

Ein Fall von Prolapsus placentae,

beobachtet auf der geburtshilflichen Klinik in Würzburg und vorgetragen

in der Sitzung der phys.-med. Gesellschaft am 16. Dez. 1865

von

Dr. P. MÜLLER,

Assistenzarzt der geburtshilflich-gynaekologischen Klinik.

Meine Herren! Zum Vorwurfe meines heutigen Vortrages erlaube ich mir einen, wie ich glaube, nicht uninteressanten Fall von Placenta praevia zu machen, den ich vor einigen Tagen zu beobachten Gelegenheit hatte, und gestatte mir einige sich daraus ergebende Bemerkungen daran anzuknüpfen.

Der Fall betraf eine 27jährige Fabrikarbeiterin, von robustem Körperbau und blühendem Aussehen, welche am 7. d. M. auf die geburtshilfliche Klinik aufgenommen wurde.

Die Anamnese ergab Folgendes:

Die Patientin war in ihrer Kindheit stets gesund, mit 16 Jahren wurde dieselbe menstruiert, die Katamenien waren stets regelmässig; die erste Geburt erfolgte vor 2 Jahren: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren normal; nach dem puerperium und in der letzten Gravidität war nicht die geringste Störung des Gesundheitszustandes eingetreten. Der Eintritt der zweiten Conception, die Zeit des Aufhörens der Katamenien, sowie des Beginns der Kindesbewegungen kann nicht angegeben werden. Nachdem sie sich fast während der ganzen Dauer der zweiten Schwangerschaft wohl gefühlt, trat am 7. dieses Monates, Abends 8 Uhr beim Abend-

essen, ohne dass ein körperlicher Insult oder Anstrengung oder eine Gemüthsbewegung vorausgegangen, plötzlich eine reichliche Genitalienblutung ein, die durch $\frac{3}{4}$ Stunden andauerte und sie zum Eintritt in die Gebäranstalt veranlasste.

Die Untersuchung ergab Folgendes:

Bei der äusseren Exploration fand man den Grund des Uterus höchstens 2 Zoll über dem normal gelagerten Nabel, den Kopf in der linken Mutterseite deutlich ballotirend; kleinere Kindestheile waren in der rechten Abdominalhälfte zu fühlen, Herztöne links und in der Mitte zu hören, kein Uteringeräusch. Bei der inneren Untersuchung fand man die Vaginalportion fast vollständig verstrichen, ohne dass es möglich war, in den Muttermund einzudringen. Durch das vordere Scheidengewölbe war kein Kindestheil als vorliegend durchzufühlen, abnorme Pulsation nicht zu ermitteln. Deutliche Wehen waren nicht wahrzunehmen.

Die Diagnose lautete auf Blutung in Folge partieller Ablösung der Placenta bei einer bis zur 32.—34. Woche vorgertückten Schwangerschaft und gleichzeitiger Querlagerung der Frucht. — Die Therapie beschränkte sich, da unterdessen die Blutung sistirte, auf Darreichung von Opiaten und Anordnung absoluter körperlicher und geistiger Ruhe.

Die Nacht und der darauf folgende Tag verlief ohne weitere Störung, bis Abends 7 Uhr ohne alle Veranlassung eine enorme Blutung eintrat, die innerhalb weniger Minuten die Patientin an den Rand des Grabes brachte. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung fand man den Muttermund guldengross erweitert, *die Placenta nach rechts und vorn vorliegend*. Es wurde nun sofort mittelst Charpiekugeln und Schwämme die Tampnade der Vagina vorgenommen und Eisüberschläge auf den Unterleib verordnet. — Die Patientin war äusserst anämisch, der Puls kaum fühlbar, höchstens 60 Schläge in der Minute zählend. Wein und sonstige Analeptica wurden verabreicht.

