

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Sechster Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

## I. Ueber den Mechanismus der spontanen Ausscheidung der Nachgeburt und über den Credé-schen und den Dubliner Handgriff.

Von

B. S. Schultze,

Professor der Gynäkologie in Jena.

(Schluss aus No. 51.)

Also es giebt wesentlich zwei verschiedene Arten, wie die gelöste Placenta im Uterus sich gestaltet und lagert. An der Natürlichkeit und an der Normalität des einen Vorganges wie des anderen wollen wir nicht zweifeln. Der von mir beschriebene und abgebildete, bei welchem der Bluterguss eine wesentliche Rolle spielt, ist, so weit thatsächliche Beobachtungen des spontanen Verlaufes vorliegen, der häufigere; der von Duncan beschriebene, der, wenn nicht mit geringerer Blutung, jedenfalls mit geringerer Blutansammlung hinter der Placenta verbunden ist, der seltenere.

Duncan's Behauptung, dass der von mir dargestellte Mechanismus anomal sei, ist also, ganz abgesehen davon, dass Duncan's Beweis vollständig missglückte, auch thatsächlich falsch; der von mir dargestellte Vorgang ist unter den natürlichen und normalen, so weit Beobachtungen des spontanen Verlaufes vorliegen, sogar der häufigere. Lemser's Dissertation, welche 1865, bald nach Vollendung meiner Wandtafeln erschien, war übrigens Duncan bekannt, und wird rühmend von ihm erwähnt. (Edinburgh medical Journal for April 1871.)

Die gelegentlichen Wahrnehmungen des Geburtshelfers sind wenig geeignet über den spontanen normalen Mechanismus der Nachgeburt Aufschluss zu gewinnen; am wenigsten die Wahrnehmungen derjenigen Geburtshelfer, welche den gleich zu erwähnenden Dubliner Handgriff oder die Expression der Nachgeburt üben; der Geburtshelfer sieht und fühlt bei so geleiteten normalen Geburten die Placenta nicht früher, als bis sie die Vulva verlässt. Dann ist doch auch, wie schon erwähnt, wenn wir die Ausstossung der Nachgeburt durch mechanische Einwirkung auf den Uterus befördern, der Mechanismus derselben nicht ohne Weiteres für identisch mit dem natürlichen zu halten. Namentlich über den intrauterinen Mechanismus geben nur ad hoc angestellte Untersuchungen Aufschluss, Untersuchungen, die nicht nur, soweit irgend möglich, jede zufällige, sondern auch vor allen Dingen jede absichtliche Modification des spontanen Vorganges ausschliessen.

Die Aufzeichnungen Lemser's betreffen keine sehr grosse Zahl von Geburten, aber sie tragen den Stempel sachkundiger und gewissenhafter Beobachtung.

Neuerdings sind über den Mechanismus der Ausstossung der Nachgeburt von Mauritz Salin (Nord. med. Ark. Band X, 1878) Beobachtungen mitgetheilt worden. Er theilt dieselben mit im Eingang seines daselbst enthaltenen Aufsatzes: Om den manuela lösningen af efterbörden och Kvarstannade efterbördsdelar. Die Resultate dieser Beobachtungen differiren erheblich von denen Lemser's. Unter 100 beobachteten Fällen

