

BEITRAG ZUR STATISTIK DER PLACENTA PRAEVIA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,
WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM FREITAG, DEN 2. AUGUST 1878

VORMITTAGS 10 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

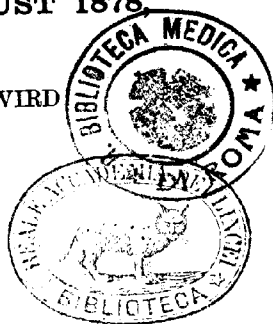
LEO BRUSKI

AUS WESTPREUSSEN.

OPPONENTEN:

M. HOLEC, CAND. MED.

J. SIUDA, CAND. MED.



GREIFSWALD,
DRUCK VON CARL SELL
1878

DEM ANDENKEN

SEINER THEUREN MUTTER

UND

DEM THEUREN VATER

AUS DANKBARER LIEBE

GEWIDMET

VOM

VERFASSEN.

Im letzten Decennium sind zahlreiche Statistiken über Placenta praevia erschienen und haben uns über manche wichtige Punkte, die bis dahin unberücksichtigt waren, einen näheren Aufschluss gegeben. Um solchen Arbeiten jedoch einen allgemeinen Werth beilegen zu dürfen, ist es nothwendig, dass sie zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten aufgenommen werden, und so glaube ich im Interesse der Wissenschaft zu handeln, wenn ich die in den zwei letzten Decennien in Greifswald vorgekommenen zwanzig Fälle eingehend beschreibe und sie der Oeffentlichkeit übergebe.

In mancher Hinsicht würde wohl die Statistik Einiges zu wünschen übrig lassen; unter Anderem eine reelle Angabe der Verhältnisszahl der pathologischen zu den normalen Geburten. So haben 5889 Schwangere, welche zur Behandlung kamen, zwanzig Placentae praeviae aufzuweisen; es käme demnach eine Placenta praevia auf ungefähr 300 Geburten, eine Zahl, welche zu klein ist im Vergleiche zu anderen

Statistiken, mit Ausnahme der von Breslau mit 1 : 209 und von München (Hecker) mit 1 : 324. Dieses wäre wohl zu entschuldigen. Sie hat aber keinen wissenschaftlichen Werth, weil zu den klinischen Geburten auch poliklinische gezählt worden sind, welche wegen ihres pathologischen Verlaufes ärztlich behandelt wurden.

Weit wichtiger als dieser Punkt, welcher auch leicht übergangen werden kann, ist die Diagnose, Prognose und der ganze Verlauf dieser pathologischen Geburten. Bei der Diagnose stösst man wohl auf keine Schwierigkeiten. Schon die frühen Blutungen ohne äussere Einflüsse flossen den Verdacht auf eine Placenta praevia ein und in nur seltenen Fällen zeigen sie sich kurz vor der Entbindung. Absolut bestimmt wird die Diagnose erst dann, wenn nach der Erweiterung des Muttermundes der Finger das charakteristische Gefühl der Placenta empfindet.

Die Prognose ist von verschiedenen, die Geburt begleitenden Umständen abhängig. Ein enges Becken, Placenta praevia centralis, Schieflagen, schwache Wehen, starker Blutverlust und eine schlecht angewandte Kunsthilfe sind für Mutter und Kind ungünstig. Häufig ist mit diesen Uebelständen das Puerperalfieber im Wochenbett complicirt, an welchem nicht selten Frauen zu Grunde gehen.

Der Verlauf in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett ist meistens pathologisch und gibt sich durch profuse Blutungen, ver-

bunden mit anderen Complicationen kund. Die Schwangerschaft zeichnet sich besonders dadurch aus, und mögen die Blutungen früh oder spät eintreten, sie sind fast immer als Folgen des Geburtsbeginnes anzusehen. Aeussere Einflüsse scheinen sie am häufigsten hervorzurufen. So entstanden sie in unseren Fällen bei manchen Frauen nach beschwerlichen Reisen, beim Waschen, überhaupt nach einer grösseren Anstrengung des Körpers. Um jedoch diese und andere Verhältnisse nicht vorzugreifen, werde ich schon der besseren Uebersicht wegen die Krankengeschichte der zwanzig Fälle von Placenta praevia in kurzen Worten vorausschicken und hieraus die aetiologischen, statistischen und therapeutischen Momente entnehmen.

Placenta praevia lateralis.

I.

Sophie Lembke, II. para, 24 Jahre alt, verlor drei Tage vor ihrer Entbindung zum ersten Male Blut; erste Schädellage, Placenta praevia lateralis; regelmässige Entbindung von einem Mädchen, welches drei Tage nachher ophthalmia neonatorum bekam. Nach vierzehn Tage wurden beide gesund entlassen.

II.

Sophie Klath, III. para, 32 Jahre alt; Placenta praevia lateralis. Eine Extremität liegt vor. Situswechsel trat ungefähr vier Wochen vor ihrer Niederkunft ein. Als der Muttermund zweithalergross war,

stellte sich die erste bedeutende Blutung ein, welche, als der Kopf ins Becken tiefer trat, aufhörte. Erste Schädellage; Mädchen.

III.

Fr. Taege, 42 Jahre alt, IX. para, verlor einen Tag vor der Entbindung das erste Blut. Placenta praevia lateralis an der linken Seite; erste Schädellage. Die Blutung stand bei vorrückender Geburt, und es wurde ein scheinotdtes Kind geboren, welches zwar ins Leben gerufen wurde, aber eine Stunde nachher starb; ein frühzeitiger Knabe.

IV.

Fr. Friedrichs, 31 Jahre alt, IV. para. Wegen einer Blutung aus Placenta praevia lateralis an der rechten hinteren Seite des Muttermundes wurde die Wendung gemacht und das Kind lebend entwickelt. Erste Schädellage. Mädchen.