In dem Befinden der Patientin trat nun bis gegen Morgen keine wesentliche Aenderung ein, ausser dass dieselbe sich sichtlich erholte; nach Mitternacht traten die seither nur schwach auftretenden Wehen mit grösserer Intensität und Frequenz auf und pressten gegen 5 Uhr den fest angelegten Tampon aus den Genitalien. Es erfolgte jedoch keine weitere Blutung. Bei der äusseren Untersuchung fand man die früher quer gelagerte Frucht vertical gerichtet, den Kopf im fundus uteri; bei der innern Exploration war der Muttermund handtellergross erweitert, zum grössten Theile noch von dem vorliegenden Mutterkuchen bedeckt.

Als ich mich nun zur Sprengung der Blase und zur raschen Extraction der Frucht anschicken wollte, *presste eine kräftige Wehe die vor-*

liegende Placenta in die Vagina, eine zweite Contraction trieb dieselbe vor die äussern Genitalien, wo dieselbe mit den ebenfalls vorgefallenen Eihäuten einen über Mannskopf grossen, mit Amnionflüssigkeit gefüllten Beutel bildete, der durch seine eigene Schwere platzte. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung fand man im Beckeneingange in I. Stellung den Steiss vorliegend, den eine dritte Wehe durch das Becken bis vor die äusseren Genitalien herabtrieb. Ich nahm nun die Extraction der Frucht vor, was mit grosser Leichtigkeit gelang.

Das männliche, 4 bayerische Pfund wiegende Kind, das alle Zeichen der Reife an sich trug, war asphyctisch; die Pulsfrequenz zeigte 20 Schläge in der Minute, keine Respirationsbewegungen waren zu bemerken. Es wurde nun mittelst eines elastischen Katheters die künstliche Respiration eingeleitet, worauf das Kind nach $\frac{1}{2}$ stündigem Bemühen zu Leben gebracht wurde. Es starb jedoch nach 3 Stunden unter cyanotischen Erscheinungen. Die Section, von Prof. v. Recklinghausen vorgenommen, ergab foetale Atelectase der Lungen, die mikroskopische Untersuchung des Inhalts der Bronchien ergab Meconium bis in die kleinsten Verzweigungen. — Bei der Wöchnerin trat keine neue Blutung ein, sie befindet sich zur Zeit wohl.

In dem vorliegenden Geburtsfalle scheinen mir mehrere Punkte eines näheren Eingehens werth und zur Besprechung geeignet zu sein.

Absehen können wir von der Umwandlung der Querlage in eine verticale, die während der Geburt sich machte, da die Beobachtungen von Lagewechsel der Frucht während der Geburt, den wir mit dem Namen der Selbstwendung belegen, nicht mehr zu den Seltenheiten gehören.

Als auffallend muss jedoch der Umstand bezeichnet werden, dass die vorwürfige Abnormität seit ungefähr 14 Tagen der dritte Fall von placenta praevia in Würzburg ist, während seit $1\frac{1}{2}$ Jahren meines Wissens kein solches Ereigniss in unserer Stadt vorgekommen ist. Wie sie wissen, hat bereits *Saxtorph* und später *d'Outrepont* auf ein zeitweises häufigeres und auf ein bekanntes Terrain begrenztes Vorkommen dieser Abnormität hingewiesen, was auch von verschiedenen andern Practikern, besonders aber von *Zeitfuchs*, bestätigt worden ist. Was nun dieser auffallenden Thatsache zu Grunde liege, vermögen wir bis jetzt nicht zu eruiern. Wir können vorderhand dergleichen Facta nur einfach constatiren, ohne uns so weit zu versteigen, einen gewissen epidemischen Einfluss anzunehmen, der, wie *Hohl* glaubte, eine Brüchigkeit und leichtere Zerreisbarkeit der Decidua reflexa bedingen und dadurch das Loslösen des bereits im fundus uteri angehefteten Eies und dessen Herabsinken auf den innern Muttermund bewirken soll.

