



**Zwanzig Fälle**  
**von Placenta praevia**  
aus der Greifswalder geburtshülflichen Klinik  
und Poliklinik.

**Inaugural - Dissertation**

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,**

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

**Dienstag, den 14. August 1894**

nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

**Edwin Maiss**

prakt. Arzt  
aus Schlesien.

Opponenten:

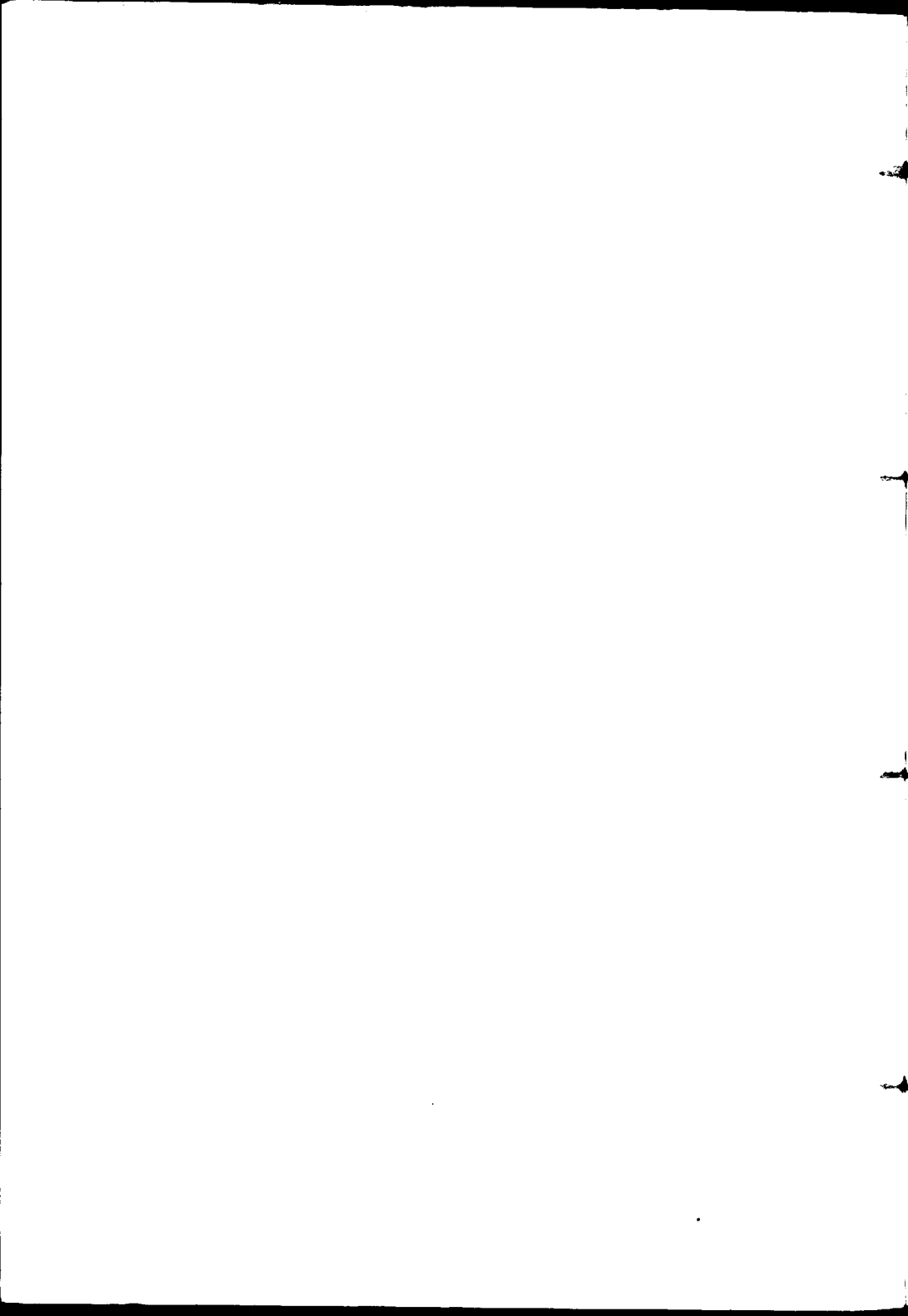
Dr. med. Friedr. Bode,  
Cursist Carl Dogs.



**Greifswald.**

Druck von Julius Abel.

1894.



Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit.

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter Placenta praevia versteht man die Insertion des Mutterkuchens in jenem Abschnitt des Uterus, der während der Geburt eine Dehnung und Erweiterung erfährt, in dem sog. unteren Uterinsegment.

