

Aus der ärztlichen Praxis.

Ein Fall von innerer Blutung durch vorzeitige totale Lösung der Placenta bei normalem Sitz.

Von Dr. Max Hirsch in Berlin.

Geringfügige Blutungen in der Eröffnungsperiode sind eine gewöhnliche Erscheinung des Geburtsaktes; sie beruhen auf der Ablösung des unteren Uterussegments vom unteren Eipol durch die Kraft der Wehen, auf kleinen Einrissen in Muttermund und Scheide. Die Hebammen sagen: es zeichnet. Stärkere Blutungen vor und in der Geburt haben ernstere Bedeutung; ihre häufigste Ursache, Placenta praevia, erfordert ein rasches Eingreifen. Aber die Sicherheit der Diagnose bei den Blutungen nach aussen und die Möglichkeit, sie durch die combinirte Wendung sofort zum Stillstand zu bringen, geben ihnen eine relativ günstige Prognose im Vergleich zu den inneren Blutungen, die zu den alarmirendsten Erscheinungen in der Geburtshilfe gehören.

Wegen der Seltenheit ihres Auftretens und der Besonderheiten des Falles sei es mir gestattet, über einen solchen zu berichten.

Eine 28jährige Frau, von kleiner Gestalt, gesundem Aussehen und gutem Ernährungszustande, die sich am Anfang des neunten Schwangerschaftsmonats befindet, empfindet plötzlich beim Beugen des Oberkörpers heftige Schmerzen in beiden Hüften, erblasst, sinkt ohnmächtig nieder und erbricht Reste der vor sieben Stunden eingenommenen Mittagsmahlzeit. Ich treffe sie im Bette liegend, mit blasser Gesichtsfarbe, blutleeren Ohren und Lippen und über heftige Schmerzen im ganzen Leibe klagend. Die Extremitäten sind warm, Puls und Temperatur normal; am Herzen nichts besonderes. Der Leibesumfang entspricht dem neunten Schwangerschaftsmonat, doch sind die Bauchdecken ungewöhnlich gespannt und druckempfindlich, so dass die Kindstheile schwer palpabel sind. Immerhin lässt sich Schräglage des

Kindes feststellen, indem in der rechten Beckenschaukel und im Fundus ein grosser Theil und in der rechten Seite kleine Theile zu fühlen sind. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Die vaginale Untersuchung erweist den Muttermund geschlossen, hinter dem rechten horizontalen Schambeinast stehend. Beckeneingang leer; Fruchtblase steht. In der rechten Beckenschaukel liegt der Kopf des Kindes beweglich über dem Beckeneingang. Hals und Schulter sind nicht zu erreichen. Betastung des unteren Uterussegments mit dem Finger lässt nirgends Placenta erkennen. Mein erster Gedanke war der, dass es sich um einen Anfall von Cholecystitis handelte, da ich wusste, dass Patientin im letzten Jahre häufige Kolikanfälle überstanden hatte. Danach traf ich meine Verordnungen. Zugleich aber liess ich für den Fall, dass ich mich in der Diagnose geirrt hätte, alles für die eventuell beginnende Entbindung der Frau vorbereiten, deren regelwidriger Anfang das Schlimmste befürchten liess. Einige Minuten Aufenthalt am Krankenbett bestätigten meine Befürchtung. Die Blässe des Gesichts nahm zu, Schmerzen, Druckempfindlichkeit und Spannung des Leibes wurden stärker, Kindstheile waren kaum noch fühlbar, dagegen fühlte man deutliche Fluktuation. Der Puls wurde kleiner und schneller. Zugleich stellte sich, worauf von Anbeginn geachtet wurde, eine schwache Blutung aus der Scheide ein. Die Situation war klar, die sofortige Entbindung der Frau geboten. Die Blase wurde gesprengt, mit dem Fruchtwasser kam Meconium. Die Hoffnung, dass durch Entleerung der Fruchtblase der Uterus sich um seinen Inhalt fest zusammenziehen, und die Blutung aufhören würde, wurde getäuscht. Der Muttermund liess zwei Finger passiren, zeigte sich aber nach kurzer Dehnung mit den Fingern so nachgiebig, dass ich bald die ganze Hand einführen, wenden und extrahiren konnte, was wegen der Schlaffheit der Uteruswände leicht gelang. Dem Kinde stürzten grosse Klumpen geronnenen und eine Menge frischen Blutes zugleich mit der Placenta nach. Der Uterus zog sich zusammen und wurde hart, Blut floss nicht mehr. Der Puls der Mutter, den ich während der kurzen und oberflächlichen Narkose nur fadenförmig gefühlt hatte, hob sich. Die Frau erwachte, noch bevor das Kind abgenabelt war, verlangte zu trinken und zu schlafen. Sie sprach mit der Umgebung, war bei voller Besinnung, klagte weder über Ohrensausen noch über Flimmern vor den Augen. Das Kind war todt. So waren seit dem Eintritt des Collapses ca. $\frac{3}{4}$ Stunden verflossen.

