sich doch nunmehr die Mehrzahl für entschiedenes Eingreifen und baldigste Entleerung der Gebärmutter. Die Zahl der danach günstig verlaufenen Fälle lässt auf die Ueberlegenheit dieser Methode schliessen.

N. H. Neblett (10), R. Randolph Ball (11) gelang es nicht, beim abwartenden Verfahren die Blutung durch Tamponade zu stillen; sie mussten die Geburt einleiten.

A. D. Sinclair (12) hatte beim Abwarten keinen besseren Erfolg; fünftägige Tamponade vermochte nicht den Blutfluss zu hemmen. Er musste zur manuellen Dilatation mit folgender Wendung schreiten.

Guten Erfolg hatte R. G. Wiemer (13): mittels Tamponade gelang es, die Blutung zu hemmen: im achten Monat trat spontane Weenthätigkeit ein. Mutter und Kind blieben erhalten.

Auch Backus (14) gelang es durch Tamponade die Blutung bis in den achten Schwangerschaftsmonat hinzuhalten: die spontane Geburt wurde durch Sprengen der Eihäute beschleunigt, das Kind starb.

Henry O. Read (15) verhielt sich bei einer Complication mit Hämaturie ebenfalls abwartend: es erfolgte spontane Austossung einer toten Frucht im achten Monat.

Zwei weitere Fälle, die unter abwartendem Verfahren glücklich verliefen, berichtet J. Maddox (16).

T. S. Roberts (17) verlor eine Frau mit Plac. pr. centr. an Erschöpfung; er war erst nach Versuchen mit Tamponade zur Entwicklung der fast reifen Frucht geschritten worden.

Eine eigenartige Beobachtung von Charles A. Whitney (18) muss hier berichtet werden: eine bis dahin gesunde Mehrgeschwängerte wurde plötzlich unter heftiger Blutung von starken Wehen überrascht, es handelte sich um Placenta praevia centralis. Eine heftige Wehe trieb die Placenta mit intakter Nabelschnur aus; worauf die Wehen aufhörten, die Blutung aber vollständig stand. Da die Frau sehr erschöpft war, entschloss sich Whitney zunächst etwas mit der Entbindung zu warten und der Frau Gelegenheit zur Erholung zu geben. Zu diesem Zwecke erhöhte er das Fussende des Bettes um einen halben Meter; injizierte auf subkutanem Wege Morfium sulfurici 0.0075, Strychnini sulfurici 0.0015. Alsdann führte er ca. einen Liter einer 2proz. Kochsalz-Lösung in das Rectum ein; nach fünf, dann nach zehn Minuten wurden diese Injektionen wiederholt. Fast sofort zeigte die Frau Zunahme ihrer Kräfte. Nunmehr erst machte Whitney die Wendung auf die Füße und Extraktion; Genesung.

Erwähnenswert ist in diesem Falle das plötzliche Aufhören der Wehentätigkeit und die Hemmung der Blutung nach der spontanen Austreibung der Placenta.

Barton Cooke Hirst (55) in Philadelphia behandelt, wenn die Diagnose gesichert ist, vor dem siebenten Monat abwartend; denn tödliche Blutungen sind vor dieser Zeit selten. Tritt starke Blutung nach dieser Zeit ein, so muss die Geburt eingeleitet werden. Die Frau wird hierzu in Steinschnitt-lage gebracht, anästhesiert und die Wendung auf die Füße gemacht. Jetzt ist die Hauptgefahr vorbei; denn die Beine der Frucht wirken als Tampons und die natürliche Entwicklung der Frucht kann abgewartet werden. (Also die Berliner Methode!)

Dilatation der Cervix mit oder ohne folgende Wendung zur Beschleunigung der Geburt wird von Vielen vorgeschlagen und angewendet.

Bigg (19) sah günstigen Erfolg für Mutter und Kind nach vier- und zwanzigstündiger Tamponade mit folgender Dilatation der Cervix.

In gleicher Weise verfuhr D. F. Winston (20) bei Zwillingschwangerschaft und Hydrannion, doch schloss er noch die Wendung an.

R. Randolph Ball (11) dilatierte mit der Barnes'schen Blase und legte dann die Zange an.

Robert Coltmann (56) versuchte durch Darreichung von schwefelsauerem Chinin Frühgeburt herbeizuführen. Die gewünschte Wirkung blieb aus, worauf er durch Erweiterung des Muttermundes den Fall glücklich zu Ende brachte.

A. I. Abbe (21) dilatierte das Os uteri mit der Hand und sprengt die Eihäute.

J. B. Gregory (22) benutzte zur Dilatation Barnes' Metreurynter, nahm die Wendung vor und legte an den nachfolgenden Kopf die Zange an.

