

KOLLEGIUM  
Katedry Historji i Filozofji  
w Uniwersytecie Poznańskim

Die Dz. ....

# Behandlung der Placenta praevia.

## Inaugural-Dissertation

welche zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

**Medicin und Chirurgie**

mit Zustimmung der

**Medicinisches Facultät**

der

**Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin**

**am 27. Juli 1882**

nebst den angefügten Thesen

öffentlich vertheidigen wird

der Verfasser

**Valentin Paniński**

aus Buk, Provinz Posen.

Opponenten:

Herr **Franz Jankowski**, Cand. med.

Herr **Arthur Tereszkievicz**, Drd. med.

Herr **Wilhelm Bartel**, Drd. med.

**Berlin.**

Druck von A. Haack NW., Dorotheenstr. 55.

1935

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Seimen theuren Eltern

Ich habe mich sehr freuen können  
in Liebe und Dankbarkeit  
von  
Ihrer  
Königlicher



Es wird noch öfters über die Geburtshilfe die Ansicht ausgesprochen, dieselbe sei ein in sich vollständig abgeschlossener Theil der Medizin, die einzelnen Kapitel in ihr seien so ausgearbeitet und abgerundet, dass es schwer hält, neue Gesichtspunkte in ihr zu finden. Allein nur derjenige, welcher an der Oberfläche der Geburtshilfe geblieben und nicht in die tieferen physiologischen und pathologischen Fragen eingedrungen ist, kann eine solche Behauptung aussprechen. Giebt es doch selbst auf dem Gebiete der praktischen Geburtshilfe noch Fragen genug, die, wie uns die fast tägliche Erfahrung lehrt, noch ihrer endgültigen Erledigung harren. Ein solches Kapitel ist die Therapie der Placenta praevia.

Wenn wir die Statistiken der Resultate bei Placenta praevia durchsehen, so frappirt uns der hohe Procentsatz der Mortalität bei Müttern und Kindern, der in keinem Verhältniss zu anderen Geburtscomplicationen steht.

Durchblättern wir andererseits die modernen Lehr- und Handbücher der Geburtshilfe, so werden wir unser Erstaunen nicht verhehlen können, dass die Anschauungen über die Behandlung der Placenta praevia so zahlreich und so weit auseinandergehend sind, mit anderen Worten, dass eine Methode, die allgemein verbreitet wäre, noch zu entdecken ist.

Bekanntlich beruht die Hauptgefahr für die Mutter bei der Placenta praevia in der Blutung. Es ist aus der anatomischen Anordnung klar, dass dieselbe anhalten wird, so lange die Geburt dauert, eine definitive Beseitigung derselben erst nach der Ausstossung des Kindes zu hoffen ist. Es wird also bluten, so lange die Frau kreist, und da die Weenthätigkeit meist eine sehr schwache ist, so wird die Zeit des Kreissens durchschnittlich eine längere sein, als bei allen anderen Geburten.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, war der älteste und erste Grundsatz bei der Behandlung der Placenta praevia, die Entbindung so rasch wie möglich zu beendigen. Und hieraus leitet sich das Accouchement forcé her, welches noch jetzt von vielen angewandt, wenn auch milder wie früher gehandhabt wird.

Als ein Nachtheil der Methode machte sich sehr bald geltend, dass das gewaltsame Eingehen mit der Hand und die forcirte Extraction Einrisse im unteren Uterinsegment im Gefolge hatte, aus welchen die Mutter zu häufig in der Nachgeburtszeit sich verblutete. Die Cervixrisse kommen grade bei der Placenta praevia sehr leicht zu Stande, weil in Folge der starken Entwicklung der

Gefässe und der mangelhaften Entwicklung der Muskel-elemente am unteren Uterinsegment das ganze Gewebe des Muttermundes aufgequollen, weich, gelockert und leicht zerreissbar erscheint.

Man schlug daher vor, erst dann zu wenden, wenn der Muttermund eine genügende Weite für die eingeführte Hand erreicht hatte, und stillte die Blutung durch die Tamponade. Ja, andere gingen in ihrer Furcht vor den geschilderten Einrissen noch weiter und überliessen die Ausstossung des gewendeten Kindes den Naturkräften, indem sie hofften, dass der in den Muttermund eingeleitete Steiss die Blutung, wenn auch unvollkommen, so doch der Hauptsache nach stillte.

Wenige, aber sehr begeisterte Anhänger fand die von England ausgehende Methode der combinirten Wendung, die theoretisch ohne Zweifel sehr zu respectiren war. Dadurch, dass man nur mit 2 Fingern in den Muttermund einzugehen brauchte, konnte man die Wendung sehr frühzeitig vornehmen, ersparte also der Mutter die nicht ungefährliche Tamponade.

In neuerer Zeit wurde das schon früher öfters eingeschlagene Verfahren, möglichst früh die Blase zu sprengen und die Geburt der Natur zu überlassen, wieder empfohlen, indem die Blutung dadurch zum Stillstand gebracht werden sollte. Die Gründe, die für dieses Verfahren sprechen, sind namentlich von Herrn Prof. Schröder in einer geistreichen Weise geschildert. So lange bei der Eröffnung des Muttermundes die Blase noch steht, schiebt sich das untere Uterinsegment an der

