Aus dem Frauenspital in Basel. (Direktor: Prof. Dr. v. Herff.)

Ueber die Verwendung der Gummihandschuhe bei der manuellen Placentarlösung nebst Bemerkungen über die Ursachen der Retentio placentae.

Von Dr. E. Wormser in Basel, früherem I. Assistenzarzt der Klinik.

(Schluß aus No. 44.)

Ueber den Gebrauch der Gummihandschuhe möchte ich noch einige Angaben technischer Natur anschließen. Sie entsprechen den Vorschriften, die sich seit vier Jahren an der hiesigen Klinik und mir in meiner Praxis bewährt haben. Die dünnen, Friedrichschen Operationshandschuhe werden innen und außen tüchtig mit Talk (Schlupfpulver) eingerieben, paarweise in ein Stück Gaze geschlagen und sodann zu je einem oder zwei Paaren in längliche, flache, zuknöpfbare Leinwandtaschen eingeschlossen (oder auch einfach in eine Serviette gewickelt). So werden sie für zirka 20 Minuten dem Autoclav übergeben, ganz wie Verbandstücke. Nach dieser Dampfdesinfektion bleiben sie in ihrer Verpackung unbegrenzt steril und sofort gebrauchsfertig; ein oder zwei Paare werden in der Geburtstasche untergebracht und immer mitgeführt, damit sie im Notfall stets zur Hand seien. Da sie trotz relativ langen Liegens nicht ver-

derben,¹⁾ so kann man sich einen Vorrat von einem halben oder einem ganzen Dutzend auf einmal sterilisieren lassen. Es ist wohl jeder Arzt in der Lage, ein solches Paket der nächstgelegenen Desinfektionsanstalt (Krankenhaus) zum Sterilisieren zu übergeben. Er hat dann für längere Zeit Vorrat, da manuelle Placentarlösungen ja nicht zu den alltäglichen Operationen gehören.²⁾

Vor dem Gebrauch sind die Hände, wenn möglich, zu desinfizieren, da der Handschuh etwa reißen könnte, was allerdings bei der Placentarlösung, wo ja keine Instrumente mit ihren scharfen Kanten oder Spitzen gebraucht werden, wenig zu befürchten ist. Nach der Desinfektion oder, wenn dazu die Zeit nicht reichte, ohne dieselbe, müssen die Hände mit einem reinen Tuch gründlich trocken gerieben werden; je trockener die Haut, desto besser gleitet der Handschuh drüber. Dieser letztere wird nun am offenen Ende gefaßt und angezogen, wobei das Stück Gaze, in welches er eingewickelt war und das ja steril ist, zweckmäßig dazu verwendet wird, das Ueberstreifen der Handschuhfinger, die natürlich nicht mit der anderen, noch unbedeckten Hand direkt berührt werden sollen, zu erleichtern. Sind beide Handschuhe übergestreift — im Notfalle kann man sich auch mit dem Schutze der einen, operierenden Hand begnügen — so werden sie äußerlich mit einer beliebigen sterilen oder antiseptischen Lösung benetzt; am besten eignet sich hierzu Lysol, da es den Gummi noch schlüpfriger macht, sodaß die Hand leicht und folglich auch, wenn der Eingriff ohne Narkose geschieht, unter möglichst geringen Schmerzen, durch Vulva und Vagina eindringt. Auch in bezug auf das Abstreifen und Mitführen an den äußeren Teilen sitzender Keime ist dieses sanfte Gleiten, wie schon oben erwähnt, weniger gefährlich als das oft mühsame Einzwängen der durch Sublimat oder Alkohol rauh gewordenen bloßen Hand.

Diese Art der Sterilisation der Handschuhe stellt für mich den idealen Zustand dar: der Arzt hat zu jeder Zeit und augenblicklich verwendbar die sterilen Handschuhe zur Verfügung.³⁾ Nun kann man sich aber auch anders behelfen, die Handschuhe undesinfiziert mit sich führen und, wie dies Wandel und Hoehne⁴⁾ nachgewiesen haben, nach dem Ueberstreifen innerhalb zwei bis drei Minuten durch einfaches Waschen mit Seife und Heißwasser zuverlässig sterilisieren. Diesen Modus empfehlen auch Hammesfahr⁵⁾ sowie Fehling,⁶⁾ welcher letzterer sich durch eigene Versuche schon früher von dieser Tatsache hatte überzeugen können. Auch hier möchte ich jedoch raten, in das Innere des Handschuhes Talk zu bringen und die Hände vor dem Ueberstreifen vollkommen trocken zu reiben, weil auf diese Weise das Anziehen der Handschuhe spielend leicht vor sich geht, was zur Folge hat, daß ein Zerreißen derselben, wie es beim Anziehen des mit Flüssigkeit gefüllten Handschuhes an der Tagesordnung war, fast sicher vermieden werden kann. Ueberdies ist es viel angenehmer, während der Operation das Gefühl einer trockenen Hand zu haben, und schließlich wird die Haut im trockenen Handschuh nicht mazeriert, wie dies im nassen der Fall ist. Dieses Procedere hat natürlich den Vorteil der Einfachheit und allgemeinen Durchführbarkeit. Gegenüber dem Mitführen des bereits sterilisierten Handschuhes hat es aber den Nachteil, daß zur Desinfektion zwei Minuten nötig sind, ein Zeitraum, der in Fällen sehr heftiger Blutung von Bedeutung sein kann.