stellte sich 83 Mal der Rand der Placenta im innern Muttermund ein, 13 Mal ein 2—3 Ctm. vom Rand entfernter Punkt, 4 Mal die ziemlich centrale Insertion der Nabelschnur. Von den 83 Einstellungen des Randes war es 82 Mal der untere, nur 1 Mal der obere Rand, der sich einstellte. In der Mehrzahl dieser Fälle war die Placenta nach der Foetalfläche zusammengeklappt. Die von Salin registrirten Geburten waren keine durchaus spontan verlaufenen. Der im Stockholmer Gebärhause eingeführte Dubliner Handgriff, schon während das Kind austritt, den Uterus durch die aufgelegte Hand zu überwatchen, wurde auch in den 100 von Salin zur Placentarbeobachtung verwendeten Geburten getübt. Dieser Griff, der den Zweck hat, die Wand des Uterus in Contact mit dem austretenden Kinde zu erhalten, erreicht diesen Zweck höchst wahrscheinlich in vielen Fällen und hält also auch die zwischen Kind und Uteruswand gelegene Nachgeburt, welche während dieser Zeit sich löst, mit ihrer convexen Uterinfläche in Contact mit der Innenfläche des Uterus. Da, wenn dieser Handgriff erfolgreich getübt wird, mit der Uteruswand nothwendig auch die Placenta dem Kinde anliegt, bleibt der ursprünglich untere Rand der Placenta der untere, tritt zuerst in den Muttermund und die Placenta kann sich auch nicht leicht über die uterine, sie wird sich über die Foetalfläche zusammenlegen.

Was nun die Expression der Nachgeburt betrifft, so zerfällt die von Credé empfohlene Methode derselben, wenn man von dem vorausgehenden Reizen und Reiben der Gebärmutter, um eine Wehe zu erzeugen, als einem bei der normalen Geburt mindestens überflüssigen Verfahren absieht, in zwei Abschnitte, welche meines Erachtens von sehr verschiedenem Werth sind: Erstens die Compression des sich contrahirenden Uterus, um den Effect der Wehe zu verstärken, und zweitens das Herabdrängen des Uterus in's Becken, um die Nachgeburt durch die Scheide zu drängen.

Den ersteren Griff halte ich für überaus nützlich. Wenn auch bei Erstgebärenden meist die ersten Nachwehen die Placenta in die Scheide befördern, nach schnellen Geburten auch bei Erstgebärenden und viel öfter bei Mehrgebärenden verzögert sich die Ausstossung der Nachgeburt aus dem Uterus bei ganz spontanem Verlauf doch nicht selten erheblich. Diese Verzögerung allein bringt Nachtheile; erstens wird die Blutung

nothwendig reichlicher ausfallen, wenn häufiger bis zur vollendeten Ausstossung Contraction mit Erschlaffung wechselt. Zweitens wird, wenn nach einmal unterbrochener mütterlicher Placentarcirculation die Gebärmutterwand länger gross bleibt, nothwendig die Thrombose in den Venen der Placentarstelle umfangreicher ausfallen, als wenn der Unterbrechung des Kreislaufes definitive Verkürzung der Wand bald folgt. Für die normale Rückbildung, und im Fall puerperaler Erkrankung für die Genesung wird das Letztere entschieden Vortheile gewähren.

Ferner ist es von vornherein wahrscheinlich, dass, je mehr die Nachgeburtszeit sich verzögert, desto leichter zu ernstern Störungen derselben, bedrohlichen Blutungen, krampfhaften Uteruscontractionen u. s. w., Gelegenheit gegeben ist; Abkürzung der Nachgeburtszeit ist mithin auch in dieser Hinsicht ein Vortheil.

Endlich, wenn auch normal die Placenta mit vollendetem Austritt des Kindes gelöst im Uterus liegt, wir kennen die normalen Fälle noch nicht, wenn die Nachgeburtszeit beginnt, und wenn wir den Effect der ersten Wehen derselben in allen Fällen verstärken, ist wohl anzunehmen, dass mancher Fall darunter sei, in welchem die Placenta noch nicht vollständig gelöst war, in welchem Adhaesionen bestehen, welche die verstärkte Wehe überwindet, welche ohne solche Verstärkung der Wehe vielleicht nach langer Blutung manuelle Lösung erfordert haben würden.