nach unten rückenden Eispitze vor und das Ei löst sich ziemlich leicht vom Uterus ab. Sitzt nun der Mutterkuchen so tief, dass er den sich erweiternden Muttermund überdeckt, so muss jetzt die Ablösung der Placenta vom Muttermunde und die mit dem Muttermunde vorschreitende Blutung eintreten. Dieser Ablösung der Placenta hilft der Blasensprung ab, indem die Zerrung der Eispitze aufhört und das untere Uterinsegment mit der anhaftenden Placenta sich hinaufzieht, so dass die Blutung auch dann noch steht, wenn der vorliegende Theil nicht tamponirt. Diese Ansicht vertheidigt auch Dr. Meissen in seiner Inaugural-Dissertation, indem er in der Statistik aus der Schröder'schen Klinik bei dieser Behandlungsweise aus 24 Fällen nur einen einzigen Todesfall der Mutter an acuter Anaemie aufweist. Wiewohl das letztere Verfahren theoretisch sehr consequent durchgeführt ist, wiewohl die von Dr. Meissen veröffentlichte Statistik so günstige Erfolge aufweist, so können wir doch nicht ohne Weiteres diese Methode billigen. Den günstigen von Dr. Meissen veröffentlichten Resultaten halten wir ausser unserer die Statistik von Jüdel aus der Spiegelberg'schen Klinik entgegen, wo in mehreren Fällen die Blutung nach dem Blasensprung wiederkehrte.

Die Blutung kann ja in manchen Fällen durch den Blasensprung zum Stillstand gebracht werden, wie es z. B. bei Placenta praevia marginalis der Fall ist, wo sich der Blasensprung auch wirklich bewährt.

Jedoch bei Placenta praevia lateralis und totalis



steht die Blutung nicht immer, wie wir auch weiter unten es nachweisen werden. Das Blasensprengen ist somit bei Placenta praevia lateralis und totalis ein höchst gefährliches Verfahren, ein, so zu sagen, zweischneidiges Messer. Steht die Blutung nach dem Blasensprung, dann ist ja das Ziel erreicht, steht sie nicht, dann wird die Sachlage eine peinliche. Der herabrückende Kopf oder die angehäuften Blutcoagula sistiren die Blutung nur selten und auch dann noch unvollkommen. Der Muttermund ist noch eng und gestattet die innere Wendung nicht. Die Tamponade ist jetzt ausgeschlossen, weil durch dieselbe die Verblutung nach Aussen in eine innere verwandelt werden würde. Jetzt bleibt vielleicht als das einzige Rettungsmittel die Wendung durch combinirte Handgriffe übrig, die aber wie weiter unten auseinandergesetzt werden wird, auch nicht leicht, und nicht in jedem Falle auszuführen ist. —

Ausser den oben erwähnten Methoden bei der Behandlung der Placenta praevia giebt es noch mehrere, welche sich nicht allgemeiner Anerkennung erfreuten und nur mehr ein literarisches Interesse verdienen, weshalb sie hier nur erwähnt werden.

Die Wahrnehmung, dass die Placenta praevia manchmal vor dem Kinde geboren wird und nach der Austossung der Placenta die Blutung stehen soll, veranlasste Simpson Radford und Churchill die vollständige Abtrennung der Placenta von der Uterinwand vor der Geburt des Kindes auszuführen und die Geburt dann ganz den Naturkräften zu überlassen. Simpson hat selbst

später die Indicationen dieser Operation eingeschränkt. Vor Allem wird durch eine solche Ablösung der Placenta die blutende Stelle über das Maass des Nothwendigen hinaus vergrössert. Die vollständige Loslösung der Placenta gelingt ausserdem nur dann, wenn man die Hand durch den Muttermund in den Uterus hineinführen kann. Ist dies möglich, so ist jedenfalls wohl rathsamer, gleich die Wendung auf den Fuss zu machen und mit dem angezogenen Steisse die blutende Stelle zu tamponiren. Spiegelberg, der lange Zeit selbst ein Anhänger dieser Methode war, verwarf sie zuletzt vollständig. Nach seiner Erfahrung soll die Blutung nach der künstlichen Trennung, „welche meist schwierig, zeitraubend und selten glatt zu bewerkstelligen ist,“ nicht immer zum Stillstand gebracht werden. Ausserdem wird auf das Kind von vornherein Verzicht geleistet, was vielleicht schon allein gegen die Methode spräche. Dieselben Gründe können auch gegen das von Cohen und Credé (1853) gepriesene Verfahren, eine Placenta praevia totalis durch Lostrennung derselben im Halbkreise in eine lateralis zu verwandeln und die Geburt den Naturkräften zu überlassen, geltend gemacht werden.

Die von Seyfert empfohlene aufsteigende Wasserdouche zur Stillung der Blutung bei Placenta praevia wurde schon von Hohl, Holst, Chiari, Braun und anderen mit Entschiedenheit bekämpft und verworfen. —

Nach dieser literarischen Uebersicht von Behandlungsweisen, die bei der Placenta praevia geübt sind, schreiten wir zu unserer statistischen Tabelle. In der-

selben ist eine Reihe von Fällen mitgetheilt, welche in der Klinik und Poliklinik unter der Leitung meines hochverehrten Lehrers Herrn Prof. Dr. Gusserow in den Jahren 1880 und 1881 beobachtet wurden. Unsere Absicht hierbei ist, die Vortheile der bei den betreffenden Fällen angewandten Methoden zu erwägen und sie nach den durch sie erzielten Resultaten zu beurtheilen.