Zur Ätiologie derselben ist folgendes bekannt: Placenta praevia kommt am häufigsten vor bei multiparen Frauen mit schlaffem, mangelhaft zurückgebildetem Uterus, ferner bei Frauen, welche lange Zeit an Uteruskatarrhen gelitten haben, sodann bei Carcinom und Myom des Uterus, zwei Erkrankungen, die fast regelmässig von Endometritis begleitet werden, und schliesslich ist noch die Form des Uterus von einem gewissen Einfluss, insofern Uterus unicornis und bicornis ein begünstigendes Moment darbieten.

Zur Erklärung des Entstehens einer Placenta praevia sind zwei Theorien aufgestellt worden. Die ältere derselben sagt: Das befruchtete Ei kann, sobald eine der obengenannten Bedingungen gegeben ist, tiefer in den Uterus hinunterfallen, und da sich die Placenta immer da entwickelt, wo die Decidua das befruchtete Ei überwächst, so findet hierbei die Placentabildung auf oder nahe am orificium internum statt. Diese gegenwärtig besonders von Ahlfeld

vertretene Lehre erhärtet derselbe in seinem Aufsatz „Ein neuer Beitrag zur Lehre von der Placenta praevia“, in welchem er einen Fall schildert, der einen überzeugenden Beweis dafür liefert, dass das Ei sich primär im unteren Uterinsegment niedergelassen und die Placenta desselben sich bis zum inneren Muttermund entwickelt habe. Durch Untersuchung vor der Geburt und während des Wochenbettes kommt Ahlfeld zu folgendem Schlusse: „Für diesen Fall ist aus den Grössen und Formverhältnissen der Placenta und aus dem Befunde am involvierten Uterus mit Bestimmtheit bewiesen, dass die Placenta nur im unteren Drittel der Uterushöhle bis zum inneren Muttermund reichend gesessen hat. Da sie einen vollständig kompakten Kuchen bildete, auch die Gefässverteilung in allen Partien der Placenta eine gleichmässige war, so ist hieraus und aus der Thatsache, dass im mittleren Drittel des Körpers überhaupt keine Placenta lag, zu entnehmen, dass für diesen Fall die Entstehung der Placenta im Sinne der Hofmeier-Kaltenbachschen Hypothese nicht stattgefunden haben kann. Vielmehr bietet die Beobachtung eine Stütze für die von mir verteidigte alte Anschauung der primären Niederlassung des Eies im unteren Drittel der Uterushöhle.“

Die zweite Theorie, welche von Hofmeier und Kaltenbach neuerdings aufgestellt worden ist und schnell eine ziemliche Verbreitung gefunden hat, behauptet, dass die Placenta praevia nichts anderes als

eine Entwicklung des Mutterkuchens in der Decidua reflexa sei. Sie hält eine primäre Insertion des Eies auf dem inneren Muttermund für kaum denkbar, weil es durch den Sekretionsstrom oder durch Kontraktionen des Uterus nach aussen getragen würde. Durch die krankhafte Beschaffenheit der Mucosa, sowie durch die konkave Ausbuchtung der schlaffen Uteruswand nach aussen finde das aus der Tubeneimündung austretende Ei erst tiefer als an der gewöhnlichen Stelle seinen Halt und seine Insertion. Gleichzeitig erschwere die Hypersekretion der Uterusinnenfläche die Anlegung der Reflexa an die gegenüberliegende Verflähe. Die in den Reflexasack eingeschlossenen Chorionzotten vermögen sich nur in geringem Masse und verspätet an der Placentarentwicklung zu beteiligen, und es bilde sich daher eine räumlich ungenügende Placentaranlage. Die wenigen infolge dieser unzureichenden Ernährung abortiv nicht zu Grunde gehenden Eier vermögen ihren Stoffwechselbedürfnissen dadurch zu genügen, dass sich Chorionzotten auch innerhalb der Reflexa erhalten und zu Placentagewebe umwandeln. Spielt sich dieser Vorgang innerhalb der Reflexa des unteren Eipols ab, so bilde sich eine Placenta praevia. Die von Hofmeier in dem 29. Band der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie beschriebenen Fälle scheinen die Richtigkeit dieser Theorie zu bestätigen, scheinen, sage ich, weil Hofmeier in seinem Beitrag „Zur Entstehung der Placenta praevia“ selbst ausspricht: „Ich bin

natürlich weit entfernt davon, behaupten zu wollen, dass in diesem Fall bei längerem Bestand der Schwangerschaft mit Sicherheit ein typischer Fall von Placenta praevia zustande gekommen wäre, denn der Beweis hierfür wäre selbstverständlich nicht zu erbringen. Aber ich möchte behaupten, dass die anatomischen Vorbedingungen für diesen pathologischen Zustand hier gegeben waren, ebenso wie in jenem ersten von mir beschriebenen Falle.“

Auch Schrader glaubt in 2 Fällen von Placenta praevia, welche er im Jahre 1888 klinisch zu beobachten Gelegenheit hatte, ebenfalls Placentarentwicklung innerhalb der Reflexa des unteren Eipols annehmen zu müssen.