Das Tastgefühl wird durch den dünnen, Friedrichschen Handschuh nur ganz unwesentlich behindert; nach kurzer Gewöhnung empfindet man dieses Minus gar nicht mehr. Natürlich ist dem Anfänger hier wie überall Vorsicht geboten, denn auch ohne Handschuh ist schon der Uterus perforiert und statt der Placenta Bauchinhalt heruntergeholt worden.⁷⁾ Jedenfalls ist aber die Orientierung mit Handschuh für den Praktiker, der schon Placentarlösungen ausgeführt hat, erheblich leichter, als die Orientierung ohne Handschuh für den ist, der überhaupt zum ersten Male in den Uterus eingeht, um den retinierten Kuchen heraus-

1) Ich habe kürzlich einen vor bald zwei Jahren auf diese Weise sterilisierten Handschuh benutzt, der sich vollauf bewährt hat. — 2) Für septische Berührungen empfiehlt es sich, Handschuhe aus dickem Gummi zu gebrauchen, die in Sodälösung ausgekocht oder durch zwei Minuten langes Waschen der behandschuhten Hand mit Seife und Heißwasser steril gemacht werden und die sehr lange haltbar sind. — 3) In meiner oben zitierten Arbeit hatte ich den Vorschlag gemacht, sterile Handschuhe in den Apotheken vorrätig zu halten, ähnlich wie die Dührssenschen Tamponadebüchsen. — 4) Münchener medizinische Wochenschrift 1903, S. 361. — 5) Ibidem S. 1258. — 6) l. c. und Archiv für öffentliche Gesundheitspflege in Elsaß-Lothringen 1903, Bd. 12, H. 12. — 7) Vergl. Oswald, Ueber Uterusruptur bei manueller Placentarlösung. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1903, Bd. 8, H. 1.

zubefördern. Wer sich da ausgekannt hat, wird auch mit der behandschuhten Hand nicht fehlgehen.

Als selbstverständlich braucht hier nicht näher erwähnt zu werden, daß dem Eingriff womöglich eine Desinfektion der Vulva und Vagina vorangehen und eine desinfizierende Spülung des Cavum nachgeschickt werden soll, deren Temperatur (heiß oder, wenn in der Eile nicht zu haben, ganz kalt) überdies einen mächtigen Reiz zur Kontraktion für den Uterus bildet.

Zum Schluß möchte ich noch auf einen die Aetiologie der Placentarretention betreffenden Punkt der Ausführungen von Baisch kurz eingehen. Er sagt bei Besprechung der Indikation der künstlichen Placentarlösung folgendes: „Hält man sich streng an diese Grundsätze (i. e. Zuwarten, Expressionsversuch ohne und dann mit Narkose), so wird man, abgesehen von den Fällen, in welchen die Atonie des Uterus zu dem Eingriff zwang, fast ausnahmslos auch der anatomischen Indikation gerecht werden und eine wirkliche Placenta accreta vorfinden, deren spontane Lösung überhaupt ausgeschlossen war.“

Im Gegensatz dazu ist nach unseren Erfahrungen eine andere Ursache für die Retention als die wirkliche Verwachsung der Placenta garnicht so sehr selten; es ist dies der sogenannte „falsche Lösungsmechanismus“. Dieser beruht darauf, daß die Placenta, die an der einen Kante oder Tubenecke oder auf der Zwischenwand eines Uterus subseptus etc. aufsitzt, weder durch die Kontraktionen des Uterus noch durch einen von außen einwirkenden Druck von ihrer Unterlage abgelöst werden kann. Geht man dann ein, so gelingt die Lösung spielend, das heißt ohne daß „Verwachsungen“ irgend welcher Art zu trennen wären. Auf diese Art der Placentarretention hat besonders O. Burckhardt¹⁾ in einer Arbeit aus der Bummschen Klinik in Basel aufmerksam gemacht; in seinem schönen „Grundriß“ bildet Bumm auch derartige Fälle ab und bezeichnet sie als viel häufigere Ursache der Retention als die „Verwachsung“. Ich selbst habe eine ganze Anzahl solcher Fälle beobachtet und möchte, als charakteristisch, nur zwei davon kurz erwähnen:

Fall 1. Frau M. Poliklinik J.-No. 71, 1901. Die Hebamme bittet um poliklinische Hilfe, da die Placenta zwei Stunden post partum sich nicht auspressen läßt. Die äußere Untersuchung ergibt einen Uterus bicornis; das rechte Horn ist dick und rund und enthält offenbar die Placenta. Credé mißlingt, auch in Narkose, trotz Gradstellung des betreffenden Uterusteiles etc. Die innere Untersuchung bestätigt den äußeren Befund; das linke Horn ist leer; im rechten, das durch ein schmales Septum vom anderen getrennt ist, sitzt die Placenta, die sich lösen läßt wie eine reife Frucht.