Ich habe bereits erwähnt, dass ich bei Stellung der Diagnose die Dauer der Schwangerschaft auf 32 — 34 Wochen schätzte, während aus der ganzen Beschaffenheit des Kindes sich ergab, dass die Schwangerschaft fast ihr normales Ende erreicht haben musste. Ich liess mich zu dieser falschen Annahme hauptsächlich dadurch verleiten, dass der fundus uteri kaum zwei Zoll über den in der normalen Entfernung von der Symphyse und processus xiphoides stehenden Nabel reichte. Nimmt man nun auch an, dass bei Mehrgeschwängerten durch den Umstand, dass der Uterus sich mehr in die Breite ausdehne, der Längsdurchmesser verkürzt werde, muss dies auch noch mehr der Fall sein, wenn die Frucht wie hier quer gelagert ist, so kann doch der Abstand des oberen Randes des Uterus von dem Nabel unter normalen Verhältnissen bei einer reifen Frucht mehr als zwei Zoll betragen. Wir werden bei dieser Erscheinung abermals auf die Beobachtungen älterer Geburtshelfer hingewiesen, welche wirklich zu zeigen scheinen, dass bei der Entwicklung der Placenta im unteren Abschnitte der Gebärmutter der fundus uteri in der Entwicklung nicht gleichen Schritt mit dem untern Uterinsegment halte und sich daraus die Differenz in der Höhe des Standes des Gebärmuttergrundes ergebe.

Besonders ausgezeichnet ist unser Fall durch den abnormen Geburtsverlauf. Wie Sie wissen, kann eine Geburt mit Vorlagerung des Mutterkuchens unter gewöhnlichen Verhältnissen auf dreierlei Weise verlaufen: Entweder geht die Mutter durch den enormen Blutverlust schon im Beginne der Geburt zu Grunde, der Tod unterbricht die Geburt, oder, was besonders bei placenta praevia lateralis der Fall ist, die Blase wird natürlich oder künstlich gesprengt, worauf die Geburt normal verläuft, wobei die Blutung zum Theil mechanisch durch den vorliegenden Kindstheil oder dynamisch durch das Erwachen stärkerer Contractionen des Uterus gestellt wird, oder, was am häufigsten der Fall ist, die Geburt wird künstlich beendet, besonders bei placenta praevia centralis und regelwidriger Kindeslage. Immer folgt jedoch die vorliegende Placenta dem vorausgeborenen Kinde nach. In unserm Falle aber löste sich zuerst die Placenta, wurde ausgestossen und dann erst erfolgte die Ausschliessung des Kindes. — Es ist dies eines jener sehr seltenen Vorkommnisse, die wir mit dem Namen: Vorfall des Mutterkuchens, prolapsus placentae, bezeichnen. Bekanntlich hat zuerst *Ossiander*, nachdem schon drei vereinzelte Fälle derart von *Lossius de la Motte* und *Smellie* veröffentlicht worden waren, in Folge eines von ihm selbst beobachteten Falles diesen seltenen Geburtsverlauf einer näheren Besprechung unterzogen und zuerst den Ausdruck prolapsus placentae in die geburtshilfliche Nomenclatur aufgenommen. Er irrte sich jedoch in so fern, als er der Meinung war, dass nur der

vorgelagerte Mutterkuchen vorkommen könne, während spätere Beobachtungen nachgewiesen haben, dass auch die normal situirte Placenta vorkommen und zuerst geboren werden könne. Besonders beweisend waren die zwei Fälle von *Hüter* und *Scanzoni*, wo bei der Section zweier am Puerperalfieber zu Grunde gegangenen Wöchnerinnen, bei denen ein Vorfall der Placenta bei der Geburt sich ereignet hatte, der Sitz des Mutterkuchens an der normalen Stelle im Grunde des Uterus nachgewiesen werden konnte. Doch dürfte es in all' den Fällen, wo die Placenta vor Eröffnung des Muttermundes herabsank, schwer oder gar unmöglich sein, eine bestimmte differentielle Diagnose zu stellen.