Für die Erklärung der Pathogenie der meisten Fälle von Placenta praevia wird allerdings die ältere Lehre ihre Kraft noch so lange beibehalten, bis durch eine grössere Anzahl unversehrter und unanfechtbarer Präparate der sichere Beweis für die Richtigkeit der einen oder andern Theorie erbracht ist.

Klinisch ausgezeichnet ist die Placenta praevia durch die schweren Blutungen, welche sich am Ende der Schwangerschaft oder im Beginn der Geburt einstellen, und die, wenn keine Kunsthülfe eintritt, meist für die Mutter den Verblutungstod, für das Kind den Erstickungstod zur Folge haben.

Eine weitere Gefahr für die Mutter liegt in der drohenden Luftembolie. Zweimal innerhalb kurzer

Zeit wurde in der Klinik von Olshausen Tod durch Lufteintritt in die Venen beobachtet.

Grosse Unannehmlichkeiten bieten die bei Placenta praevia so oft vorkommenden anormalen Lagen der Frucht. Da die Uteruswand schlaff, das untere Uterinsegment abgeflacht und die Frucht meist nicht ausgetragen ist, begegnet man nicht selten Querlagen, Steisslagen und abgewichenen Schädellagen.

Häufig im Wochenbette entstehende ausgedehnte Thrombosen von der Placentarstelle aus, und schliesslich die durch die Nähe der placentaren Haftstelle und die durch die zur Blutstillung notwendigen Massnahmen gesteigerte Infektionsgefahr sind zwei weitere Momente, durch welche alle eine Placenta praevia zu einem der gefährlichsten Vorkommnisse der Geburtshilfe gemacht wird.

Die Gefährlichkeit der Placenta praevia richtet sich nach ihrem Sitz, ob also eine Placenta praevia marginalis, lateralis oder totalis vorliegt. Die letzte giebt die schlechteste Prognose, weil bei centralem Sitz die Placenta sich schon sehr zeitig von ihrer Haftfläche, deren Ausdehnung sie nicht folgen kann, löst, und die Frau durch zahlreiche vorausgegangene Blutungen geschwächt in die Geburt eintritt.

Es ist daher für den praktischen Arzt von der grössten Wichtigkeit zu wissen, welche Therapie bei Placenta praevia die günstigsten Resultate in Bezug auf das Leben von Mutter und Kind biete.

In früherer Zeit suchte man die Blutung durch

Anwendung von Kälte (Umschläge, Injektionen von Eiswasser), sowie durch Tamponade und styptische Mittel zu bekämpfen. Im Übrigen suchte man die Geburt so schnell als möglich zu beenden: man erzwang rasch die Einführung der ganzen Hand, machte die Wendung und schloss sofort die Extraktion an. Dieses Accouchement forcé ist seiner Gefährlichkeit wegen heute fast vollständig verlassen worden. Dagegen ist bei mässigen Blutungen die Anwendung von Kälte, bei stärkeren die Tamponade, bestehend in Ausstopfung der Vagina und des zugänglichen Teils des Cervikalkanals — nach vorausgegangener Desinfektion — mit Gaze oder Watte, welche durch Hitze oder Imprägnation mit Jodoform sterilisiert ist, oder in der Einlegung des Braun'schen Colpeurynters, der nachträglich mit Eiswasser prall gefüllt wird, in den Fällen nicht zu entbehren, wo der Muttermund noch nicht für 1—2 Finger durchgängig ist.

Ist letztere Bedingung aber erfüllt, so schreitet man zu der seit wenigen Jahren geübten kombinierten Wendung nach Hamilton und Braxton-Hicks, einem Verfahren, dass sich durch seine glänzenden Resultate in kurzer Zeit überall Eingang verschafft hat. Das Verdienst, dasselbe in Deutschland eingeführt zu haben, gebührt neben Fasbender und Martin vorzugsweise der Hegar'schen und Schröder'schen Schule. Das Verfahren mit der kombinierten Wendung gipfelt darin, die Tamponade gänzlich zu umgehen.

1. wegen ihrer Gefahr für septische Infektion,
2. wegen ihrer geringeren Verlässlichkeit. Das nach abwärts gezogene Kind tamponiert besser und ist, weil aseptisch, gefahrlos.

Nur eines muss noch angestrebt werden: Die rücksichtslose Opferung des Kindes einzuschränken; denn darin, dass bei dem neuen Verfahren die Placenta durchbohrt werden soll, besteht für das Kind die grosse Gefahr der Asphyxie.