V.

Fr. Schmidt, VIII. para, blutete aus einer Placenta praevia lateralis dextra. Wegen des fortwährenden Blutverlustes und der schwachen Wehen wurde das accouchement forcé gemacht und das Kind — Mädchen — durch die Wendung lebend entwickelt.

VI.

Johanna Schult, 22 Jahr alt, I. para, verlor einen Tag vor der Geburt Wasser und Blut. Placenta praevia lateralis dextra. Zweite Schädellage.

Anfangs schwache, später kräftige Wehen beendeten die Geburt normaler Weise. Darauf entstand eine starke Blutung. Die Placenta wurde durch Einführung der ganzen Hand entfernt, nachdem der Crédésche Handgriff misslungen war. Der im Anfange contrahirte, später relaxirte Uterus konnte weder durch kalte Einspritzungen noch durch wiederholte Gaben von sec. corn. zur Norm gebracht werden. Wegen allzugrosser Schwäche wurde Campher mit Aether acet. gereicht, darauf gegen die Blutungen kalte Einspritzungen von Wasser und Essig aa gemacht und sec. corn gegeben. Hierdurch gelang es nach 1½ständigen Bemühungen, die Blutung zum Stehen zu bringen. Im Wochenbett litt sie an allgemeiner Schwäche, Kopf- und Rückenschmerzen, Stuhlverstopfung und wurde zwei Monate nach der Entbindung mit Anämie und Hysterie behaftet entlassen. Das Kind, ein Knabe, wog 7 Pfd. 19 Loth und war zwanzig Zoll lang. Die Geburt dauerte zwölf Stunden.

VII.

Wilhelmine Nagel, 28 Jahre alt, II. para, war in ihrer Jugend stets gesund gewesen. Im 17. Jahre wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Menses waren immer normal. Die erste Entbindung war leicht. Eine Untersuchung, welche einen Tag vor der Geburt stattfand, ergab die erste Schiefelage und einen anderthalb Centimeter grossen Muttermund. Der Uterus contrahirte sich schwach von Zeit zu

Zeit und entleerte ziemlich viel Blut. Am Tage der Geburt hatte die Kreisende einen krampfartigen Anfall. Der Daumen war eingekniffen, Flexoren der oberen Extremität hatten das Uebergewicht, während die untere keine Abnormität zeigte. Gesichtsmuskeln waren ebenfalls in Bewegung. Dabei hatte die Kreisende vollständiges Bewusstsein und beantwortete alle Fragen. Nach dem eine bis zwei Minuten lang andauernden Anfälle fühlte sie grosse Brechneigung. Die Temperatur stieg auf 41,2; der Puls war sehr voll und frequent; hierzu traten grosse Kopfschmerzen und eine starke Empfindlichkeit des Abdomens. Bei der Untersuchung, welche mit grossen Schmerzen verbunden war, fühlte man über der Symphyse den Rand der Placenta lateralis, rechts oben den Kopf und links unten den Steiss. Es wurde sofort die Wendung gemacht und das Kind extrahirt. Das neugeborene Kind respirirte noch einige Male und die Herztöne waren noch etwa eine viertel Stunde lang zu hören. Trotz der eifrigsten Bemühungen konnte es nicht zum Leben erweckt werden. Das Kind wog 6 Pfd. $22\frac{1}{2}$ Loth und war $19\frac{1}{2}$ Zoll lang. Nachblutung fand nicht statt. Dagegen quälten die Wöchnerin starke und äusserst schmerzhaftes Nachwehen. Die Temperatur blieb constant auf 40° bis 41°. Am fünften Tage nach der Entbindung entstand schmerzhaftes Oedem am rechten Unterarm — die Hand war frei — und reichte nach oben bis zweifingerbreit über das Ellenbogengelenk. In ge-

ringerem Grade war der linke Unterarm in derselben Richtung afficirt. An der Wade des rechten Beines war ebenfalls eine leichte Schwellung bemerkbar. Der Exitus erfolgte an demselben Tage wegen peritonitis und lymphangitis. Das Becken war normal. Die Geburt dauerte 24 Stunden.

VIII.

Charlotte Ludwig aus Jager, 35 Jahre alt, II. para, von kräftiger Constitution, war in ihrer Jugend stets gesund gewesen. Die Menses waren regelmässig. Am 5. September 1865 ist sie normal niedergekommen. Das Kind war todt. Die Fragen nach den Einzelheiten ergaben keinen Anhaltspunkt für die Erkennung der Ursache des Absterbens. Menses stellten sich wieder nach normalém Wochenbett am 14. October und cessirten von nun an. Am 25. Februer verlor die Person eine ziemlich grosse Quantität Blut ohne Wehenschmerzen. Bei der Untersuchung befand sich der fundus uteri zwischen Nabel und Herzgrube, der Rücken des Kindes war links; der Fötalpuls konnte nicht gehört werden; der Muttermund war durchgängig; der Cervicalcanal anderthalb Centimeter lang; rechts wird der hoch über der apertur stehende Kopf gefühlt, links der Rand der Placenta lateralis. Im Verlaufe des ganzen Tages war endlich der Muttermund nach schwachen Wehen verstrichen. Die Blutung war zwar unbedeutend, aber permanent. Die sprungfertige Blase füllte den Muttermund aus; nur links ragte ein un-

gefähr zwei Centimeter breiter Placentarrand in ihn hinein. Die Blase wurde gesprengt, worauf die placenta durch den Muttermund sich drängte und an der Nabelschnur hängend bald darauf vor deren Geschlechtstheilen erschien. Wegen der heftig sträubenden Bewegungen der Kreisenden wurde die Wendung in der Narcose gemacht und sogleich die Extraction vollzogen. Der Uterus contrahierte sich Anfangs, erschlaffte jedoch in kurzer Zeit. Die Blutung wurde durch zwei kalte Einspritzungen und sec. corn. zum Stehen gebracht. Das Kind, ein Mädchen, welches in seiner Entwicklung dem achten Monat entsprach, war allem Anscheine nach bereits vor zwei Tagen gestorben und zeigte Spuren beginnender Fäulniss. Drei Tage nach der Entbindung befand sich die Wöchnerin laut Bericht ihres Mannes gut, leichte Fieberanfälle ausgenommen, die, wie aus dem Berichte zu entnehmen war, wohl von einer Anschwellung der Brüste herrührten. Dauer der Geburt 24 Stunden.