*Placenta praevia marginalis.*

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
1. Frau Lemm.	Blutungen mässig.	Nabelschnurvorfall. Spontane Geburt eines todtten Knaben.	Mutter gesund, Kind todt.
2. Frau Ehlert.	Blutung gegen Ende d. Schwangerschaft.	Spontane Geburt eines Knaben ohne grosse Blutung.	Mutter gesund, Kind ausgetragen, lebt.
3. Frau Kraatz. XII pa.	Blutverlust mit dem Beginn der Wehen.	Spontaner Blasensprung, wonach die ziemlich starke Blutung steht. Muttermund 5 Markstück gross, in demselben liegt der rechte Fuss. Schüttelfrost. Temp. 39,2. P. 126. Wegen Aufhörens der Wehen Extraction. Entwickelung des Kopfes macht grosse Schwierigkeiten wegen eingetretener Stricture des Muttermundes; es kommt ein Cervixriss zu Stande. Starke Blutung.	Mutter erholte sich, Kind asphyctisch, wurde wieder belebt.
4. Frau Amtmann. V pa. VII m.	Starke Blutung.	Muttermund noch geschlossen, starke Blutung durch Tamponade gestillt, die öfters wiederholt werden muss. Blase springt, Blutung steht. Nach paar Stunden spontane Geburt eines schwächlichen asphyctischen Knaben.	Mutter erholte sich bald. Kind starb 2 Stunden nach der Geburt.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
5. Marie Pieper, Dienstmädchen.	Hefige Blutung, die sich paarmal wiederholte. Collaps.	Blase wird gesprengt, Blutung steht. Muttermund 5 Markstück gross. Neue Blutung. Wendung. Extraction des Kopfes nach Veit-Smellic mit grosser Schwierigkeit. Insertion der Nabelschnur velamentös.	Mutter wurde als gesund entlassen. Kind asphyctisch, wurde wieder belebt.
6. Frau Schaetter. VI pa.	8 Tage vor der Geburt wiederholte Blutungen.	1. Schädellage. Blase wird gesprengt, Blutung steht, es treten heftige Wehen ein. Geburt verläuft spontan.	Mutter erholt sich. Kind asphyctisch, wird wieder belebt.
<b>Placenta praevia lateralis.</b>			
1. Frau Pohlmann. III pa.	10 Tage vor der Geburt starke Blutung, die sich vor der Geburt wiederholte.	Muttermund für 1 Finger durchgängig. Blutung durch Kaltwasserirrigation und Tamponade gestillt. Collaps. Aether subcutan. Am folgenden Tage extremer Collaps. Aether. Blasensprung, Blutung steht. Forceps. Keine Nachblutung. Secale cornut.	Mutter erholt sich, Kind todt geboren.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
2. Frau Kroop. III pa.	Am Tage der Geburt starke Blutung.	Querlage. Kleine Theile links. Blasenprung Die Blutung steht. Kindliche Herzöne nicht hörbar. Linker Arm in die Scheide vorgefallen. Muttermund vollständig erweitert. Lösung des rechten Armes. Veit-Smellic'scher Handgriff erfolglos. Hydrocephalus, Punction.	Das Wochenbett verlief normal. Das Kind todt geboren. Hydrocephalus.
3. Frau Kliest. III pa.	Starke Blutung kurz vor der Geburt.	Spontaner Blasenprung. Blutung steht. Spontane Geburt eines todtten Knaben. Collapsus post partum.	Mutter starb an Pyämie. Kind todt geboren.
4. Frau Heinze. I pa. VII m.	Sehr starker Blutverlust vor der Geburt.	Spontaner Blasenprung. 2. Schädelage. Geburt verläuft spontan, keine Nachblutung.	Mutter erholte sich. Kind todt geboren.
5. Frau Jacinski.	Starke Blutung gegen Ende der Schwangersch.	Blase spontan gesprungen, Blutung steht. Muttermund 5 Markstück gross, sehr dilatabel. Querlage: kleine Theile rechts, rücken hinten. Wendung auf den rechten Fuss. Keine Nachblutung.	Wochenbett ohne Störung. Kind lebt.
6. Frau Loeschke. III pa. 9 m.	Starke Blutung kurz vor der Geburt.	Pulsirende Nabelschnur liegt vor. Profuse Blutung. Muttermund 1 Markstück gross. Tamponade. Combinirte Wendung. Extraction. Lösung der Arme und des Kopfes. Atonische Nachblutung. Heisswasserirrigation. Secale cornut.	Mutter erholte sich. Kind tief asphyctisch kam wieder zu sich.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
7. Frau Streubel. VII pa.	Mässige Blutungen vor u. während der Geburt.	Querlage. Combinirte Wendung auf den rechten Fuss bei stehender Blase. Extraction. Der rechte Arm kann nicht gelöst werden, bricht.	Mutter und Kind leben.
8. Frl. Anna Heine.	8 Tage vor der Geburt Blutungen. Extreme Anämie.	Blasensprung; Blutung ist trotzdem sehr stark. Coni-ext. 17,5. diag. 10,0. Extreme Anämie. Puls nicht fühlbar. Perforation des lebenden Kindes ohne Narcose. Blutung steht. Analeptica. Extraction vermöge des Kraniaklast. Keine Nachblutung. Plötzlich Respirationstillstand und Convulsionen. Künstliche Athmung. Es wird ein Struma bemerkt. Nach passender Lagerung kommt Respiration wieder in Gang. Nach einer Stunde Wiederkehr des Bewusstseins.	Mutter erholte sich, Kind perforirt.
9. Frau Münchow. Mpa.	Mässige Blutungen vor und während der Geburt.	Schiefelage. Wendung bei 5 Markstück grossem Muttermund.	Sowohl Mutter wie Kind leben.
10. Frau Ernst. Mpa. VII M.	Ziemlich starke Blutung vor und während der Geburt.	Fusslage. Tamponade. Spontane Geburt.	Mutter und Kind leben.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
11. Frau Rathey. III pa.	Starke Blutung am Tage der Geburt.	Hydrämion; (Oedema graviditatis.) Blutung. Tamponade. Combinirte Wendung auf einen Fuss bei Schädellage. Spontane Austossung eines lebenden Knaben. Keine Nachblutung.	Mutter erholte sich bald. Kind lebend geboren.
12. Frau Grison.	Mässige Anämie.	Fusslage. Blasenprung. Anziehen beider Füße. Spontane Geburt eines lebenden Kindes.	Mutter und Kind leben.
13. Frau Amberg. I pa.	Mässige Anämie.	Krampfwehen Meconiumabgang. Spontane Geburt eines lebenden Kindes. Starke atomische Nachblutung bei retinirter Placenta. Expression derselben Blutung steht.	Mutter starb an Pyämie; Kind lebend geboren.
14. Frau Kaufmann. VI pa.	Starke Blutungen seit Beginn der Wehen.	Kind in 1. Schädellage. Muttermund 1 Markstück gross, hinten links Placentargewebe zu fühlen. Tamponade. Am anderen Tage Morgens 11 Uhr Muttermund ca. 5 Markstück gross und sehr dilatabel. Sprengen der Blase. Nachmittags wird ein lebendes Mädchen geboren. Wegen starker Blutung sofortige Expression der Placenta. Heisse Injection. Secale cornut.	Mutter und Kind leben.
15. Frau Klem. I pa. 9 M.	Seit 8 Tagen wiederholte Blutungen.	Muttermund für 2 Finger durchgängig, überall Placentargewebe fühlbar. Tamponade. Wendung. Expression eines 9 monatlichen Mädchens.	Mutter erholte sich. Kind todt geboren.



Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
16. Frau Wegner. VIII pa.	Vor und während der Geburtstarke Blutung.	Muttermund 5 Markstück gross. Querlage. Sprengen der Blase, Wendung auf den linken Fuss. Spontane Geburt.	Mutter erholte sich langsam. Kind asphyctisch, wurde wieder belebt.
17. Frau Schuler. VII pa. VI M.	Seit 6 Wochen verlor die Frau jeden Tag Blut. Hohe Anämie.	Muttermund 2 Markstück gross, überall Placentargewebe fühlbar. Starke Blutung, Tamponade bei stehender Blase. Muttermund erweitert sich, wird 5 Markstück gross. Sprengen der links zu erreichenden Eihäute. Der linke Fuss wird ergriffen und der Steiss in den Muttermund hineingezogen, worauf das Kind (Knabe) leicht und schnell geboren wird.	Mutter erholt sich, das Kind starb 2 Stunden nach der Entbindung.
18. Frau Freienstein. V pa. 7 M.	Starke Blutung. Extr. Anämie.	Cervix 2 cm lang für 1 Finger durchgängig. Blasensprung. Versuch der combinirten Wendung scheitert daran, dass die geringe Menge Fruchtwasser neben dem Finger schnell abfließt und der Uterus sich fest um das in 1. Schädellage befindliche Kind zusammenzieht. Kopf lässt sich von Aussen in's kleine Becken drücken. Blutung steht, jedoch nach ca. 1/2 Stunde neuer Blutverlust. Fortwährendes Aussickern von Blut aus der Scheide. Combinirte Wendung gelingt jetzt. Der linke Fuss wird in die Scheide hinab-	Die Mutter hoch anämisch erholte sich langsam. Kind todt geboren.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
19. Frl. Müller. V pa. 8 M.	Starke Blutung mit dem Beginn der Wehen.	gestreckt und fest angezogen. Blutung steht vollkommen. Austreibung der Natur überlassen. Nach 5 Stunden wird ein tochter Knabe geboren.	Mutter lebt. Kind todt geboren.
20. Frau Schmaedecke. II pa. 5 M.	Während der Geburt starke Blutung.	Muttermund 3 Markstück gross, an der hinteren Seite Placentargewebe. Blase bereits gesprungen. Schulterlage. Wendung auf den rechten Fuss. Austreibung der Natur überlassen.	Mutter lebt, Kind starb während der Geburt ab.
21. Frl. Nolte. 8 M.	Seit 8 Tagen mässige Blutung fast jeden Tag. Während der Geburt wird die Blutung profus.	Muttermund ca. 2 Markstück gross. Unvollkommene Fusslage. Die Blase springt. Pulsirende Nabelschnur fällt vor. Kreisende fängt an stark zu bluten. Extraction. Muttermund geschlossen erweitert sich binnen 8 Tagen zur Grösse eines Markstücks. Es tritt starke Blutung ein, zugleich auch starke und häufige Wehen. Colpeuryse. Versuch zur Wendung bei vollständig erweitertem Muttermund misslingt, weil tief der Kopf in's Becken eingetreten ist. Forceps. Nachblutung ist gering und wird bald gestillt. Weil sich die Patientin öfters erbrach und ungestüm hin und herbewegte, trat eine neue Blutung ein, welche dem Leben der Patientin ein Ende machte.	Mutter starb an acuter anaemie. Kind ist gerettet.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
22. Frau Herold. I pa.	Seit 8 Tagen traten mehrmals Blutungen auf; dieselben waren während der Geburt profus.	Muttermund geschlossen; starke Blutung. Tamponade. Puls 120, Temp. 37,87. Blase springt, Blutung wird profus. Schüttelfrost. Temp. 39. Muttermund inzwischen 5 Markstück gross und 3 Stunden später erfolgte spontane Geburt des Kindes.	Mutter erkrankte an Pyämie das Kind asphyctisch ging zu Grunde.
<b>Placenta praevia totalis.</b>			
1. Frau Bold. 8 M.	Seit einiger Zeit starke Blutungen. Extreme Anaemie.	Muttermund 1 Markstück gross. Starke Blutung. Tamponade. Aether. Combinirte Wendung bei 3 Markstück grossem Muttermund. Spontane Ausstossung bis zur Schulter, leichte Lösung der Arme und des Kopfes.	Die Mutter erholte sich schnell. Kind todt.
2. Frau Kohler. 9 M.	Bedeutende Anämie. Ohnmachtsanfälle. Puls kaum fühlbar.	Muttermund 1 Markstück gross, kein vorliegender Theil, man fühlt nur Placenta. Keine Herztöne. Profuse Blutung, Tamponade, worauf Wehen folgen. Am folgenden Tage Muttermund zur Hälfte erweitert, Kräftezustand bedeutend gebessert. Wendung und langsame Extraction. Nach Entfernung der Nachgeburt neuer Blutabgang, der erst durch Eisenchlorid-Tampons gestillt wird. Frau moribund. Bluttransfusion.	Nach der Bluttransfusion hebt sich der Puls, wird aber wieder schwächer. 1 1/2 Stunde nach Entbindung Exitus letalis. Das Kind todtgeboren.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
3. Frau Braunsdorf. V. pa.	Extreme Anämie.	Tamponade. Aeussere Wendung auf den Steiss. Bei 5 Markstück grossem Muttermund Herabstrecken des einen Fusses nach Durchborung der Placenta. Lösung der Arme und des Kopfes. Credé. Geringe Nachblutung.	Exitus matris II hor. post partum. Lebender Knabe. (Tiefe Asphyxie).
4. Frä. Moeck. IV pa.	Mässige Anämie.	Blutung. Muttermund fast vollständig erweitert. Keine Nachblutung.	Mutter erholte sich schnell. Die Frucht todt.
5. Frau Eitner.	Nichtsehr hochgradige Anämie.	Wendung bei halberöffnetem Muttermund. Langsame Extraction. Nachblutung aus einem Cervixriss. Heisse Injectionen, Eisenchlorid; jetzt erst steht die Blutung. Anaemie sehr bedeutend. Aether.	Mutter starb 4 Stunden nach der Entbindung an acuter Anämie. Das Kind asphyctisch starb auch.
6. Frau Bludzun.	Blutungen am Ende der Schwangerschaft ziemlich profus.	Portio ca. 2 cm lang. Cervicalcanal für 1 Finger durchgängig. Blutung, Tamponade. Am folgenden Tage geringe Wehen; neue Blutung, Tamponade erneuert. Am 3. Tage früh ist der Muttermund genügend erweitert. Wendung, langsame Extractiou. Mutter nicht hochgradig anaemisch.	Mutter starb an Septicaemie. Das Kind asphyctisch starb auch.
7. Frau Petri. XIII pa.	Erste Blutung 3 Tage vor der Geburt.	Heftige Blutung, Tamponade. Querlage. Colpeurynter 4 mal angewandt, jedes mal heftige Blutung. Am 3. Tage Wendung auf den Fuss.	Frau starb an acuter Anämie. Kind starb während der Geburt ab.