Man muss daher bestrebt sein mit den in den Uterus eingeführten Fingern zwischen der Wand desselben und der Placenta die Eihäute zu erreichen. Ist dies freilich unmöglich, handelt es sich also um eine vollständig centrale Insertion des Kuchens, so bleibt kein anderer Ausweg, als durch die Mitte desselben zu gehen, um in die Eihöhle zu gelangen.

Die kombinierte Wendung ist lediglich als Blutstillungsmittel anzusehen, und nicht als Vorakt für eine sofortige Extraktion. Die weitere Ausstossung der Frucht ist im Gegenteil soweit als möglich den Naturkräften zu überlassen. Freilich geht bei diesem Verfahren ein grosser Teil der Früchte zu Grunde, aber man würde auch durch eine sofortige gewaltsame Extraktion für das Kind kaum günstigere Resultate erzielen, dagegen die Mutter durch tiefe seitliche Cervikalrisse und atonische Blutungen einer grossen Lebensgefahr aussetzen. Nur wenn die kombinierte Wendung bei weit vorgeschrittener Vorbereitung der Weichteile unternommen wurde, ist zur

Erhaltung des Kindes eine sofortige Extraktion unterstützt durch äussere Expression gestattet.

Dieser Behandlungsweise gegenüber vertritt Robert Barnes einen völlig abweichenden Standpunkt. Seine rationelle Therapie besteht darin, dass er soviel wie möglich individualisiert. Die Mittel, die der Reihe nach zur Anwendung zu kommen hätten, sind nach ihm:

1. Sprengen der Blase,
2. Bandagieren des Unterleibs,
3. Tamponieren,
4. Artificielle Lösung des im unteren Segment implantierten Placentarlappens,
5. Dilatation des Collum mit dem Barnes' bag,
6. Forceps,
7. In letzter Instanz Wendung, jedoch mit Anlegung der Zange am nachfolgenden Kopf zur grösseren Schonung der Mutter.

Obgleich Barnes hervorhebt, dass bei seiner Methode das Leben des Kindes besser davon kommt, als bei denjenigen, die alles Heil in der jetzt gebräuchlichen Methode von Braxton-Hicks sehen — „ma propre expérience,“ behauptet er, „donne 33<sup>0</sup>/<sub>100</sub> d'enfants nés vivants; et avec cela plus de mères ont été sauvées que par d'autres methodes“ —, so spricht doch der Umstand, dass er keine Anhänger seiner Behandlungsart gefunden hat, dafür, dass die Wendung nach Braxton Hicks dasjenige Verfahren sei, das bei frühzeitiger Anwendung die besten Resultate für die Mutter und keine viel schlechteren, als andere,

für das Kind liefre. Hat der Muttermund bis zum Eintritt der Kunsthülfe bereits die Grösse eines Fünfmarkstücks erreicht, so wird man natürlich, sind alle übrigen Vorbedingungen erfüllt, bei eintretender Indikation die innere Wendung machen.

Sind die Wehen ausnahmsweise kräftig und ist der Muttermund wenigstens handtellergröss, so kann auch der Kopf, wenn kein enges Becken vorliegt, die Rolle eines Tampons übernehmen. Man sprengt in diesem Falle die Blase, worauf der Kopf tiefer herab-rückt und die blutende Fläche komprimiert.

Die günstigen Resultate dieser Operationsmethoden zu demonstrieren, habe ich im folgenden anschliessend an die Dissertationen von Zühlke und Wichmann 20 Fälle von Placenta praevia, die in der Greifswalder Gynaekologischen Klinik und Poliklinik zur Beobachtung kamen, zusammengestellt.

### Tabelle über die einzelnen Fälle. Poliklinische Fälle.

1. Nr. 64. 7./9. 1884. Unvericht, 35 J. IX para. 6 Kinder totgeboren. 5 Mal Kunsthilfe.

Steisslage. Rücken rechts vorn. Placenta praevia lateralis. Nabelschnurvorfall.

Wehen seit 6./9. Blasensprung am 7./9. V. 2 Uhr. Seitdem einmal starke Blutung. Vorliegende Nabelschnur pulsiert schwach. Vorliegender Placentarappen gut thalergross. Querbett. Narkose. Herunterholen eines Fusses. Extraktion. Lösung des Kopfes schwer,



da sich das Kinn von der Brust entfernt hatte. Sorgfältige uterine Desinfektion.

Mädchen tief scheinot geboren, nicht wiederzubeleben.