Die Nachtheile, die diesem Act des Credé'schen Verfahrens nachgesagt werden, treffen doch eigentlich alle nur die nicht ganz geschickte Handhabung desselben. Auch die von Dohrn jüngst geäußerte Befürchtung, dass die Eihäute durch das Verfahren zur Berstung gebracht werden könnten, bezieht sich nur auf zu frühes oder stürmisches Vorgehen. Die Trennung der Eihäute in der ampullären Schicht der Decidua geschieht bei der spontanen Wehe und bei der Verstärkung derselben durch äusseren Druck dadurch, dass die vorausgehende Placenta die Eihäute nachzieht. Die Blutung in der Decidua selbst ist zu gering, als dass wir ihr eine lösende Kraft zuschreiben dürften. Am peripheren Theil des eben angetretenen Eies sind die Stellen ganz einzeln, an denen Coagulum haftet. Der sich contrahirende Uterus treibt das hinter der Placenta ergossene Blut und die Placenta vorwärts. Die Placenta zieht die Eihäute nach. Die ziehende Kraft hat die

gleiche Richtung, ob die Wehe spontan kräftig ist oder ob sie es erst wird durch den Druck der Hand. Nur ungleichmässiges stossweises Drücken und dann ganz besonders das sofortige Herausdrängen der Placenta bis in die äusseren Theile führt zum Einreissen und Abreissen der Eihäute. Es ist nicht bekannt, dass nach spontan schnell erfolgendem Austritt der Placenta aus dem Uterus Eihautretentionen häufiger wären. Im Typus der Austreibung wird aber durch den in Rede stehenden ersten Handgriff nichts geändert, der Vorgang wird lediglich abgekürzt. Ich sehe also von der geschickt geübten Ausführung der Expression der Placenta aus dem Uterus nach Credé's Methode für viele Fälle Vortheil resultiren, Nachtheile nicht.

Der zweite Act des Credé'schen Handgriffes, das Herabdrängen des Uterus in's Becken, um dadurch die im Scheidengewölbe liegende Placenta aus der Vulva zu drängen, ist auch bei ganz geschickter Ausführung meiner Meinung nach weniger frei von nachtheiligen Nebenwirkungen. Der eben entbundene Uterus ist überaus beweglich, seine sämtlichen Verbindungen sind in der Schwangerschaft gelockert und stark gedehnt worden, namentlich in der Richtung nach aufwärts. Sollte es ganz gleichgültig sein, wenn wir unmittelbar nach der Geburt den Uterus kräftig abwärts bewegen? Ein hauptsächlich Befestigungsmittel des Uterus, die Douglas'schen Falten werden stark gedehnt durch die Bewegung, die wir dem Uterus mittheilen, wenn wir durch ihn die Placenta aus der Scheide drängen. Parametritis posterior, die später zu narbiger dauernder Verkürzung oder zur Erschlaffung der Douglas'schen Falten führt, ist ohnehin im Wochenbett häufig. Die aus den genannten Processen resultirenden Lageveränderungen der Gebärmutter datiren ungemein häufig aus einem Wochenbett. Wir haben, denke ich, allen Grund, das so schon im Wochenbett Erkrankungen leicht ausgesetzte Parametrium vor allen unnöthigen Strapazen zu bewahren.

Ich habe keine Erfahrungen über die Wirkung dieses zweiten Actes des Credé'schen Verfahrens, weil ich ihn aus den eben genannten Gründen nie geübt, wie gelehrt habe. Die Vermuthung liegt mir aber nicht fern, dass gerade dieser Act des Credé'schen Verfahrens es sei, der das neuerdings auch von Runge (Die Leitung der Nachgeburtperiode, Berliner klin. Wochenschrift 1880 No. 44) constatirte häufige Abreissen

der Eihäute zur Folge hat. Ein grosser Theil der Eihäute haftet noch an der Gebärmutterwand, wenn die Placenta bereits im Scheidengewölbe liegt (Fig. 2 dieses Aufsatzes). Das Herausdrängen der Placenta mittels des Uterus führt dadurch leicht zum Zerreißen der Eihäute, dass, wenn nun der Uterus beim Nachlass des Druckes, der die Placenta in die Vulva drängte, in seine normale Lage zurückkehrt, die Eihäute einen Zug in der Richtung der Vaginalaxe erleiden. Dieser Zug ist etwa rechtwinklig auf die Richtung der im Uterus noch haftenden Partie derselben. Geht man dagegen in der Art, wie früher allgemein gelehrt wurde, mit zwei Fingern, geleitet vom Nabelstrang, hoch in die Vagina und drückt die Placenta in der Richtung gegen die Kreuzbeinaushöhlung, so entfernt man die Eihäute aus dem Uterus in der Richtung, in welcher ihre Fortsetzung sich in den Uterus hinaufstreckt. In querer Richtung ganz gelinde angezogen zerreißen die noch haftenden Eihäute leicht, ein Zug in der Längsrichtung geübt, trennt ihre Verbindung von der Uteruswand.