Für Erweiterung des Muttermundes mit der Hand erklärten sich: J. A. Springle (23), Wilmer Brinton (24), Charles W. Green (25)

und C. W. Townsend (26) in Boston. Brinton und Townsend nahmen im Anschluss daran die Wendung vor, der Letztere berichtet über zwei gut verlaufene Fälle.

J. Campell Edin (27) empfiehlt bei centraler Placenta praevia die Schwangerschaft sogleich zu unterbrechen. Er führt die ganze Hand in die Vagina ein, um die Blutung zu stillen, der Zeigefinger dilatiert den Muttermund und löst die Placenta so weit wie möglich ab. Edin verwirft die Tampons als mögliche Träger von Infektion. Der Dilatation soll womöglich die bipolare Wendung folgen.

Dieser Ansicht entgegen tamponiert Roderich Dew (28) die Scheide und verzeichnet schöne Erfolge.

Der Wendung bedienen sich ausserdem William P. Lee (29) in Fairfax, J. W. Long (30) in Richmond und Ayrs (31). Der Letztere dilatiert jedoch mit der Barnes'schen Blase, entwickelt möglichst rasch den Rumpf und legt die Zange an den nachfolgenden Kopf an.

J. R. Bromwell (32) in Washington löste die vorliegende Nachgeburt mit den Fingern ab und zog sie in die Cervix, wo sie als Tampon wirken sollte. Die Blutung hörte auf und normale Wehen stellten sich ein; jedoch musste Bromwell noch den Cervix manuell dilatieren; denn die vorliegende Placenta hinderte den Fortschritt der Geburt. Er hatte die Eihäute nicht gesprengt, damit die gespannte Fruchtblase als natürliche Tamponade wirke und der Gefahr der Blutung vorbeuge. (Vgl. die Methode von Nyhoff.)

Den gleichen Gedanken hatte Joseph Taber Johnson (7), er schlägt vor, die Frucht so weit zu entwickeln, dass sie den Cervikalkanal ausfülle. Hingegen sieht H. L. E. Johnson (33) keine Gefahr im Sprengen der Fruchtblase, sondern hält gerade diesen Weg für vollkommen sicher.

Thomas C. Smith (34) verwirft das Herabziehen der Placenta zur Stillung der Blutung; eine innere Blutung habe die gleichen Gefahren und könne nicht immer gleich erkannt werden; deshalb ist alles Abwarten zu verwerfen und die Gebärmutter sogleich zu entleeren. Dies geschieht am besten nach Erweiterung des Muttermundes mit der Hand.

A. F. A. King (35) empfiehlt ebenfalls Dilatation mit der Hand und zwar nach der Methode von Braxton Hicks. Er nimmt alle Fälle von Gebärmutterblutung Schwangerer, wenn kein Trauma nachweisbar ist, für Placenta praevia und verliert keine Zeit zur Entleerung des Uterus. Thomas C. Smith (34) hingegen verwirft das Verfahren nach Braxton Hicks oder Marmaduke Wright als zu zeitraubend.

Für die bipolare Wendung bei Placenta praevia erklären sich ferner S. S. Adams (36), der schöne Erfolge von H. D. Fry gesehen hat, und J. W. Bowee (37). Dieser betrachtet jede Verzögerung als verderbenbringend und wartet in der Regel mit der Einleitung der Geburt nur so lange, bis er sich die Hände gewaschen habe. Zu gleicher Zeit lenkt Bowee die Aufmerksamkeit auf die subcutanen Kochsalz-Injektionen in solchen Fällen, wo der Blutverlust bedeutende Schwächung verursacht hat.

Dem energischen Verfahren, besonders dem sogen. „Accouchement forcé“ neigt sich in der neueren Zeit entschieden die Mehrzahl der

Geburtshelfer zu; und mit Recht, denn die Hand, als das natürlichste Instrument verdient den Vorzug in allen Fällen, wo es sich um schleuniges Vorgehen handelt. Auch haben hierzulande die anderen Methoden sich nicht so glänzend bewährt zur Einleitung der Geburt als gerade das „Accouchement forcé“.

M. H. Dumond (38), S. E. Neidhardt (39) und Charles Williams (40) berichten gute Erfolge danach.

Ein besonderer Vertreter des „Accouchement forcé“ fand sich neuerdings in G. M. Boyd (40). Er empfiehlt als das geeignetste Verfahren die manuelle Dilatation, wie sie Harris vorgeschlagen hatte. Hierzu wird die Patientin in Rückenlage gebracht und vollständig anästhesiert. In extremen Fällen darf auch die Cervix incidiert werden.