Fall 2. Frau Sch. (Fall aus meiner Privatpraxis, in obiger Statistik nicht erwähnt.) Geburt einer mazerierten Frucht m. VII unter Leitung eines Kollegen, dem die Expressio placentae zwei Stunden und 12 Stunden post partum ohne und mit Narkose nicht gelingt; da er bei der inneren Untersuchung komplizierte Verhältnisse vorfindet, so läßt er mich rufen. Die äußere Betastung ergibt folgendes: Uterus steht zwei Querfinger über dem Nabel, Fundus sehr breit; rechts ist ein harter, vorspringender, rundlicher Körper zu fühlen. Credé gelingt auch in Narkose nicht. Innere Untersuchung: Os externum fünf-francsstückgroß, Cervix 3 cm lang, os internum zweifrancsstückgroß, läßt sich aber so weit dehnen, daß mit zwei Fingern eingegangen werden kann, welche in die ganz nach links gerichtete Uterushöhle eindringen; im Fundus und an der hinteren Wand des stark in die Länge gezogenen Cavum uteri sitzt die Placenta. Der Tumor rechts stellt sich heraus als ein intramurales, kindskopfgroßes Myom. Die Lösung der nirgends stärker als normal adhärennten Placenta ist wegen der Raumbeschränkung und der exzessiven Länge des Cavum uteri etwas schwierig; doch gelingt es, sie in zwei Portionen samt den Eihäuten herauszubefördern.

Es ist klar, daß in diesen beiden Fällen die Kontraktionen des Uterus keine genügende Flächenverschiebung zwischen der Placenta und ihrer Haftfläche zustande bringen konnten, sodaß die Lösung nicht erfolgte; äußerem Druck gelingt es dann in den seltensten Fällen, die unzähligen feinen Fäden, die zwischen Uterus und Placenta sich erstrecken, in violenter Weise zu zerreißen; wohl aber gelingt dies ohne die geringste Mühe dem Ulnarrand der eingeführten Hand, welche mit ihren sägenden Bewegungen die Bälkchen der Ampullaris deciduae wie Spinnwebgewebe zerreißt, ohne den Widerstand überhaupt zu fühlen. Damit soll nun nicht gesagt sein, daß diese Art der Placentarretention häufiger sei als die „Placenta accreta“; jedenfalls stellt sie aber kein so extrem seltenes Ereignis dar, wie Baisch will, sondern

bildet — in Basel wenigstens — einen nicht unbeträchtlichen Prozentsatz aller Placentarverhaltungen. Dies hat allerdings nur theoretisches Interesse, da die Therapie in jedem Falle die gleiche bleibt.

Nachschrift bei der Korrektur. In einer jüngst erschienenen Arbeit („Ueber mechanische Sterilisation der Gummihandschuhe“, Münchener medizinische Wochenschrift, 4. Oktober) kommen Fromme und Gawronsky auf Grund zahlreicher Versuche zu dem Schluß, daß die einfache Heißwasser-Seifenwaschung nicht genügt, um eine sterile Handschuhoberfläche zu erzielen, sondern daß hierzu eine vier Minuten lange Heißwasser-Seifen- und eine nachfolgende, zwei Minuten lange Sublimatwaschung notwendig sei. Es bedingt somit das Mitführen nichtsteriler Handschuhe einen Zeitverlust von sechs Minuten, während nach meinem Vorgehen der Handschuh momentan gebrauchsfertig ist. Jeder, der schon bei einer starken Nachgeburtshutung dabei war, wird mir zugeben, daß nicht selten sechs Minuten über Leben oder Tod der Patientin entscheiden können. Den Einwand von Fromme und Gawronsky, daß das Mitführen steriler Handschuhe, wie ich es vorschlage, zu kostspielig sei, kann ich nicht anerkennen; denn bei vorsichtigem Ueberstreifen der im Dampf sterilisierten, mit Talk ausgestreuten Handschuhe über die vorher genau abgetrocknete Hand zerreißen dieselben so gut wie nie; nach dem Gebrauch werden sie, noch angestreift, in warmem Wasser gereinigt, mittels eines Tuches getrocknet und dann sorgfältig abgestreift, um zu Hause wieder zur Sterilisation im Autoclav vorbereitet zu werden. Diese letztere halten die Friedrichschen Handschuhe meiner Erfahrung nach mindestens vier- bis sechsmal aus, ehe sie abnorm brüchig und zerreiblich werden. Es ist also keine Rede davon, daß nach meinem Vorschlag „jedesmal neue“, steril verpackte Handschuhe mitgeführt werden müßten, wie die genannten Autoren schreiben.

1) Ueber Retention und fehlerhaften Lösungsmechanismus der Placenta. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1898, Bd. 1, S. 198.