Und was sind die Vortheile dieses zweiten Actes des Credé'schen Verfahrens? Die Hebamme oder der Arzt umgeht es, die zwei Finger in die Vagina zu führen, um die Nachgeburt zu entfernen. So lange man über das Wesen der puerperalen Erkrankungen und über die Wirkung desinficirender Waschungen mehr im Unklaren war als heute, konnte das als ein Vortheil gelten. Jetzt ist es selbstverständliche Voraussetzung, dass die Finger jeder Hebamme und jedes Geburtshelfers so beschaffen sind, dass sie, vorausgesetzt, dass sie geschickt agiren, als Schädlichkeiten nicht angesehen werden dürfen. Es liegt heute kein Grund mehr vor, an Stelle der früher allgemein gelehrt Methode, die Nachgeburt manuell aus dem Scheidengewölbe zu entfernen, eine andere zu setzen.

Wenn ich also den ersten Act des Credé'schen Handgriffes, die Beschleunigung der Austreibung der Nachgeburt aus dem Uterus durch Druck der Hand für vorthailhaft halte und warm empfehle, muss ich den zweiten Act des Credé'schen Handgriffes, das Herausdrücken der Placenta aus der Scheide durch Herabdrängen des Uterus, nicht nur für überflüssig sondern für nachtheilig erklären.

Dem entsprechend lehre ich die Aerzte und die Hebammen die Nachgeburtperiode behandeln. (Lehrbuch der Hebammenkunst 2.—6. Auflage, Leipzig 1864—1880.)

Die an der Dubliner Gebäranstalt seit lange (Jos. Clarke) geübte, in Deutschland von Spiegelberg besonders warm empfohlene Methode, vom Austritt des Kopfes an den Uterusgrund nicht aus der Beobachtung der fest auf ihm liegenden Hand zu lassen, bis die Placenta entfernt ist, halte auch ich für vortrefflich. Sie überwacht und regulirt den auf Fig. 5 dargestellten wichtigen Vorgang, nöthigt die Uteruswand, dem austretenden Kinde und der sich lösenden Placenta unmittelbar zu folgen, vermindert die Nothwendigkeit erheblichen Blutergusses zwischen Uteruswand und Placenta, ist vielleicht je nach dem Sitz der Placenta geradezu im Stande, den von Duncan abgebildeten, den von Salin am häufigsten beobachteten Mechanismus der Nachgeburt (Fig. 3) zu veranlassen, wo andernfalls der von mir abgebildete (Fig. 1 u. 2), der von Lemser am häufigsten beobachtete, erfolgt wäre. Wo mehrere Sachverständige die normale Geburt beobachten, also namentlich in Gebäranstalten, ist dieser Handgriff nicht zu versäumen; gerade die Differenz zwischen den Resultaten der Lemser'schen und der Salin'schen Beobachtung darf als ein Beweis für die Wirksamkeit des Dubliner Handgriffs gelten. Ich möchte aber diesen Handgriff einer nicht sachverständigen Hand nicht überlassen. Da bei der Mehrzahl der Geburten die Hebamme die einzige anwesende Sachverständige ist, so lehre ich die Hebammen den Dubliner Handgriff nicht, denn die ganze Aufmerksamkeit und die zwei Hände der Hebamme sind um die Zeit, da das Kind zu Tage tritt, anderweit gerade ausreichend beschäftigt.

Jena, den 2. December 1880.