Auch P. S. Harris (41) in Philadelphia ist überzeugt, dass in allen Fällen von Placenta praevia der Uterus sofort entleert werden müsse und belegt seine Behauptungen mit einer Reihe von günstig verlaufenen Fällen. Ebenso äussern sich R. E. Mc. Kecknie (42) und Theophilus Parvin (43) in Philadelphia; der Letztere bevorzugt die Einleitung der künstlichen Geburt, weil nach den Statistiken die Mortalität der Mütter und Kinder grösser ist bei spontaner Entbindung in Fällen von Placenta praevia, als wenn die Schwangerschaft künstlich unterbrochen wurde.

Egbert H. Grandin (44), der bekannte Vertreter des „Accouchement forcé“, erwähnte gelegentlich der Sitzung der „American Gynecological Society“ einen Fall von Placenta praevia, wobei die Cervix uteri etwas geöffnet war. Grandin führte zwei Finger ein und dilatirte dieselbe vollständig in dreissig Minuten, die Frucht wurde gewendet und extrahiert. Die Schnelligkeit dieses Verfahrens spricht für sich selbst.

In der Sitzung der „American Medical Association“ im Jahre 1895 brachte Llewellyn Elliot (45) in Washington die Indikationen des „Accouchement forcé“ zur Sprache. Er bedauerte, dass diese Methode noch so viele Gegner besonders in Fällen von Placenta praevia habe, unter anderen auch Lusk (46). Alle Fälle, in denen Elliot wegen Placenta praevia es vornahm, verliefen günstig für die Mütter.

Auch S. Marx (47) in New-York erklärte sich in Uebereinstimmung mit Egbert H. Grandin (42) in einer Sitzung der „New-York Academy of medicine“ für das „Accouchement forcé“ bei Placenta praevia. Nach seiner Erfahrung ist hierbei der Muttermund weich und etwas geöffnet; hiedurch käme der erste Teil des Accouchement f. in Wegfall. Matern, Mc. Lean (49) ist in Bezug auf die Beschaffenheit des Muttermundes anderer Ansicht als Marx. Auch J. Clifton Edgar (50) hatte die Bemerkung gemacht, dass der Muttermund bei Placenta praevia öfters rigide gefunden werde. In solchen Fällen verbindet Edgar mit Vorliebe manuelle Dilatation mit Dührssen's Incisionen.

R. A. Murray (51) wirft dem „Accouchement forcé“ vor, dass es sehr leicht der Erschöpfung durch den Blutverlust noch Shock hinzufüge, der leicht für die Frau verderblich werden könnte.

Zum Schluss mögen noch die Fälle Erwähnung finden, in denen, wegen der vorliegenden Placenta, der konservative Kaiserschnitt vorgenommen wurde. Die erste Sectio caesarea zu solchem Zwecke in den Vereinigten Staaten wurde von A. C. Bernays (53) in Saint-

Louis ausgeführt. Es handelte sich um eine Mehrgeschwängerte im achten Monat mit Placenta pr. centralis. Die Frau war schon über zwölf Stunden in Wehen, ohne dass die Geburt Fortschritt machte.

Den zweiten Fall berichtete Varian (54): es betraf einen Uterus bicornis mit dickem, festem Septum. Auf diesem Septum war die vorgelagerte Placenta inseriert und verschloss die Oeffnung des zweiten Hornes. Da sich die Geburt verzögerte und die Erschöpfung dementsprechend zunahm, entschloss sich Varian zur Sectio caesarea. Während im ersten Falle Genesung folgte, erlag im zweiten die Frau einige Stunden nach der Operation der hochgradigen Erschöpfung.

Litteratur.

1. Swayer, New-York, Medical-Journal, 1889.
2. Spencer, Montreal, Med. Journ., 89.
3. Dixon-Jones, Women's Med. Journ., 95.
4. Bowen, American Journ. of Obstetrics, 96.
5. Cuthbert, Ibidem.
6. Gible, Med. Council, 96.
7. Johnson, Americ. Journ. of Obstet., 96.
8. Simons, International Med. Magazine, 94.
9. Townsend, Boston, Med. and Surgical Journ., 92.
10. Neblett, Virginia, Med. Monthly, 89.
11. Ball, Ibid.
12. Sinclair, Boston, Med. and Surg. Journ., 89.
13. Wiener, Med. Record, 88.
14. Backus, Montreal, Med. Journ., 89.
15. Read, Neu-Orleans, Med. Journ., 89.
16. Maddox, Massachusetts, Med. Journ., 92.
17. Roberts, Northwestern Lancet, 94.
18. Whitney, New-York, Polyclinic, 96.
19. Bigg, American Lancet, 89.
20. Winston, University Medic. Magaz., 89.
21. Abbe, Boston, Medic. and Surgical Journ., 89.
22. Gegory, Southern Clinical, Practitioner, 92.
23. Springle, Montreal, Medic. Journ., 92.
24. Brinton, Maryland, Med. Journ., 92.
25. Green, Boston, Medic. and Surgical Journ., 92.
26. Townsend, Ibid.
27. Edin, Medic. and Surgic. Reporter, 95.
28. Dew, Medic. Brief, 92.
29. Lee, Medic. World, 96.
30. Long, Amer. Journ. of Obstet., 96.
31. Ayers, New-York, Polyclin., 96.
32. Bromwell, Amer. Journ. of Obstet., 96.
33. H. Johnson, Ibid.
34. Smith, Ibid.
35. King, Ibid.
36. Adams, Ibid.
37. Bowe, Ibid.
38. Dumond, Medic. Record, 89.
39. Neidhardt, Med. Age, 89.
40. Williams, Medic. Record, 89.
41. Harris, Transactions of the Philadelphia Obstretical Society, 95.
42. Mc Keecknie, Montreal, Medic. Journ., 95.
43. Parvin, Medic. Council, 96.
44. Grandin, Trans. of the American Gynecological Society, 92.
45. Elliot, Trans. of the Americ. Medic. Association, 93.
46. Lusk, Science and Art of Midwifery, 5. Edit.