Name	Art der Blutung	Geburtsverlauf und Kunsthilfe	Ausgang für Mutter und Kind
8. Frau Linsow. IV pa. 7 M.	9 Wochen u. zum 2. Mal 6 Wochen vor der Geburt tritt eine heftige Blutung ein. Mässige Anämie.	Cervix ca. 2 cm lang für 1 Finger durchgängig. Tamponade. Am 3. Tage Cervix verstrichen doch nur für einen Finger durchgängig. Am 4. Tage wird der äussere Muttermund für 2 Finger durchgängig, ist auffallend rigide. Das Blut sikert durch die Tampons durch. Colpeuryse. Analeptica. Nachmittags ist der Muttermund 5 Markstück gross. Nirgends Eihäute zu fühlen. Directes Durchgehen durch die Placenta, Wendung. Extraction zweier lebender Mädchen. Blutverlust sehr gering. Expression der Placenta. Aether. Ergotin. Querlage. Wendung. Spontane Ausstossung des todtten Kindes. Nachblutung ex atonia. Kein Einriss.	Befinden der Mutter nach der Entbindung gut. 2 Mädchen lebend geboren, dem 7. Monat entsprechend starben bald.
9. Frau Hoppert. IV pa. 8 M.	Extreme Anämie.	Muttermund 2 Markstück gross. Puls der Mutter sehr frequent (130). Profuse Blutung. Tamponade, die einige Male wiederholt wurde. Wendung bei 3 Markstück grossem Muttermunde. Spontane Ausstossung einer todtten Frucht. Nach Entfernung der Placenta starke Nachblutung. Collapsus, Aether, Wein.	Mutter starb 2 Stunden nach d. Geburt an acuter Anämie, Kind todt geboren.
10. Frau Ernst. IV pa. Syphilis.	Ziemlich hohe Anämie	Die Mutter erholte sich langsam, das Kind todt geboren.	Die Mutter erholte sich langsam, das Kind todt geboren.