IX.

Albertine Fischer, 36 Jahr alt, X para, aus Kieshof bei Greifswald wollte poliklinisch entbunden werden und suchte die erste Hilfe nach, als nach Abgang des Fruchtwassers in der Nacht von Freitag auf Sonnabend, im Laufe des Sonnabends eine wiederholte starke Blutung auftrat. Bei der am Sonntag früh vorgenommenen Untersuchung fand man die erste Querlage, einen noch 3 bis 4 Linien (0,5



bis 1,0 cm.) langen Cervicalcanal und die Placenta an der hinteren Seite sitzend. Aus diesen und anderen Gründen wurde sie am Sonntag Abends in die Klinik gebracht. Am Montag Morgen war der Cervicalcanal verschwunden; eine zwei Zoll lange, pulsirende Nabelschnur war vorgefallen. Die Wehen wurden kräftiger und die weitere Eröffnung des Muttermundes ging vor sich, ohne dass eine Blutung eintrat. Nachmittags aber wurde, da man eine zu feste Umschnürung des Uterus und eine dadurch bedingte erschwerte Wendung fürchtete, obwohl der Muttermund erst thalergross war, zur Wendung und Extraction geschritten. Der Muttermund war sehr nachgiebig und deshalb gelang die Operation mit Leichtigkeit. Das Kind, ein Knabe, welcher 4 Pfd. 5 Loth wog und 17 Zoll 31 Linien lang war, starb zwei Tage nachher an Atelectase. Die Mutter hatte sogleich nach der Geburt eine Temperatur von 40°, bekam Schüttelfrost und starb in wenigen Tagen. Dauer der Geburt 2 $\frac{1}{2}$ Tag.

X.

Marie Ladwig, 35 Jahre alt, IV. para, hatte leichte und normale Geburten bestanden. Einen Tag vor der Entbindung hatte, wahrscheinlich in Folge einer Anstrengung beim Waschen, eine geringe Quantität Blut verloren, das nach einer ruhigen Lage cessirte. Die öfters vorgenommene Untersuchung ergab eine Querlage; der Kopf war links zu palpieren. Später verwandelte sich die Querlage in eine zweite

Schädellage. Der Muttermund war völlig verstrichen. Der Kopf ballotirte hoch über dem Beckeneingang. Rechts am Muttermunde fühlte man die Placenta lateralis. Kurz vor der Entbindung traten die Wehen in kleinen Intervallen und mit grosser Intensität auf. Ein Praktikant sprengte unvorsichtiger Weise die Blase. Der Kopf, der oben äusserst beweglich war, wich nach rechts ab und wurde von den heftigen Wehen auf die linea arcuata interna gedrängt. Man stellte ihn nach dem Wigand'schen Verfahren auf die obere Apertur, anfangs erfolglos, weil er bei Stillstand der Wehen sogleich nach der fossa iliaca sich hinwandte. Unter Beobachtung seiner Bewegung und Fixirung auf die obere Apertur traten so bedeutende Wehen ein, dass der Kopf zum Ein- und Durchschneiden in vollkommen quерem Durchmesser kam mit völlig nach links gewendetem Gesicht. Das Kind, ein Knabe, wog 5 Pfd. 22 Loth und war $18\frac{1}{3}$ Zoll lang. Der Blutverlust war vor und nach der Geburt höchst unbedeutend. Mutter und Kind wurden gesund entlassen. Dauer der Geburt fünfzehn Stunden.

XI.

Caroline Jahnke, 33 Jahre alt, II. para, ist stets gesund gewesen. Sie war ein uneheliches Kind. Menses traten im sechzehnten Jahre ein und waren von da ab regelmässig. Im 30. Jahre bestand sie einen Abortus in der 20. Woche in Folge einer zu grossen Anstrengung. Die Schwangerschaft ver-

lief normal. Sie war 4' 3" hoch, ohne Difformität. Die Beine waren etwas kurz und die Unterschenkelknochen leicht rhachitisch gebogen. Das Becken mässig verengt; per vaginam konnte mit der Fingerspitze das Promontorium nicht erreicht werden. Erste Schädellage. Den 16. Juli, Morgens 2 Uhr, traten die ersten Wehen auf; gleich nachher sprang die Blase. Placenta praevia dextra. Sie verlor in ziemlich bedeutendem Masse Blut. Nach einer Catheterisirung wegen Retention des Urins wurden die Wehen heftiger und schmerzhafter. Portio vaginalis war in Folge dessen vollkommen verstrichen; der Muttermund erweiterte sich, fühlte sich schlaff an, während der Kopf hoch stand und kaum zu erreichen war. Dieser Zustand dauerte einige Stunden ohne die mindeste Veränderung und es wurde deshalb eine krampfhaftige Contraction des Uterus diagnosticirt. Man machte eine subcutane Morphinminjection von 0,015, wonach die Kreisende in einen 2 Stunden dauernden Schlaf verfiel. Die Wehen wurden danach kräftiger und schmerzlos. Die Geburt verlief unter normalem Mechanismus. Nachblutung fand nicht statt. Es wurde ein scheinotdtes Mädchen geboren mit einem stark entwickelten Caput succedaneum. Dasselbe wog 5 Pfd. 15 Loth und war $18\frac{1}{3}$ Zoll lang. Die Mutter litt an Perimetritis. Drei Wochen später wurde sie gesund entlassen. Dauer der Geburt 24 Stunden.