Zehn Minuten später wurde die Wöchnerin unruhig, warf sich ängstlich im Bette herum und schöpfte krampfhaft Athem. Gesicht und Extremitäten waren kühl, der Puls klein und etwas beschleunigt, aber regelmässig. Der Uterus war fest contrahirt, aus der Scheide floss kein Tropfen Blut. Nach Verabreichung von Kaffee und Cognak und einigen Kampherinjektionen trat kurze Ruhe ein. Inzwischen machte ich eine Kochsalzinfusion. Noch unter derselben trat eine neue Attacke von Athemnoth und Angstgefühl ein. Der Puls wurde kleiner und schneller; Wangen und Lippen bleich, cyanotisch und kalt. Das Bewusstsein schwand. Aetherinjektionen, Herzmassage waren nutzlos. Die Frau starb unter meinen Händen und unter denen der erst zuletzt herbeigeeilten Collegen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Frau an den Folgen des Blutverlustes zu Grunde gegangen ist, wenn auch der Gedanke an eine Embolie der Lungenarterien nicht von der Hand zu weisen ist. Sektion wurde nicht gemacht.

Diese Fälle von innerer Blutung durch vorzeitige totale Lösung der Placenta bei normalem Sitz derselben gehören zu den grössten Seltenheiten. Schröder erwähnt in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe eine Zusammenstellung von Goodell (Goodell, Amer. Journ. of Obst. Vol. II 2, p. 281), der über 106 Fälle berichtet; von den Kindern wurden nur 6 gerettet, von den Müttern starben 54. Nach Dürrssen sind ungefähr 200 derartige Fälle in der Litteratur bekannt, von denen ebenfalls die Hälfte der Mütter und fast alle Kinder starben.

In fast allen diesen Fällen, ebenso wie in meinem, tritt die Lösung der Placenta plötzlich mitten aus der Gesundheit heraus ein, ohne dass eine Wehe vorausgegangen ist. Sie eröffnet also den Geburtsakt. Wehen pflegen dann auch während des ganzen weiteren Verlaufes wegen der Schlaffheit der Uterusmuskulatur garnicht oder nur sehr schwach aufzutreten, ein Umstand, der die Diagnose ausserordentlich erschwert.

Aber auch der Modus der Ablösung kann der Erkennung des Zustandes hinderlich sein, wie es in meinem Falle geschah. Denn nicht so selten kommt es vor, dass die Placenta mit ihrem ganzen Rande fest sitzt und das Blut sich zwischen Placenta und innerer Wand der Gebärmutter ansammelt. Derartige Fälle sind mehrmals mitgetheilt worden; unter den 106 von Goodell zusammengestellten befinden sich zehn. Bei schlaffer Uterusmuskulatur kann, wie schon Naegle sagt, sich sehr wohl zwischen Mutterkuchen und Uterusrand soviel Blut ansammeln, dass die Person zu Grunde geht. Daher sind bei weitem in der Mehrzahl Mehrgebärende von diesen Unglücksfällen betroffen. Dass auch in meinem Falle eine solche Schlaffheit der Uterusmuskulatur vorgelegen hat, erklärt sich hinreichend daraus, dass die Frau IV.-para war, zweimal durch Wendung und Extraktion und zuletzt im achten Schwangerschaftsmonate entbunden wurde.

Die Fälle von innerer Blutung, in denen der Rand des Mutterkuchens

¹⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1899.

in seinem ganzen Umfange adhärirt, haben noch schlechtere Prognose als die, welche durch theilweise Lösung des Randes verursacht werden. Denn da der Blutabgang nach aussen gänzlich fehlt oder erst spät eintritt, bietet der Zustand, wie bereits erwähnt, diagnostische Schwierigkeiten. Zum Glück sind sie selten. Auch nützt in diesen Fällen die Blasensprengung nichts, verschlimmert im Gegentheil den Zustand.

Was nun die Ursache der vorzeitigen Lösung der Placenta anbetrifft, so kommen in erster Linie, wie Winter nachgewiesen hat, Veränderungen des Endometriums in Frage, die durch chronische Nephritis verursacht sind. Von dem Bestehen einer Nierenentzündung ist in meinem Falle nichts bekannt geworden, da ich die Patientin längere Zeit beobachtet und stets bei bestem Wohlergehen getroffen habe. Den zwingenden Beweis allerdings kann ich nicht antreten, da der Urin nicht untersucht worden ist. Veränderungen der Placenta waren nicht zu sehen. Dagegen war die Verstorbene kurz vor dem traurigen Ereigniss starken Gemüthsbewegungen und grossen körperlichen Anstrengungen durch einen Krankheitsfall in der Familie ausgesetzt, Dinge, die bei Naegele und Schröder unter den Ursachen der vorzeitigen Lösung der Placenta Erwähnung finden.