2. Nr. 125. 24./2. 1885. N.N? 30—35 J? Multipara.

Schulterlage. Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia centralis. Wehen seit 6 Uhr morgens. Blasenleerung 8 Uhr. Kurz nachher starke Blutung, die im verminderten Masse bis zum Nachmittag anhielt. Um 2 Uhr wurde die Placenta geboren. Sofort ging die Hebeamme mit der Hand in den Uterus, ergriff einen Fuss und extrahierte ein totes Kind.

Die tief ohnmächtige Frau erholte sich wieder.

3. Nr. 28. 12./6. 1886. Ohm, 36 J. VIII. para.

Schieflage. Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis.

Am 3./6. heftige Blutung, die jedoch durch Bettruhe stand und sich nicht wiederholte. Am 12./6. Wehenbeginn und bedeutende Blutung. Bei Ankunft des Arztes zeigte sich folgender Befund: Kolossale Blutgerinnsel in der Vagina. Muttermund etwas über 5 Markstückgross, Wasser schon abgegangen. Frucht in Schieflage, Kopf rechts, Rücken vorn. Die Placenta sitzt mit einem grossen Lappen links und hinten auf dem Muttermund darauf. Sofortige Wendung und allmähliche Expression des Kindes; dasselbe kam lebend zur Welt. Nach ca. 3stündiger Bemühung — Ergotininjektionen, Eiswasserirrigationen, Reiben des Uterus etc. — stand endlich die Blutung, welche nach

der Entwicklung bald stärker, bald schwächer, ununterbrochen angehalten hatte.

4. Nr. 83. 8./11. 1886. Schomaker, 37 J. VII. para.

Querlage. Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis.

Vor ca. 10 Tagen plötzlich starker Blutabgang, welcher durch Bettruhe zum Aufhören gebracht wurde, sich aber in den nächsten Tagen ab und zu, wenn auch spärlich, zeigte.

7./11. mittags: Wasserabfluss. 8./11. N.: starke Blutung. Frucht in Schiefelage, Kopf rechts, Rücken vorn. Muttermund dickrandig, ca. 3 Markstück gross. Von links und von vorne her ragt ein Placentalappen über das Ostium internum. Wehen sehr schwach. Kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks. Abwartende Methode. Nach 2 Stunden Entwicklung eines toten Kindes. Ausspülung des Uterus mit Sublimat.

5. Nr. 118. 19./1. 1887. Völschow, 56 J. X. para.

Schiefelage. Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis.

Vor ca. 3 Wochen und vor 4 Tagen beträchtlicher Blutverlust. Bei Ankunft des Arztes: Muttermund fast verstrichen; von rechts her ragt ein ziemlich grosser Lappen von Placenta über den Muttermund hinüber. Wendung und langsame Extraktion und Expression des lebenden, kräftigen Knaben. 10 Minuten später folgt die Placenta vollständig. 2 Injektionen von Ergotin.

6. Nr. 125. 7./2. 1887. Gentz. Vorhergegangen:  
1 Kind und 3 Frühgeburten. Lues.

Steisslage. Placenta praevia lateralis.

Vor ca. 14 Tagen Blutung, durch Bettruhe beseitigt. Am 7./2. Wehenbeginn, nach 2 Stunden von heftiger Blutung gefolgt. Placenta links tief sitzend und bei 3 Markstück grossem Muttermund wenig in denselben hineinragend. Tamponade mit Jodoformgaze, dann ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde später Extraktion des totfaulen männlichen Kindes am Steiss.

7. Nr. 39. 29./6. 1887. Hinz. 29 J. VII. para.

I. Schädellage. Placenta praevia marginalis. Bei ca. 5 Markstück grossem Muttermund erfolgte eine ziemlich heftige Blutung. Placenta direkt nicht zu fühlen, nur hinten links rauhe verdickte Eihäute.

Sprengung der Blase. Geburt eines lebenden Mädchens.

8. Nr. 94. 5./1. 1888. Köpke. 33 J. V. para.

I. Schädellage. Kopf nach links abgewichen. Placenta praevia marginalis links vorn. Bei ca. 5 Markstück grossem Muttermund erfolgte eine starke Blutung.

Wendung. Geburt eines lebenden Mädchens.

9. Nr. 110. 11./2. 1888. Rieck. 36 J. VI. para.

II. Schädellage. Placenta praevia lateralis. Circa 35. Woche. Schon längere Zeit Blutverluste. Am Abend des 10./2. und die Nacht hindurch sehr starke Blutungen. Wehenthätigkeit schwach. Muttermund

3 Markstück gross. In demselben hinten und links ein Lappen der Placenta fühlbar.

Narkose. Wendung auf einen Fuss, langsame Expression des abgestorbenen Kindes.