XII.

Fr. Dorothea Peters, 34 Jahre alt, III. para, aus Eldena, wurde in der Nacht vom 1. auf den 2. Juni in die Klinik gebracht, da sie in den letzten 6 Wochen profuse Blutungen gehabt hatte und eine besonders bedeutende einen Tag vor der Aufnahme. Bei der inneren Untersuchung fand man links die Placenta lateralis. Am Morgen des zweiten Tages traten sehr schwache Wehen ein, die Tag und Nacht dauerten. Am 3. Juni Morgens injicirte man 0,02 Morphinum. Nach einer dreistündigen Ruhe wurde die Blase gesprengt. Die hierauf entstandenen kräftigen Wehen entwickelten das Kind in einer halben Stunde. Das Kind, ein Knabe von 6 Pfd. 2 Loth Schwere und 18 Zoll Länge, wurde aus seinem tiefen Scheintode erst nach $\frac{3}{4}$ Stunden ins Leben gerufen. Das Kind blieb gesund; die Mutter litt an leichter Endometritis. Dauer der Geburt drei Tage.

XIII.

Fr. Sophie Wulf, 38 Jahre alt, IV para, erlitt am 8. Juni Abends den ersten Blutverlust; dieser steigerte sich am 11. mit dem Beginn der Wehen. Am 12. constatirte man, dass die Frau anämisch war, kleinen Puls hatte und am Ende des achten Monats der Schwangerschaft sich befand. Innerlich: ein Stück Placenta lag im Muttermunde, daneben eine gut pulsirende Nabelschnurschlinge; Querlage — erste Schulterlage — mit rechtem Armvorfall

und dazu mässige fortwährende Blutung. Die Wendung und Extraction gelang. Das Kind, ein Mädchen, starb drei Tage nach der Entbindung. Dauer der Geburt 30 Stunden.

XIV.

Fr. Krüger, 25 Jahre alt, V. para, aus Neuenkirchen, verlor aus einer Placenta praevia lateralis Blut. Wegen der starken Wehen verlief mit Ausnahme eines bedeutenden Blutverlustes die Geburt ganz normal. Das Kind, ein achtmonatlicher Knabe, war bereits abgestorben, ehe ärztliche Hilfe kam.

Placenta praevia centralis.

I.

Rike Wodrich, 23 Jahre alt, I. para, von mittlerer Grösse, ziemlich kräftigem Körperbau, überstand im 15. Jahre eine Lungenentzündung, sonst war sie immer gesund gewesen. Vier Wochen vor der Entbindung verlor sie zum ersten Male Blut in geringer Menge, ohne dass sie einen Grund dafür angeben konnte. Sieben Tage vor der Geburt ergab die äussere Untersuchung die erste Schädellage, die innere einen geöffneten äusseren und geschlossenen inneren Muttermund; ein vorliegender Kindestheil war nicht zu fühlen. Zwei Tage vor der Entbindung ein geringer Blutverlust ohne Wehen, der nur auf eine Stunde beseitigt wurde. Hierauf folgten Contractionen des Uterus mit geringen Schmerzen ohne eine stärkere Blutung. Nach einem Lavement wurden die Wehen nur für eine kurze Zeit kräftiger.

Ein, alle halbe Stunde mit kaltem Wasser gefüllter Colpeurynter erfüllte anfangs seinen Zweck, später wurde er nicht vertragen. Nach einer grossen Erschöpfung der Kreisenden schritt man zum accouchement forcé. Der Muttermund war jedoch rigide und nicht dilatirbar. Placenta praevia centralis retrosinistra. Die Blase wurde gesprengt. Der Kopf rückte nach unten und hemmte die Blutung. Nach einigen Stunden (Morgens) stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein; die Temperatur in der Achselhöhle betrug 39,3. Ein Grund hierfür war nicht aufzufinden. Das Kind lebte noch. Nachmittags extrahirte man mit der Zange einen abgestorbenen Knaben, der 5 Pfd. 7 Loth schwer und 20 Zoll lang war. Nach dem Herausschaffen der Placenta bemerkte man, dass ein ziemlich grosses Stück von derselben im Muttermunde zurückgeblieben war. Man wollte die Reste entfernen, nachdem die Wöchnerin sich erholt hätte; die Blutung stand. Nach ungefähr 10 Minuten trat ein plötzlicher Collapsus ein. Ein Glas Rothwein blieb ohne Wirkung. Der Exitus erfolgte so gleich. Die Geburt dauerte 2 Tage.

Erste Schädellage, Placenta succenturiata, velamentöse Insertion der Nabelschnur. Die Beckenmessung ergab eine „mehr als normale Beschaffenheit.“

II.