Was nun die Häufigkeit des prolapsus placentae betrifft, so finden wir in der deutschen und französischen Literatur nur sehr wenige Fälle, die ausser den vorhin schon genannten von *d'Outrepont*, *Hochstetter*, *Lange*, *Trefurt* und *Siebold* publicirt worden sind, während eine Zusammenstellung englischer Fälle von *Simpson* die Zahl von 20 ergab. Bekanntlich basirte auf der Beobachtung dieser Fälle der *Simpson-Radford'sche* Vorschlag, bei Placenta praevia die Mutterkuchen vor Ausstossung des Kindes zu lösen, und letztere wo möglich der Natur zu überlassen — ein Verfahren, das sich auf die ganz richtige Thatsache stützte, dass nämlich nach der spontanen Ablösung des vorgelagerten Mutterkuchens die Blutung meistens stand. Allein letzteres Ereigniss kann wohl nur durch sehr kräftige Wehen herbeigeführt werden, wodurch das untere vom Mutterkuchen bedeckte Uterinsegment sich zurück- und in sich zusammenzieht und dadurch auch ein Verschluss der klaffenden Gefässe herbeigeführt wird. Da aber in den wenigsten Fällen von placenta praevia das zur Stillung der Blutung nöthige Erforderniss, nämlich kräftige Wehen, vorhanden ist, sondern im Gegentheile meistens Wehenschwäche, so entbehrt der *Simpson'sche* Vorschlag, obwohl er sich auf treue Beobachtung stützt, der nöthigen Voraussetzung, ganz abgesehen von dem Umstande, dass derselbe von vornherein — treu den englischen geburtshilflichen Grundsätzen — das Kind opfert, womit man sich auf dem Continente, wenn man auch der in das andere Extrem sich verlierenden Lehre von der Gleichwerthigkeit des Lebens der Mutter und des Kindes nicht huldigt, keineswegs einverstanden erklären konnte.

Das von mir in unserm Falle eingehaltene Verfahren, das wesentlich in einem expectativen Verhalten bestand, veranlasst mich, einige Worte über die Behandlung des Vorfalles des Mutterkuchens beizufügen.

Gewöhnlich wird gesagt, das therapeutische Verhalten bei prolapsus placentae unterscheide sich nicht sehr von der Behandlung der Placenta praevia. Ich glaube jedoch, dass eine solche Ansicht eine ganz irrige und geradezu gefährliche genannt werden muss. Nehmen wir z. B. an,

es träte bei einer Kreissenden mit gulden- bis thalergross eröffnetem Muttermunde eine Blutung ein und man fände als Ursache derselben die vom normalen Sitze losgelöste Placenta über dem früher freien Muttermunde, so würde sich wohl, wenn man die Behandlung des prolapsus placentae und placenta praevia für identisch hielte, am meisten die Vornahme einer Tamponade der Vagina empfehlen, wie dies auch *Siebold* ausdrücklich anempfiehlt. Nichts dürfte jedoch in diesem Falle der Mutter und dem Kinde verderblicher sein als die Einführung eines Tampons. Letzterer, der in Fällen von Vorlagerung der Placenta durch den gegenseitigen Druck, den er mit der Fruchtblase und ihrem Inhalte auf die blutenden Gefässe ausübt, sich als treffliches Haemostaticum erweist, vermag doch nicht die klaffenden Gefässe an der im Grunde der Gebärmutter situirten Placentarstelle zum Verschlusse zu bringen, sondern vermag nur den Ausfluss des Blutes aus den Genitalien zu verhindern, ohne der so perniciosösen inneren Blutung Einhalt zu thun. Letztere muss aber um so profuser sein, als die Gefässe der *ganzen* Placentarstelle dem Blute einen Austritt gewähren, ohne dass es möglich wäre, vor kräftiger Zusammenziehung der Uterinwände der Blutung Einhalt zu thun. Da Letzteres aber nur durch die Entleerung des Uterus von ihrem Contentum geschehen kann, so ergiebt sich daraus die Nothwendigkeit einer raschen künstlichen Ausschliessung des Kindes, und zwar um so mehr, als Letzteres durch die Loslösung seiner Placenta seines foetalen Respirationsorganes beraubt wird und dem Absterben anheinhfällt. Die Gefahr für Mutter *und* Kind erfordern ein rasches Einschreiten, und man muss sagen, dass die Behandlung des Vorfalles der normal gelagerten Placenta sich eher der Therapie der Blutungen aus vorzeitiger partieller Ablösung des Fruchtkuchens nähere und wie hier der Tampon unbedingt zu verwerfen ist, so ist es auch bei der fraglichen Abnormität der Fall.