10. Nr. 36. 2./7. 1788. Schuldt 33 J. X para.

Schiefelage, Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis. Circa 28. Woche. Schon längere Zeit hindurch mässige Blutungen. Am 2./7. V. 10<sup>1/2</sup> Uhr Blasensprung mit starker Blutung. Combinierte Wendung bei 3 Markstück grossem Muttermund. Abwartende Methode.

Nach ca. 2 Stunden langsame Extraktion und Expression eines toten Knaben.

11. Nr. 170. 19./3. 1890. Schütt. 43 J. IX. para.

Schiefelage, Kopf links, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis.

Am 19./3. N. 11 Uhr starke Blutung. Muttermund ca. 5 Markstück gross. Blase vor 1 Stunde gesprungen. Wendung auf einen Fuss. Langsame Extraktion und Expression eines toten Knaben von etwa 6 Monaten.

12. Nr. 60. 2./8. 1890. Dühring. 32 J. VI. para.

Schiefelage, Kopf rechts, Rücken vorn. Placenta praevia lateralis. Circa 24. Woche der Gravidität.

Am 2./8. V. Beginn der Wehen verbunden mit mässigen Blutungen. N. 6 Uhr kombinierte Wendung bei 3 Markstück grossem Muttermund.

Spontane Geburt eines toten Knaben.

13. Nr. 28. 9./6. 1893. Hinz. 37 J. XII. para. Enges Becken.

I. Querlage, I. Unterart. Placenta praevia centralis.

Geringe Blutungen schon in den Tagen vor der Geburt. Am 9./6. V. 11 Uhr schwamm die Kreissende in einer grossen Blutlache; die Blutmenge wurde auf ca.  $2\frac{1}{2}$  L. geschätzt; es blutete andauernd weiter. Herzbeklemmung und Athemnot. Trotzdem wenig Chloroform verabreicht. Wendung nach Braxton-Hicks bei 1 Markstück grossem Muttermunde, langsame Extraktion verbunden mit Expression. Männliches Kind, Anfang des 9. Monats, tot. Nach der Entbindung wurde der Puls wieder fühlbar. Um  $12\frac{1}{2}$  Uhr Collaps. Tod.

14. Nr. 86. 1./10. 1893. Thurmann 26 J. VI. para.

I. Schädellage. Placenta praevia lateralis. Schwache Blutungen in den letzten Tagen der Gravidität bis zum Beginn der Geburt.

Spontane Entwicklung eines lebenden Mädchens.

15. Nr. 43. 18. 3. 1894. Dinse, 33 J. V. para.

I. Schädellage. Placenta praevia partialis. Kopf abgewichen. Vorliegen einer Hand.

Am 17./3. N. 4 Uhr Beginn der Wehen. Sofort profuse Blutung, welche sich mehrmals wiederholt. Bei Ankunft des Arztes keine Blutung. Kreissende etwas anämisch, Puls regelmässig und gut. Cervicalkanal für 2 Finger durchgängig, vorn 1 cm lang. Kopf beweglich, etwas nach rechts abgewichen. Links unten eine Hand in der stehenden Blase vorliegend.

Vorn schwammiges Placentargewebe, bis zum ostium internum reichend. Blutung gering. Wehen alle fünf Minuten mässig kräftig. Tamponade mit Jodotormgaze. Lagerung auf die rechte Seite. Morphinuminjektion. Nach 3 Stunden Entfernung des Tampon. Muttermund 2 Markstück gross. Von Placentarrand oder vorliegender Hand nichts mehr zu fühlen. Kopf beweglich im Beckeneingang. Keine Blutung. Spontane Geburt eines lebenden Kindes.

#### Klinische Fälle.

16. Nr. 58. 27./7. 1891. Kohn, 36 J. IX. para. Gemini: 1. II. Schädellage. 2. Querlage. Placenta praevia lateralis. Patientin kam kreissend in die Anstalt. Vagina weit und aufgelockert. In derselben flüssiges und grosse Klumpen geronnenes Blut. Muttermund 3 Markstück gross. Ränder wulstig, nachgiebig. Die linke Hälfte des Ostium internum von Placentargewebe eingenommen. Wehen seit 26./7. Gleich danach Blutungen.

Narkose. Behufs Wendung des in II. Schädellage liegenden Kindes allmähliche manuelle Dilatation des Muttermundes und Sprengen der Blase. Mit Hülfe äusserer Handgriffe Wendung. Blutung steht. Kind lebt. Langsame Extraktion. Wendung und Extraktion der zweiten lebenden Frucht gelingt leicht und schnell. Wochenbett normal. Beide Kinder gesund.