Fr. Kehr wieder, 38 Jahre alt, X. para, aus Neuenkirchen, hatte drei Wochen vor ihrer Entbindung — am 18. Februar — eine beschwerliche Be-

rufsweise — sie war Hebamme — zu Fuss über Land gemacht. Kurze Zeit nachdem sie zu Hause angekommen war, stellte sich eine Blutung ein, welche bei ruhiger Rückenlage bald nachliess und von geringer Heftigkeit war. Am 23. Februar trat eine neue Blutung ein ohne äussere Ursache. Die Frau befand sich gegen Ende des neunten bis Anfang des zehnten Monats der Schwangerschaft. Das Kind lebte nach der äusseren Untersuchung in der ersten Schädellage. Der äussere und innere Muttermund waren durchgängig. Durch letzteren konnte man nicht weiter vordringen, weil eine schlammige Masse — Placenta praevia centralis — vorgelagert war. Ruhige Rückenlage, kühles Verhalten, kalte Injectionen hemmten die Blutung. Am 1. März wiederholte sich dieselbe. Der Cervicalcanal war um einen Centimeter kürzer geworden, sonst war der Befund wie oben. Diese Blutung war schwach und wurde leicht beseitigt. Am 7. März trat unter wehenartigen Schmerzen Abends 8 Uhr eine starke Blutung ein. Gegen 9 Uhr war die ärztliche Hilfe bei der Kreisenden. Der Muttermund war thalergross. Die Zeichen des Lebens des Kindes fehlten. Auch wollte die Hebamme seit Morgen die Bewegungen nicht gefühlt haben. Es wurde sofort nach Ausführung des accouchement forcé die Wendung mit nachfolgender Extraction gemacht. Der Placentarrand wurde links gelöst. Das Kind, ein Knabe, war todt. Nachwehen stellten sich unter Reiben des Uterus sehr schnell ein. Die Blutung,

welche dennoch bestand, wurde durch Eis schnell gestillt. Am 4. Tage des Wochenbettes stellten sich Schüttelfröste mit hohem Fieber ein. Locale Heerde konnten nicht nachgewiesen werden. Chinin etc. blieb ohne Wirkung. Am 11. Tage des Wochenbettes trat der Tod ein. Die Geburt dauerte eine Stunde.

III.

Fr. Stock, 24 Jahre alt, III. para, hatte am Morgen um 5 Uhr, ohne dass sie einen Grund anzugeben wusste, eine ziemlich starke Blutung. Die Untersuchung ergab eine Placenta praevia centralis, jedoch so, dass der bei weitem grössere Theil der Placenta an der rechten Seite erschien. Der Muttermund war fünfsilbergroschengross. Die Frau war im achten Monat der Schwangerschaft. Kalte Einspritzung und ruhige Lage hemmten das Blut. Da die Frau um 8 Uhr zum zweiten Male einen bedeutenden Blutverlust hatte, wurde der Colpeurynter eingeführt und Eisblase auf den Bauch gelegt. In zwei Stunden vergrösserten die ziemlich starken Wehen den Muttermund bis auf Zweithalergrösse, und da die Blutung nach Entfernung des Colpeurynters bedeutend war, machte man bei zweiter Schulterlage die Wendung und die sofortige Extraction. Das Kind, ein Mädchen, athmete sehr oberflächlich und starb bald nach der Geburt. Dauer der Geburt sieben Stunden.

IV.

Fr. Karoline Loepel, III. para, eine gesunde und

ziemlich kräftige Frau, hat bereits zwei normale Geburten überstanden. Mitte November trat die erste Blutung ein, welche sich bis zum 9. Januar des anderen Jahres wiederholte. An diesem Tage fühlte man einen zehnsilbergroschen grossen Muttermund und in diesem die Placenta praevia centralis. Das Kind lebte in erster Schädellage. Man tamponirte die Scheide mit dem Colpeurynter. Nach einer Stunde fand man einen thalergrossen Muttermund, die Placenta an der hinteren Seite abgelöst und keine Zeichen von dem Leben des Kindes. Während der ganzen Zeit waren nur schwache Wehen. Nach dem accouchement forcé wurde die Wendung mit nachfolgender Extraction gemacht. Das scheinotdte Kind, ein Knabe, erholte sich. Der Uterus contrahirte sich gut. Das Allgemeinbefinden befriedigend. Dauer der Geburt vierzehn Stunden.

V.

Fr. Karoline Kâding aus Wiek, 28 Jahre alt, I. para, verlor die letzten vierzehn Tage vor der Geburt in kurzen Intervallen Blut. Der Arzt diagnosticirte eine Placenta praevia centralis und constatirte zugleich, dass absolut keine Wehen vorhanden waren. Man brachte deshalb die Frau in die Klinik. Bei der inneren Untersuchung war links der Placentarrand abgelöst, zweite Schädellage. Unter der Einwirkung kräftiger Wehen war der Muttermund nahezu verstrichen, als plötzlich die Blase sprang und der Kopf so tief ins Becken getreten war, dass an eine Re-

position oder Wendung gar nicht zu denken war. Die Geburt beendete man mit der Zange. Das Kind, ein Knabe, von 3 Pfd. 25 Loth Gewicht und 17 Zoll Länge, war todtgeboren. Der erst schlaffe Uterus contrahirte sich durch gelindes Reiben. Dauer der Geburt sechs Stunden.

VI.

Fr. Wilh. Boldt, 41 Jahre alt, XII. para, hatte mehrfache Blutungen seit 3 Wochen vor ihrer Entbindung zu bestehen. Als der Arzt dieselbe besuchte, fand er sie bereits anämisch wegen des immerwährenden Blutverlustes aus einer Placenta praevia centralis, welche hinten abgelöst war. Die Zeichen von dem Leben des Kindes fehlten. Es wurde deshalb sofort gewendet und extrahirt. Der Knabe bereits abgestorben. Erste Schädellage. Die Mutter litt an Endometritis; später genas sie.