Aber auch dann, wenn bei Placenta praevia der Fall eintritt, dass der Mutterkuchen spontan sich löst und in die Scheide herabgedrängt wird, und wenn auch *keine Blutung* zugegen ist (wie dies wegen der kräftigen Wehen zu erwarten ist), so darf man doch nicht, wie dies angerathen wird, ein expectatives Verfahren einschlagen, und die Geburt auf normale Weise verlaufen lassen. Hier erfordert die Lebensrettung des Kindes eine sofortige künstliche Extraction der Frucht. Denn wenn man auch das Kind nicht gleichwerthig mit dem der Mutter hält, wenn man auch dem Grundsätze huldigt, dass man zur Lebensrettung des Kindes keine für die Mutter gefährliche oder auch nur eingreifende Operation unternehmen dürfe, so muss man sich doch zur künstlichen Ausschliessung der Frucht aufgefordert fühlen, da der Muttermund, durch den eine ganze Placenta

getrieben wird, so weit und nachgiebig ist, dass bei Vornahme der künstlichen Entbindung von einer Gefährdung der Mutter nicht wohl die Rede sein kann. Und so glaube ich auch, wäre es in unserm Falle für das Leben des Kindes besser gewesen, wenn ich sofort, als die Placenta durch den Muttermund und in die Scheide getreten war, statt aus wissenschaftlicher Neugierde, den abnormen Geburtsverlauf weiter zu verfolgen, den Fuss herunter geholt und mittelst der Extraction an demselben die Geburt vollendet hätte, ohne noch Minuten zuzuwarten, wo bei der unterbrochenen Circulation zwischen Mutter und Frucht dem Kinde durch die compensatorischen intrauterinen Athembewegungen die Bedingung für ein längeres extrauterines Leben unmöglich gemacht wurden.

Ich glaube zum Schlusse noch einen anderen Punkt berühren zu müssen.

Wie bereits erwähnt, entsprach die Zeit von der Loslösung der Placenta bis zur Extraction der Frucht der Dauer dreier Expulsivwehen. Wenn man die Dauer einer solchen Wehe zu mindestens $1\frac{1}{2}$ Minuten und die Dauer der dazwischen liegenden Wehenpausen zu je 1 Minute annimmt, so ergibt dies eine Zeit von mindestens $6\frac{1}{2}$ Minuten. Während dieser Zeit war die Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe zwischen Foetus und Mutter gänzlich unterbrochen, und doch kam das Kind lebend, wenn auch asphyctisch, zur Welt. Es scheint mir dieses Factum besonders bei der Frage über die Nothwendigkeit oder Entbehrlichkeit des Kaiserschnittes post mortem von Belang zu sein. Es deutet dies auf die Möglichkeit hin, auch noch längere Zeit nach dem Tode der Mutter durch die sectio caesarea ein lebendes Kind zu Tage zu fördern, welche Aussicht jedoch wieder auf der andern Seite durch den Umstand bedeutend getrübt wird, dass eine, wenn auch nur kurze Unterbrechung des Gasaustausches zu vorzeitigen intrauterinen Athemzügen führt, welche die Atrien für den Zutritt der Luft, Trachea und Bronchien mit den das Kind umschliessenden Medien, nämlich Fruchtwasser und in demselben suspendirte Stoffe, Vernix caseosa und Meconium, anfüllen und dadurch das extrauterine Athmen erschweren oder ganz unmöglich machen, was ja auch in unserm Falle als die Todesursache des Kindes angesehen werden muss.