17. Nr. 99. 28./11. 1891. Röglin, 32 J. III. para.

I. Schädellage. Fötalpulss nicht vorhanden. Placenta praevia centralis. Seit Wochen bestehende Blutungen, besonders stark am 26./11. und 27./11. Patientin kam mit Wehen in die Anstalt. Cervix für 2 Finger durchgängig; kombinierte Wendung. Langsame Extraktion des faultoten Kindes. Blutung dabei gering. Ergotininjektion. Während der Operation spontane Lösung der Placenta und Austritt derselben unmittelbar nach der Frucht. Placenta deutlich zweiteilig durch eine mit spärlichen Zotten versehene, 2—3 cm breite Mittelzone, die ihre Lage über dem inneren Muttermund gehabt. Die Nabelgefäße gingen der Zweiteilung entsprechend in 2 getrennten Strängen von der Placenta bis zu ihrer Vereinigung in ca. 10 cm Entfernung. Mutter gesund entlassen.

18. Nr. 44. 27./6. 92. Behnke, 21 J. II. para. Erstes Kind, Frühgeburt im 7. Monat, lebt.

Querlage, Rücken nicht zu bestimmen. Fötalpulss nirgends hörbar. Placenta praevia lateralis. Frühgeburt. Am 27./7., als in der Mitte des achten Monats, Eintritt der Wehen und gleichzeitig starker Blutungen, sodass Patientin sofort in die Anstalt geschafft wurde. Wendung und langsame Extraktion. Bald darauf spontaner Abgang der Placenta. Kind tot. Wochenbett normal.

19. Nr. 138. 5./3. 1893. Ahrend, 30 J. V. para.

I. Querlage, 1. Unterart. Fötalpulss nicht zu hören. Placenta praevia lateralis. Patientin kam kreissend in die Anstalt. Cervix  $2\frac{1}{2}$  cm lang, für 2 Finger

durchgängig. Tamponade mit Jodoformgaze. Nach 3 Stunden Eintritt einiger Wehen und einer nicht unbedeutenden Blutung. Sofort Querbett, Wendung mit langsam angeschlossener Extraktion bei 5 Markstück grossem Muttermund. Kopf durch Handgriff nach Veit-Smellie entwickelt. Kind tot. Blutung steht. Placenta folgt wenig später spontan. Wochenbett normal.

20. Nr. 47. 22./6. 1893. Novak, 40 J. IV. para.

I. Schädellage, Kopf nach links abgewichen. Placenta praevia lateralis. Mehrere Tage vor der Geburt leichtere Blutungen. Am 21./6. abends: Cervix verstrichen. Muttermund 3 Markstück gross. Blase stehend vorgewölbt; links auf derselben zahlreiche Rauigkeiten. Kopf kann nicht in normaler Stellung gehalten werden. Um 1 Uhr nachts Eintritt kräftiger Wehen und bedrohlicher Blutungen. Bei 5 Markstück grossem Muttermund Blasensprengung, Wendung. Blutung steht. Wehen bleiben aus. Herztöne un- deutlich. Erneute Blutung. Vorsichtige Extraktion. Lösung des linken in die Höhe geschlagenen Armes wegen vorgefallener Nabelschnur und Behinderung durch den unteren Placentaabschnitt schwierig. Kopf nach Martin-Winckel entwickelt. Kind tief asphyktisch, nicht mehr zum Leben zurückzurufen. Wochenbett normal.

#### Zusammenfassung.

Es wurden also in der Greifswalder geburtshüflichen Klinik in dem Zeitraume vom 1. April 1893

bis zum 1. April 1894 5 Fälle von Placenta praevia, in der Poliklinik vom 1. April 1884 bis 1. April 1894 15 Fälle von Placenta praevia behandelt. Die Mütter sind insgesamt multiparae.

Von Kindeslagen kamen folgende zur Beobachtung: I. Schädellagen 6 (30%), II. Schädellagen 2 (10%), Querlagen 11 (55%), Steisslagen 2 (10%). Um Placenta praevia centralis handelte es in 3 (15%) Fällen, um Placenta praevia lateralis in 15 (75%) Fällen und um Placenta praevia marginalis in 2 Fällen (10%).

Die innere Wendung wurde 8 mal gemacht; daran schloss sich 6 mal die Extraction. Die kombinierte Wendung fand 8 mal Anwendung, 6 mal von der Extraction gefolgt.

Tamponade mit Jodoformgaze erfolgte 3 mal, 1 mal verbunden mit Lagerung auf die Seite des abgewichenen Kopfes hin, 1 mal als Vorbereitung zur Extraction und 1 mal behufs Wendung und Extraction. Einmal erfolgte die Geburt spontan und 1 mal wurde die Blase gesprengt.

Unter den 20 Geburten waren 6 Frühgeburten. Blutungen schon während der Gravidität traten 8 mal ein, während der Geburt 7 mal und nach derselben 1 mal. Letztere stand nach Anwendung der Styptica.