Die Aetiologie unserer zwanzig Fälle dürfte im Ganzen den Angaben anderer Autoren nicht widersprechen. Alle stimmen ja überein, dass Mehrgebärende zu dem pathologischen Sitze der Placenta mehr disponirt sind, als Erstgebärende, und suchen den Grund hierzu in der grösseren Weite der Uterushöhle wegen vorausgegangener Schwangerschaften und in der abnormen Glätte derselben. Zu den inneren Ursachen treten noch äussere hinzu, z. B. grosse Anstrengung des Körpers im Schwangerschaftsbeginn. Ob dieser Punkt zum tiefen Sitz der Placenta beiträgt, können wir erst dann wohl mit

Sicherheit constatiren, wenn uns eine Statistik aus der Privatpraxis der höheren Classe zu Hilfe kommt. Andere Gründe, welche von verschiedenen Schriftstellern hervorgehoben werden, sind bei unseren Fällen selten oder gar nicht vorgekommen. So ergaben die Beckenmessungen nichts Abnormes. Von den vielfach angeschuldigten Fehlgeburten kam nur eine vor, erst drei Jahre darauf erfolgte die Geburt des zweiten Kindes mit Placenta praevia. Im andern Falle soll eine Frau normal niedergekommen sein; das Kind war todt. Ein Jahr darauf war sie mit einer Placenta praevia behaftet und gebar ein todtfaules Kind.

Was das Alter anbetrifft, so ist die jüngste 22, die älteste 42 Jahre alt; zwei Zehntgebürende waren 36 und 38 Jahre alt. Der frühere Zustand der Mütter ist dunkel geblieben, und die Angaben, welche existiren, sind nicht zu verwerthen. Von einer wissen wir nur, dass sie im 15. Jahre eine Lungenentzündung bestand; eine andere, sonst gesunde und kräftige Person zeigte Spuren überstandener Rhachitis. Nach unseren Angaben würden demnach Mehrgebürende, wenigstens über 20 Jahre alte, der Arbeiterklasse angehörige Frauen für die Placenta praevia ganz besonders disponirt sein.

Die Schwangerschaft zeichnet sich, wie ich bereits oben erwähnt habe, durch Blutungen aus, die entweder durch Zerreißung eines Uterinalgefäßes oder durch Abtrennung der Placenta von der Uterus-

wand entsteht und demnach einen verschiedenen Grad annehmen kann. In oberen Fällen traten diese Blutungen zu verschiedenen Zeiten auf und wiederholten sich oft, meistentheils 3—1 Tag vor der Entbindung, zweimal sechs Wochen, je einmal drei und zwei Wochen. Es waren dabei beide Arten des Vorliegens des Mutterkuchens gleichmässig vertreten. In den zwei Fällen, in denen die Blutung sechs Wochen vor der Entbindung zu wiederholten Malen stattfand, blieben Mutter und Kind am Leben. Die eine Placenta war eine centrale die andere eine laterale.

Wie nun die Abtrennung zu Stande kommt, darüber streiten noch die Gelehrten. Nach einer Theorie, deren Vertreter Duncan ist, soll der Mutterkuchen durch Dehnung des unteren Uterinabschnitts von seiner Haftfläche abgetrennt werden. Er stellt sich den unteren Abschnitt als ein Kugelsegment vor, das, um dem Geburtsmechanismus kein Hinderniss entgegenzusetzen, cylindrisch erweitert werden muss. Und dieses geschieht dadurch, dass die dem Muttermunde zunächst liegenden Theile transversal ausgedehnt werden. Nach der anderen Theorie wird der Mutterkuchen durch Verkleinerung der Haftfläche getrennt, also auf einem physiologischen Wege. So sehr die erste Ansicht für die Annahme spricht, glaube ich doch an der zweiten festhalten zu müssen, weil die Placenta eine so grosse Fähigkeit besitzt, sich ihrer Haftfläche zu accomodiren, dass sie nach dem Blasensprung sich auf ihre

Ursprungstelle zurückzieht und die Blutung sistirt. Es geschieht dasselbe, wenn das Chorion sich vom Amnios trennt. Sollte die Trennung durch Dehnung stattfinden, so müsste sich jedes Blasensprengen als unnöthig erweisen, was mit statistisch erwiesenen Beobachtungen nicht übereinstimmt. Dadurch findet die zweite Theorie bei der Therapie eine angemessene Anwendung.

Eine weitere Complication bei Placenta praevia ist eine schwache Wehenthätigkeit. In den obigen Fällen wurden nur dreimal kräftige Wehen beobachtet.

Die meisten Kinder lagen in der ersten Schädellage, zweimal in der zweiten, siebenmal in der Querlage; diese hatten keinen weiteren Einfluss auf die Geburt, da die Querlagen leicht in Gradlagen umgewandelt wurden oder selbst eintraten ohne Operation.

Der Erfolg für die Mütter war ein ziemlich befriedigender; im Ganzen starben vier Frauen, mithin beträgt die Mortalität 20 %. Dieses günstige Resultat ist ausser angemessenen therapeutischen Massregeln wahrscheinlich dem Umstande zuzurechnen, dass unter diesen Fällen manche Geburten leicht und normal verlaufen sind.

Der Tod der vier Mütter erfolgte durch Puerperalfieber. Die Wochenbettanomalien anderer sind nicht aufgezeichnet, mit Ausnahme von zweien, von denen die eine an Endometritis, die andere an Perimetritis litt.

Für die Kinder ist das Resultat weniger erfreu-

lich gewesen als für die Mütter, und man kann dieses nur den zahlreichen Frühgeburten zur Last legen, Es sind nämlich von den zwanzig Fällen neun mit Frühgeburt zu bezeichnen, also 25 %. Von diesen waren sechs todt geboren, mithin 30 %.

Die Mortalität aller Kinder beträgt 55 %. Geboren sine elf Knaben und neun Mädchen, gestorben sechs Knaben und vier Mädchen. Ein Mädchen hatte caput succedaneum, ein frühgeborener Knabe ein abnorm gross entwickeltes Hinterhaupt.