Aus der angeführten Statistik erhellt zur Genüge, dass die Stärke der Blutung wesentlich von einem mehr oder weniger tiefen Aufsitzen des Mutterkuchens abhängt. Daher kommt es auch, dass in unserer Statistik die einzelnen Fälle in einzelne Klassen, nämlich *Placenta praevia marginalis*, *lateralis* und *totalis* geschieden und auseinander gehalten sind, trotzdem einzelne, wie z. B. Zweifel, eine solche Eintheilung verwerfen, weil diese Benennungen in einem verschiedenen Sinne gedeutet werden und in Folge dessen nur zur Verwirrung und zu Missverständnissen führen sollen. Diese Autoren verlangen nun, dass man in jedem einzelnen Falle beschreiben soll, wie weit der Muttermund im Moment der Untersuchung ist und ein wie grosser Lappen von Placentargewebe denselben bedeckt. Wenn man jedoch bei diesen Benennungen sich etwas Bestimmtes denkt und sich daran hält, so kann man wohl die ausführliche Beschreibung bei jedem einzelnen Falle, die doch nur weitläufig und lästig ist, sehr gut entbehren.

Ebenso ist der Name *Placenta praevia centralis* nicht passend, weil ein vollkommen centrales Aufsitzen der *Placenta*, nämlich so, dass das Centrum der *Placenta* jenem der Muttermundsöffnung entspricht, nach der Beobachtung von Scanzoni gar nicht vorkommt. Sollte dies sogar in den seltensten Fällen eintreten, so würde auch dann noch schwer fallen, eine *Placenta praevia centralis* als solche zu diagnosticiren.

Bedeutend zutreffender ist wohl der in der Statistik gebrauchte Ausdruck *Placenta praevia totalis*. Bei dieser

Benennung setzt man voraus, dass die Placenta den Muttermund dann noch bedeckt, wo dieser zur Ausführung der inneren Wendung genügend erweitert ist. Placenta praevia lateralis wird ein geringerer Grad dieser pathologischen Complication genannt, wobei an dem zur Ausführung der Wendung genügend erweiterten Muttermund neben dem Placentargewebe auch noch Eihäute zu fühlen sind. Bei der Placenta praevia marginalis endlich touchirt man nur einen äusserst schmalen Theil des Mutterkuchenrandes neben den Eihäuten, die die erweiterte Muttermundsöffnung beinahe vollständig überdecken.

Was die Therapie bei Placenta praevia anbetrifft, so sind die Stärke der Blutung, die Art des Aufsitzens der Placenta und die Erweiterung des Muttermundes die Hauptmomente in der Wahl der Behandlungsart. Tritt die Blutung mässig ein, so verfähre man expectativ, ebenso wie sonst bei leichten Blutungen, verordne ruhige horizontale Rückenlage, kalte Ueberschläge auf den Unterleib, kühle, säuerliche Getränke, und mache von Zeit zu Zeit eine subcutane Morphinumjection, um eine vollständige Körperruhe zu erzielen.

Ist aber die Blutung zu wiederholten Malen und profus aufgetreten, so dass Zeichen hoher Anaemie sich bemerklich machen und jeder Tropfen des abfliessenden Blutes die Gefahr steigert, so muss die Behandlung eine activere sein.

Bei einer Placenta praevia marginalis empfiehlt sich zur Stillung der Blutung, die Eihäute zu sprengen, wenn sonst die Wendung nicht indicirt ist. Dadurch wird die

weitere Ablösung der Placenta von der Uterinwand gehindert, indem die Zerrung an der Eispitze aufhört und das untere Uterinsegment zugleich mit der anhaftenden Placenta sich hinaufzieht.

Auch unsere Statistik spricht zu Gunsten dieser Behandlungsweise. Es sind im Ganzen 6 Fälle von Placenta praevia marginalis mitgetheilt. In 4 Fällen (Fall 3—6) steht die Blutung nach dem spontanen Blasensprung. Von den Müttern ging keine zu Grunde, von den Kindern kamen 2 todt zur Welt; im Fall 1 wegen des Nabelschnurvorfalles, im Fall 5 wegen der schwierigen Entwicklung des Kopfes.

Die Resultate also, die man bei Placenta praevia marginalis durch den Blasensprung erzielt, sind so günstig, dass man keinen Grund hat, sich nach einer anderen Behandlungsweise umzusehen. Nicht so günstig wirkt der Blasensprung bei der Placenta praevia lateralis.

Oben haben wir schon hinreichend die Gründe, welche für und gegen den Blasensprung sprechen, erwogen. Hier geben wir nur eine Uebersicht über die Fälle, bei denen der Blasensprung in Anwendung gezogen ist. Im Ganzen finden wir in unserer Statistik 22 Fälle von Placenta praevia lateralis. In 8 Fällen kam der Blasensprung theils spontan, theils künstlich zu Stande. Dass die Blutung nach dem Blasensprung nicht immer zum Stillstand gebracht wird, beweisen uns die Fälle 8, 18, 22. Von den 8 Müttern starb eine an Pyämie, eine erkrankte an Septicaemie, wurde aber wieder geheilt entlassen.



Von den 8 Kindern wurden 7 todt geboren und eins (Fall 8) wegen des engen Beckens perforirt.