Von Komplikationen sind zu erwähnen: 1 mal Nabelschnurvorfal bei Steisslage, 1 mal Vorliegen einer Hand, 3 mal abgewichene Schädellagen, 1 mal enges Becken und 1 mal Zwillinge.

Von den Müttern starben im Wochenbette keine, bald nach der Geburt 1. Es handelte sich um einen poliklinischen Fall, bei welchem ärztliche Hülfe erst eintraf, als die Frau bereits in der höchsten Anämie mit dem Zeichen der Herzbeklemmung und Atemnot dalag. Gleich nach der künstlichen Entbindung trat der Tod ein.

Die Mortalität der Mütter beträgt also bei diesen 20 Fällen 5 0/0.

Was die Sterblichkeit der Kinder betrifft, so starben infolge der Placenta praevia während der Geburt 11, davon 8 in poliklinischen, 3 in klinischen Fällen. Zwei Kinder kamen faultot zur Welt. In einem dieser Fälle wurde Lues der Mutter festgestellt.

Lebend geboren wurden 8, darunter einmal Zwillinge. Es ergibt sich demnach für die Kinder eine Sterblichkeit von 57,9 0/0.

Zum Schlusse meiner Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice für die Überweisung des Themas und des dazu erforderlichen Materials meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

## Litteratur.

Archiv für Gynaekologie Bd. 32.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie Bd. 18.

" " " " " " 19.

" " " " " " 21.

" " " " " " 26.

" " " " " " 29.

Centralblatt für Gynaekologie Bd. 10, Nr. 12.

" " " " 17, " 0.

Zweifel, Lehrbuch der Geburtshülfe.

R. Kaltenbach, Lehrbuch der Geburtshülfe.

J. Wichmann, Dissertation, Greifswald 1891.

## Lebenslauf.

Verfasser, Edwin Reinhard Maiss, katholischer Confession, Sohn des praktischen Arztes Dr. Reinhard Maiss und dessen Ehefrau Selma, geb. Jonientz, wurde am 10. August 1868 zu Zauditz, Kreis Ratibor O./S. geboren. Seine erste Schulbildung erhielt er in der Elementarschule seines Geburtsortes. Ostern 1870 trat er in die Sexta des Gymnasiums zu Ratibor ein. Mit seinen Eltern siedelte er Ostern 1883 nach Brieg, Reg.-Bez. Breslau, über und besuchte das dortige Gymnasium, bis er Michaelis 1880 das Zeugniß der Reife erhielt. Um sich dem Studium der Medicin zu widmen, bezog er die Universität Breslau, verliess dieselbe nach einem Semester, studierte darauf 3 Semester in Greifswald und bestand daselbst am 23. Juli 1891 das Tentamen physicum. Darauf genügte er in Marburg seiner Militärpflicht bei dem Hessischen Jägerbat. Nr. 11, studierte noch ein Semester in Marburg und ein Semester in München und kehrte Ostern 1893 nach Greifswald zurück. Hier legte er in der Zeit vom 9. April bis 10. Juli 1894 die ärztliche Staatsprüfung ab und absolvierte am 26. Juli 1894 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

### In Breslau:

Born, Hasse, Hirt.

### In Greifswald:

Ballowitz, Gerstaecker, Landois, Limpricht, Oberbeck,  
Schmitz, Solger, Sommer.

### In Marburg:

Ahlfeld, v. Büngner, Küster, Mannkopff, Marchand,  
Meyer, Müller, Rumpf.

### In München:

Angerer, Bollinger, Klaussner, Posselt, v. Rothmund,  
v. Winckel, v. Ziemssen.

**In Greifswald:**

Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler,  
Mosler, Peiper, Pernice, Frhr. v. Preuschen, R. Schirmer,  
O. Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht  
Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigen Dank aus. Zu ganz  
besonderem Danke fühlt er sich den Herren Prof. Dr. Bollinger  
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Helferich und Geh. Med.-Rat Prof. Dr.  
Mosler verpflichtet, an deren Institut, resp. Kliniken er als Volontär  
thätig sein durfte.

## Thesen.

### I.


Als beste Operationsmethode bei Placenta praevia muss in den meisten Fällen die frühzeitige kombinierte Wendung angesehen werden.

### II.

Bei septischen Erkrankungen des Darmkanals ist die innerliche Darreichung von Creolin zu empfehlen.

### III.

Die den neuesten Anforderungen der Asepsis und Antisepsis entsprechend eingerichteten Operationssäle tragen viel zu der irrigen Ansicht bei, dass eine grössere Operation nur in derartig eingerichteten Räumen möglich sei.





1867

x6573 -