47. Marx, Trans. of the New-York Academy of Medicine, 93.
48. Grandin, Ibid.
49. McLean, Ibid.
50. Edgar, Ibid.
51. Murray, Ibid.
52. Cheney, Pacific. Medic. Journ., 94.
53. Bernays, Saint Louis, Clinic, 93.
54. Varian, Medic. and Surgie, Reporter, 94.
55. Hirst, Medic. Council, 96.
56. Coltmann, Satellite, 90.

Sitzungsberichte.

Sitzungsbericht der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Köln a. Rh.

Sitzung vom 16. Januar 1896.

Vorsitzender: Herr Frank; Schriftführer: Herr Brohl. Als neue Mitglieder werden aufgenommen die Herren DDr. Dreesmann und Dautrelepont.

1. Herr Frank stellt eine Frau mit Wanderleber vor. Die Leber findet sich stark nach links und unten verschoben. Ein prall elastischer Tumor von Zweifautgrösse findet sich in der Gegend der Gallenblase. Ausserdem ist Ascites nachzuweisen. Die Hauptbeschwerden der hochgradig nervösen Patientin sind Stuhlverstopfung und Magenbeschwerden. Dann hält

2. Herr Frank den angekündigten Vortrag über Inversio uteri im Anschluss an den in der vorigen Sitzung vor der Operation vorgestellten, jetzt durch Exstirpatio uteri vaginalis geheilten Fall. Das demonstrierte Präparat zeigt eine hochgradige Verdickung der Uterusmuskulatur und als Ursache für die Inversion ein kleines Fibrom. Fr. stellt eine aktive Beteiligung von Uteruskontraktionen nicht in Abrede und kann den Ansichten von Schauta und Gottschalk nicht für alle Fälle beistimmen.

3. Herr Brohl berichtet über

a) drei vaginale Exstirpationen des Uterus und der Ovarien. In einem Falle von hochgradigem Zerfalle, fast vollständigem Fehlen der Portio bei Carcinoma uteri wurde die Operation ermöglicht durch Hervorziehen des Uterus am Fundus nach Auslöfeln und Ausbreiten des Uterus und Eröffnung des Douglas.

Bei den beiden anderen, durch viele Jahre bestehende Metrorrhagien infolge von Entartung beider Ovarien und Tuben bei Retroflexio uteri geschwächten Patientinnen war der Eingriff nach langer erfolgloser Behandlung angezeigt, weil beide Ovarien so stark degeneriert waren, dass kein Teil derselben erhalten werden konnte.

b) Zwei Ovarialeystenome.

Ein siebenjähriges Mädchen bekennt im Dezember 1894 und im Januar 1895 die Periode. Im Februar 1895 ergibt die Untersuchung: Starke Entwicklung der Schamhaare, sonst kindlicher Habitus. Hochgradige Auftreibung des Leibes, Dämpfung in seinem ganzen Bereiche. Das vom linken Ovarium ausgegangene, wenig verwachsene Cystom hat einen schwärzlich gefärbten, dickflüssigen Inhalt und an seiner Innenwand eine grosse Zahl von ganz kleinen bis hühnereigrossen durchsichtigen Cysten. Nach der glatten Heilung hat sich die Periode nicht wieder eingestellt.

Das zweite, bei einer 46 Jahre alten Frau extirpierte Cystom mit glatter Innenwand war mit dem Netz und mit der Bauchwand in grosser Ausdehnung fest verwachsen, sowie mit zahlreichen Darmschlingen. Nach Auslösung des Tumors Lagerung sämtlicher Wandflächen nach aussen durch entsprechende Vernähung von Kapselresten, Darmschlingen, Peritoneum