Die Geburt dauerte am längsten drei Tage, am kürzesten eine Stunde; im ersten Falle wurden Mutter und Kind bei einer Placenta lateralis am Leben erhalten, im zweiten bei Placenta centralis starben beide. Das mittlere Verhältniss ist gegen 24 Stunden anzuschlagen.

Es wurde zehnmal die Wendung auf den Fuss gemacht, zweimal die Zange angelegt, die übrigen Male der Natur überlassen. In sechs Fällen, wo die Wendung gemacht wurde, starben die Kinder, und in zwei Fällen, wo die Zange angelegt wurde; die letzteren waren frühgeboren.

Die Frühgeburten fielen meistens in den achten Monat, seltener in den Anfang des neunten.

Die Behandlung bei Placenta centralis lässt sich aus obigen Beispielen wenig feststellen. Von den sechs Fällen können für die Kinder nur zwei Berücksichtigung finden, weil nur zwei lebensfähig waren. Das eine war bereits ante partum gestorben,

wahrscheinlich an Asphyxie, weil die Mutter öfters profuse Blutungen zu bestehen hatte; eine frühe Operation erlaubte nicht der kleine Muttermund. Das andere wurde lebend durch das *accouchement forcé* entwickelt.

Von den sechs Müttern mit *Placenta centralis* sind zwei an Puerperalfieber gestorben.

Ein besseres Resultat erhielten wir bei *Placenta praevia lateralis* durch eine expectative Behandlung, denn während von sieben nicht Operirten alle am Leben blieben, starben von sieben Operirten zwei an Puerperalfieber, welches vielleicht durch die Operation selbst veranlasst wurde. In Betreff der Kinder lässt sich keine Schussfolgerung machen. Der Sitz der *Placenta lateralis* war dreimal links, zweimal rechts, dreimal rechts hinten und einmal vorne; die *Placenta centralis* war am schwächsten zweimal links inserirt, einmal vorn rechts, einmal rechts und hinten, einmal hinten und einmal vorn. Eine *Placenta centralis* war zugleich *succenturiata* mit *insertio velamentosa*.

Der Geburtsact selbst war selten complicirt. Ein dreifacher Nabelschnurvorfall blieb ohne Bedeutung. Einmal war die *Placenta lateralis* vor dem Kinde geboren, und einmal hatte die Kreisende bei einer *Placenta lateralis* einen krampfhaften Anfall mit völligem Bewusstsein zu bestehen.

Die Therapie richtet sich insbesondere gegen die vorzeitigen Blutungen, gegen welche dieselben

Massregeln zu ergreifen sind, wie überhaupt gegen alle Blutungen; vor Allem ist Ruhe, Rückenlage anzuordnen, Essig- und Kaltwasserumschläge auf den Unterleib, auch gelinde Injectionen von kaltem Wasser gegen den Cervix zu machen und starke Dosen von Opiumtinctur zu geben. In den meisten Fällen reichen diese Mittel aus, um eine Frühgeburt zu verhindern. Sollte die Blutung nicht stehen, so schreitet man zur Tamponade der Scheide entweder mit einem Colpeurynter oder Kautschuktampon oder am bequemsten mit einem Wattetampon; dabei muss sorgfältig die Erweiterung des Muttermundes beobachtet werden. Will auch nach diesen Angriffen die Blutung nicht stehen, so kann man zwei Wege einschlagen, je nachdem die Placenta eine lateralis oder centralis ist. Bei der ersteren ist am zweckmässigsten das Blasensprengen, weil darnach gewöhnlich die Blutung steht, erstens dadurch, dass die Placenta auf ihre Haftfläche sich zurückzieht, zweitens, weil der heranrückende Kindestheil als Tampon wirkt. Hat man auf diese Weise die Blutung gehemmt, so kann man den Rest der Natur überlassen oder in Fällen, wo man schwache Wehen fürchtet, die Wendung des Kindes nach Braxton Hicks machen. Der heruntergezogene Fuss tamponirt die Blutung; im schlimmsten Falle beschleunigt man die Geburt durch Zug an dem Fuss.

Bei Placenta centralis muss dagegen das accouchement forcé ausgeführt, die Placenta an der Stelle

getrennt werden, wo sie am wenigsten mit dem Uterus zusammenhängt, oder wegen der häufigeren ersten Schädellagen rechts, um so eher zu den Füßen kommen zu können. Ueberhaupt gilt hier die Regel, dass man so rasch als möglich die Extraction wegen der dem Kinde drohenden Gefahr bewerkstelligt. Ist aber der Muttermund wegen seiner Rigidität nicht dilatirbar, wie in einem der obigen Fälle dann muss man so lange tamponiren, bis der Muttermund sich erweitert hat. Nach dem Abfluss des Fruchtwassers ist der Uterus von aussen zu comprimiren, um eine innere Blutung zu verhüten.

Anstatt dessen hat man Incisionen in den Muttermund angerathen, aber die Erfolge sind wegen der Gefahr einer Infection so ungünstig, dass man davon in jedem Falle abrathen muss. Man würde die wegen der Placenta praevia bestehende Neigung zur Ansteckung nur noch vergrössern. Ist das Kind im Mutterleibe bereits abgestorben, so würde man gut thun, die Placenta vor dem Kinde zu extrahiren, Dadurch soll die Blutung zum Stillstand gebracht werden.

Die Nachbehandlung besteht zuerst in dem Heraus-schaffen der Placenta nach der leicht und bequem auszuführenden Methode von Credé. Nachher ist eine Bespülung der Uterushöhle mit einer 1—2 % Carbol-lösung sehr zweckmässig, um einer Infection vorzubeugen oder die schon bestehende zu mildern.