Mit Recht also wird man die Methode des frühen Blasensprungs bei Placenta praevia lateralis verwerfen, wenn man die Resultate dieses Verfahrens mit den durch die Behandlungsweise des Herrn Prof. Gusserow erzielten, die bedeutend günstiger erscheinen, vergleicht. Die letztere Methode besteht in Folgendem: Den Blasensprung nimmt man erst dann vor, wenn die Frau nicht hochgradig anaemisch und wenn der Muttermund so weit ist, dass sich die innere Wendung gleich anschliessen kann. Ist der Blasensprung vollzogen und steht die Blutung, so warte man die spontane Ausstossung des Kindes ab, weil auf diese Weise die gefährlichen Cervixrisse am leichtesten vermieden werden. Steht die Blutung nicht, so führe man die innere Wendung aus und tamponire mit dem angezogenen Steisse. Blutet es auch jetzt noch weiter, so lasse man auf die Wendung eine langsame und vorsichtige Extraction folgen. Bis zu dem Zeitpunkte, wo der Muttermund zur Ausführung der Wendung genügend erweitert ist, stille man die Blutung durch die Tamponade. In den so behandelten 7 Fällen (5, 9, 15, 16, 17, 19, 21) ergab sich einmal Tod der Mutter an acuter Anaemie und zwar in Folge des Misslingens der Wendung. Sechs Mütter wurden gerettet. Von den 7 Kindern wurden nur 2 todt geboren, während 5 lebend zur Welt kamen. Im Fall 10 und 14 tamponirte man so lange, bis der Muttermund sich vollständig öffnete und überliess dann die Ausstossung des Kindes

den Naturkräften. In beiden Fällen wurde sowohl die Mutter als auch das Kind gerettet.

Nicht mit Unrecht hat man bei der eben geschilderten Behandlungsweise darauf aufmerksam gemacht, dass in der lange fortgesetzten Tamponade eine Gefahr der Infection für die Mutter gegeben ist. Ausserdem soll die Tamponade, welche eine Erweiterung des Muttermundes und mithin auch eine grössere Ablösung des Mutterkuchens zur Folge hat, nur noch eine grössere Blutung veranlassen.

Diese Vorwürfe jedoch kann man unter Benutzung unserer statistischen Tabelle leicht zurückweisen. Wiewohl nicht geleugnet werden kann, dass durch die Tamponade Gefahr der Infection bedingt ist, so ist doch diese Gefahr wieder nicht so sehr zu fürchten, wenn man dabei strenge Antiseptis und die grösste Reinlichkeit stets im Auge behält. Ausserdem ersehen wir aus unserer Statistik, dass, während bei der Tamponade kein einziger Fall von Pyaemie vorgekommen ist, grade bei dem frühen Blasensprung ohne Tamponade 2 Fälle von septischer Infection zu notiren waren.

Was die grössere Ablösung der Placenta durch die Tamponade betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass bei dem frühen Blasensprung der von oben herabgepresste Kopf ebenfalls durch seine Compression auf die Placentastelle einen grossen Theil der nicht gelösten Placenta, wie ja richtig Dr. Witzel bemerkt, ausschaltet. Die Tamponade hat eben das Angenehme, dass sie schnell und prompt Wehen und somit auch eine Erweiterung

des Muttermundes hervorrufft, so dass in einer verhältnissmässig kurzen Zeit die innere Wendung möglich wird. Die Tamponade hat nach Dr. Witzel (Berliner Klinische Wochenschrift. J. 81. Nr. 28.) noch einen anderen Vortheil, indem nach ihr dem Geburtshelfer mehr Zeit zu Gebote steht, sich über die Kindeslage zu orientiren, was grade bei der Placenta praevia höchst wichtig ist, weil die innere Untersuchung nur zweifelhafte Resultate liefern kann.

Jetzt bleibt uns noch übrig über die Behandlungsweise der Placenta praevia totalis, dem höchsten Grade dieser unheilvollen Verirrung der Natur, wo das Leben der Mutter ebensowohl wie des Kindes am meisten gefährdet ist, Einiges zu erwähnen.

Es concurriren hier 2 Methoden, nämlich die von Herrn Prof. Dr. Gusserow den Studirenden vorgetragene, und die von England ausgehende der combinirten Wendung. Die erstere besteht wesentlich in demselben, wie die bei der Placenta praevia lateralis empfohlene. Man tamponirt so lange, bis der Muttermund die innere Wendung gestattet. An diese soll sich eine vorsichtige Extraction anschliessen. Die Resultate, die wir bei dieser Behandlungsweise erzielt haben, sind durchaus nicht sehr gut.

In 9 so behandelten Fällen gingen 4 Mütter an acuter Anaemie, eine an Septicaemie zu Grunde. Von den 10 Kindern (Fall 8 Zwillinge) wurden 5 todtgeboren (Fall 2, 4, 7, 9, 10), drei (Fall 5, 6, 8) kamen as-

phyctisch zur Welt und starben bald. Ein einziges wurde am Leben erhalten.

Trotzdem diese Resultate gar nicht erfreulich erscheinen, so glaube ich doch nicht, dass andere Methoden vor der unsrigen den Vorzug haben. Unsere Statistik weist vielleicht schlechtere Erfolge für Mutter und Kind auf, als eine andere, wo eine andere Behandlungsweise, so z. B. die combinirte Wendung angewandt worden ist. Dies kommt aber wahrscheinlich daher, dass während wir bei der Bezeichnung der Placenta praevia totalis sehr rigorös gewesen sind, andere in ihren statistischen Tabellen Placenta praevia lateralis, die sich der totalis näherte, als eine totalis bezeichnet haben.

Die Ursache der schlechten Resultate beruht hauptsächlich in der heftigen Blutung vor und während der Geburt, in den Cervixrissen und der septischen Infection. Wiewohl unsere, in den meisten Fällen eingeleitete Behandlungsweise gegen alle diese Momente gerichtet war, so zeigte sie sich doch in einzelnen Fällen erfolglos. Mit Recht also kann man sich nach einer besseren Methode umsehen, mit der man günstigere Resultate erzielen könnte. Das Accouchement forcé verwarfen wir wegen der Einrisse. Allein zu discutiren ist nur die combinirte Wendung, die in neuerer Zeit von Braxton Hicks empfohlen wurde und viele Anhänger gefunden hat.