Wegen der Atonie des Uterus, welche nach der

Geburt bei einer Placenta praevia gewöhnlich auftritt, sucht man denselben durch kräftiges Reiben von Aussen, durch Injectionen vom warmen und kalten Wasser, durch Darreichung von sec. corn. zur dauernden Contraction zu bringen oder man comprimirt ihn zugleich von Aussen und Innen. Gegen profuse Blutungen ist eine gehörig verdünnte Lösung von liq. fer. sesq. das zweckmässigste Mittel. Um eine Relaxation zu verhüten, muss man den Uterus von Aussen so lange comprimiren und reiben, bis er dauernd contrahirt bleibt. Für die Wöchnerin sorgt man am besten durch Darreichung von Wein und kräftigen Nahrungsmitteln, die ihr in geringer, aber häufiger Zufuhr gegeben werden. Ist Collapsus eingetreten, so wirkt eine Injection von aether sulf. am sichersten.

An dieser Stelle möge es mir gestattet sein, Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Pernice für die gegebenen Fingerzeige meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen, sowie Herrn Dr. Beumer für die bereitwillige und freundliche Ueberreichung des zu dieser Arbeit nöthigen Materials.

Lebenslauf.

Leo Bruski, geboren zu Glöwczewice, Provinz Preussen, katholischer Confession, Sohn des Anton Bruski und der am 15. April 1877 verstorbenen Rosalie, geb. von Spott Gliszczynska, genoss den ersten Unterricht in Lesno von dem jetzt emeritirten Lehrer Herrn Al. v. Wysocki, welchem er für die ausserordentliche Bemühung und Sorge um seine Erziehung den innigsten Dank schuldet. Von Michaelis 1863 bis 1871 besuchte er das Gymnasium zu Konitz und von da ab das Gymnasium zu Schrimm, von wo er zu Michaelis 1874 mit dem Zeugnisse der Reife entlasse wurde. Hierauf begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studiren. Am 2. November 1874 wurde er unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. Grohé immatriculirt und von dem zeitigen Decan Herrn Prof. Dr. Hüter in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Am Ende seines vierten Semesters bestand er das Tentamen physicum, in seinem 8., am 19. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit hat er bei folgenden Herren Professoren und Docenten Vorlesungen gehört, resp. in deren Kliniken practicirt:

- Prof. Dr. Arndt: Encyklopädie und Methodologie der medicinischen Wissenschaften; Allgemeine und specielle Psychiatrie; Electrotherapie.
- Geh.-Rath Prof. Dr. Budge: Systematische Anatomie; Mikroskopische Anatomie; Präparirübungen; Allgemeine Anatomie; Ausgewählte Capitel der vergleichenden Anatomie; Angiologie und Neurologie; Mikroskopischer Cursus.
- Prof. Dr. Eichstedt: Geburtshilfliche Uebungen am Phantom.
- Prof. Dr. Eulenburg: Specielle Arzneiverordnungslehre und Receptirkunst; Electrotherapie.
- Prof. Dr. v. Feilitzsch: Experimental-Physik; Wärmelehre; Physikalische Geographie.
- Prof. Dr. Grohé: Allgemeine Pathologie und Therapie; Specielle pathologische Anatomie; Practischer Cursus der pathologischen Anatomie.
- Prof. Dr. Haeckermann: Gerichtliche Medicin; Oeffentliche Gesundheitspflege und Medicinalpolizei.
- Dr. Haenisch: Laryngoscopischer Cursus; Propädeutische Klinik.
- Prof. Dr. Hueter: Allgemeine Chirurgie; Akiurgie; Operationen am Kopfe; Gelenkkrankheiten; Krankheiten der Wirbelsäule; chirurgische Klinik u. Poliklinik, Operationscursus.
- Prof. Dr. Krabler: Kinderpoliklinik.
- Prof. Dr. Landois: Experimentalphysiologie; Entwicklungsgeschichte und Zeugungslehre; practischer und demonstrativer Cursus der Physiologie.
- Prof. Dr. Limpricht: Chemie; chemisches Practicum.
- Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie; Nieren- und Milzkrankheiten; medicinische Klinik und Poliklinik.
- Prof. Dr. Münter: Med. Botonik, Zoologie; Botanische Excursionen.
- Geh.-Rath Prof. Dr. Pernice: Geburtshilfliche Klinik und Poliklinik; Frauenkrankheiten; Krankheiten der Nengeborenen.
- Dr. v. Preuschen: Theorie der Geburtshilfe; Pathologie und Therapie des Wochenbettes.
- Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde; Ueber Refractions- und Accommodations-Anomalien des Auges; Augen-Opera-

tions-Cursus; Ophthalmoscopischer Cursus; Augenklinik und Ambulatorium.

Dr. Schüller: Chirurgisch-anatomische Demonstrationen.

Prof. Dr. Sommer: Lage der Eingeweide im menschlichen Körper; Ausgewählte Capitel aus der vergleichenden Anatomie.

Prof. Dr. Vogt: Operationscursus; Zahn- u. Ohrenheilkunde; chirurgische Kinderpoliklinik; Ueber Fractionen und Luxationen.

Allen diesen hochverehrten Herren, welche zu seiner Ausbildung beigetragen haben, spricht bei dieser Gelegenheit der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

THESEN.

I.

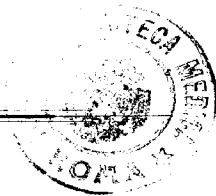
Placenta praevia wird nicht durch Dehnung, sondern durch Verkleinerung ihrer Haftfläche getrennt.

II.

Chinin ist bei Tussis convulsiva allen andern Mitteln vorzuziehen.

III.

Die Lungenprobe giebt das sicherste Zeichen von dem extrauterinen Leben eines Kindes.



15578