Bei noch engem Muttermunde führt der Geburtshelfer einen resp. zwei Finger in die Uterinhöhle und stösst den vorliegenden Theil, Kopf, Schulter etc. nach Oben oder zur Seite, während durch einen äusseren

Handgriff gleichzeitig der Steiss nach unten gedrängt, der eine Fuss gefasst und in die Muttermundsöffnung herabgezogen wird. Gelingt diese Manipulation, so tamponirt der Steiss vortrefflich die blutende Stelle und die Blutung steht in der Regel. In vielen Fällen jedoch ist das Resultat wegen vieler Schwierigkeiten, auf die der Ungeübte stösst nicht so günstig.

Die combinirte Wendung muss vor Allem möglichst schnell ausgeführt werden, da die Placenta bei dieser Manipulation in weitem Umfang abgelöst und die schon vorhandene Blutung noch bedeutend gesteigert wird. Dauert nun die Wendung längere Zeit, so kommt die ohnehin schon anaemische Frau in die höchste Lebensgefahr. Die Ausführung der combinirten Wendung ist ferner sehr schwer und die Manipulationen werden nicht immer von gewünschtem Erfolge gekrönt. In manchen Fällen geschieht es, dass die womöglichst schon angefangene Wendung vollständig aufgegeben werden muss. Jetzt ist die Lage der Dinge eine peinliche. Die Wendung ist nicht vollendet, das Fruchtwasser ist abgelassen, der Muttermund zur inneren Wendung noch nicht vorbereitet und die starke Blutung zeugt von dem heranahenden Tode der Frau. Es wird zwar die combinirte Wendung von mehreren Geburtshelfern, wie Martin, Schröder, Hueter geübt und von guten Resultaten gekrönt. Es beweisen dies auch mehrere Fälle unserer Statistik. Jedoch möchte ich sie, dem Beispiele des Herrn Prof. Gusserow folgend, den praktischen Aerzten, welche die Geburtshilfe nicht als ihr Specialfach ansehen,

nicht anempfehlen. Wenn Männer vom Fach günstige Resultate damit erzielen, so ist doch lange noch kein Beweis geliefert, dass auch andere, die vielleicht das erste Mal zur Ausführung der combinirten Wendung schreiten, ebenso viel Glück damit haben. Wie man manchmal durch wiederholte energische Uebung bis zu unglaublichen Leistungen und Fertigkeiten in einem Specialfach bringen kann, ebenso kann derjenige, welcher sich auf die combinirte Wendung legt, dieselbe viel übt, gute Erfolge darin haben, während der Ungeübte die sich bei der Wendung entgegengesetzten Schwierigkeiten nur langsam und mit grosser Mühe oder gar nicht überwältigt.

Daher ist die sichere eben erwähnte Methode der Tamponade event. mit nachfolgender Wendung der schwierigen und vor Allem gefährlichen combinirten Wendung wenigstens so lange vorzuziehen, bis dieselbe durch neue und umfassende Erfahrungen in Gebäranstalten sich bewährt und günstige Resultate geliefert hat.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Gusserow für die gütige Ueberlassung der Statistik, sowie dem Privatdocenten Herrn Dr. Runge für die lebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit hiermit öffentlich meinen wärmsten Dank auszusprechen.

## Nachweis der Literatur.

- Schröder. Lehrbuch der Geburtshilfe 1880.  
Chiari, Braun, Spaeth. Klinik der Geburthilfe und Gynäkologie 1855.  
Acauroni. Lehrbuch der Geburtshilfe 1849. Band I.  
Jüdel. Archiv für Gynäkologie 1876.  
Meissen. Inaugural-Dissertation 1877.  
Spiegelberg. Sammlung klinischer Vorträge No. 99.  
Hüter. Compendium der geburtshilflichen Operationen 1874.  
Zweifel. Geburtshilfliche Operationen.  
Fritsch. Klinik der geburtshilflichen Operationen 1876.  
Dr. Witzel. Berliner klinische Wochenschrift 1881 No. 28.

---

## T h e s e n.

### I.

Bei Placenta praevia lateralis ist die Wendung ev. mit vorausgehender Tamponade dem frühen Sprengen der Eihäute vorzuziehen.

### II.

Die combinirte Wendung kann practischen Aerzten, welche die Geburtshilfe als ihr Specialfach nicht ansehen, bei Placenta praevia nicht empfohlen werden.

### III.

Für das absolut divergirende Schielen ist die Verbindung der Vornähung des internus mit der Tenotomie des externus die Hauptmethode.

---

## Vita.

---

Verfasser dieser Arbeit, Valentin Paniński, katholischer Confession, wurde am 3. Februar 1858 in Buk, Provinz Posen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt 'derselbe auf dem Marien-Gymnasium zu Posen, welches er Michaeli 1878 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Am 28. October desselben Jahres wurde er als Studirender in das Königl. preuss. medicinisch-chirurgische Friedrich - Wilhelms - Institut aufgenommen. Vom 1. April bis 1. October 1879 diente er mit der Waffe bei der 11. Compagnie des Garde-Füsilier-Regiments. Am 24. Juli 1880 bestand er das Teutamen physicum, am 7. Juli 1882 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Eichler, Fräntzel, Frerichs, von Gizycki, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Helmholtz, Henoeh, Hirsch, Hofmann, Huemmerich, Jürgens, von Langenbeck, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Orth, Peters, Reichert, Runge, Salkowski, Schröder, Schweigger, Schwendener, Skrzeczka, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.