

Beitrag zur Klinik und Therapie der langdauernden Placentarperiode

Autor(en): **Böhi, Paul**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Mitteilungen der Thurgauischen Naturforschenden Gesellschaft**

Band (Jahr): **26 (1926)**

PDF erstellt am: **22.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-594064>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Beitrag zur Klinik und Therapie der langdauernden Placentarperiode.

Von Dr. Paul Böhi, Frauenfeld.

Die Frage, wie lange bei retinierter Placenta ohne Blutung bis zum künstlichen Eingreifen zugewartet werden soll, wurde in letzter Zeit durch die Arbeiten von Liepmann,¹⁰ Alexander,¹ Lindig¹¹ und andern wieder zur Diskussion gestellt.

So schreibt Liepmann in der Berliner medizinischen Wochenschrift im Jahre 1919: „Es ist dringend notwendig, jeden Fall verspäteter Lösung der Placenta zu publizieren, damit man sich an einem großen Material endgültig darüber klar wird, nach wie langer Zeit eine spontane Lösung mit Hilfe der Expression noch möglich ist.“

Ferner wird durch die Publikation einer möglichst großen Zahl solcher Fälle auch die weitere Frage abgeklärt: Wie lange dauert es, bis sich ein so großer Leucocytensturzwall gebildet hat, daß eine Spätlösung der Placenta ohne Infektionsgefahr für die Wöchnerin ausgeführt werden kann, selbst wenn sich im Uteruscavum Bakterien angesiedelt haben?

In der Literatur finden wir schon eine recht schöne Anzahl von Fällen, bei denen die Placenta erst viele Tage, ja sogar Wochen post partum entweder spontan abging oder künstlich entfernt wurde, ohne daß die Wöchnerin durch die abnorm lange Placentarperiode irgendwelchen Schaden erlitten hätte.

Als Beweis dafür möchte ich im nachfolgenden aus den publizierten Fällen einige herausgreifen:

So berichtet nach Hegar⁸ schon Paul von Sorbait, daß eine Nachgeburt länger als 14 Tage ohne Nachteil im Uterus verweilte. C. Bartholin (1655–1735) erzählt nach dem gleichen Autor einen Fall, in welchem der Kuchen 14 Wochen nach der Geburt noch glücklich abging.

Zur Zeit der berühmten Hof-Wehe-Mutter, Justinen Siegemundin,¹³ scheint das Zurückbleiben der Nachgeburt während

10741
125635

mehrerer Tage nichts allzu Auffallendes gewesen zu sein; denn sie schreibt auf Seite 303 ihres „Unterrichtes“: „Also ward der Herr Stadt-Physicus zu Hülffe geruffen, welcher vor rathsam befand, man sollte nicht eilen, geschähe es doch öftters, daß die Nachgeburt etliche Tage zurücke bliebe, vielleicht lösete sie sich nach und nach.“ Freund und Hitschmann⁴ schreiben im Winkel'schen Handbuch der Geburtshülfe, Bd. II/3, Seite 2250: „Unsere eigene Beobachtung, wo die ganze Placenta drei Wochen (Schauta ein Jahr) ohne besondere Erscheinungen zu machen, zurückgehalten wurde, sprechen entschieden dafür“ nämlich, daß man gegen das Zurücklassen von Placentarstücken nicht viel einwenden kann. An gleicher Stelle wird ein Fall von Theward mitgeteilt, „wo die Placenta accreta nach 50 Tagen spontan ausgestoßen wurde.“

Frey-Bolli⁵ erwähnt zwei Fälle, bei denen die Placenta erst im Wochenbett das eine Mal am vierten Tage, das andere Mal in Stücken an verschiedenen Tagen ausgestoßen wurde; der Verlauf war ein guter.

Lindig berichtet im Zentralblatt für Gynäkologie 1920 von einem 25jährigen Bauernmädchen, das 14 Tage, nachdem es bei der Feldarbeit ein ausgetragenes Kind geboren hatte, in die Klinik aufgenommen wurde, wo durch leichten Druck auf den Uterus eine fötid riechende Placenta mit den Eihäuten exprimiert werden konnte. Das Wochenbett verlief vollkommen ohne Fieber.

Einen Fall von 114stündiger Retention der Placenta nach reifer Geburt teilt Ad. Koch⁹ in Riga mit: Bei einer ungewöhnlich unsaubern Frau wurde von mehreren Nachbarinnen, als die Nachgeburt nicht abgehen wollte, der Uterus massiert, geknetet; es wurden auch Secale-Präparate gegeben; vier Tage nach der Geburt versuchte eine alte Frau vergeblich die Placenta manuell zu entfernen; dann wurde die fiebernde Wöchnerin ins Krankenhaus eingeliefert, wo die Nachgeburt manuell entfernt wurde. Nach anfänglich septischem Wochenbettsverlauf konnte die Patientin am 16. Tage nach Spital-eintritt geheilt entlassen werden.

Im Sinne der eingangs aufgestellten Forderung, die Zahl solcher Einzelbeobachtungen möglichst zu vermehren, möchte ich hier zwei Fälle zur allgemeinen Kenntnis bringen, bei denen die Placenta ungewöhnlich lange im Uterus zurück-

gehalten und schließlich durch manuelle Lösung ohne irgendwelchen Nachteil für die Mutter entfernt wurde.

Fall 1.

Frau H., Bäuerin, in N., 25 Jahre alt, Erstgebärende. Beide Eltern, ein Bruder und eine Schwester leben, sind gesund. Frau H. selbst will noch nie ernstlich krank gewesen sein. Erste Menses mit 14 Jahren, regelmäßig alle vier Wochen, nur einen Tag dauernd, ohne Molimina. — Am 29. August 1920 machte sie einen Abort mit dritten Schwangerschaftsmonat durch; der 6 cm lange Fötus ging spontan ab. Wegen einer profusen Blutung, die sich zwei Tage später einstellte, wurde der Arzt gerufen, der einen retroflektierten, beweglichen, mannsfaustgroßen Uterus konstatierte und im Hause der Patientin in Aethernarkose eine digitale Ausräumung des Uterus vornahm; es wurde dabei eine etwa hühnereigroße übelriechende Masse von Abortresten entfernt; an der vordern Uteruswand blieb jedoch ein festsitzender Rest zurück; der sogar mit der Curette nicht vollständig ausgekratzt werden konnte; nach der Ausräumung wurde noch eine heiße intrauterine Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Temperatur während der nächsten Woche nie über 37. — Sechs Wochen nach diesem Eingriff trat die Periode wieder ein, wiederholte sich nochmals anfangs Oktober und anfangs November, dauerte jedesmal kaum einen Tag, blieb dann wegen der eingetretenen zweiten Schwangerschaft wieder aus.

Am 9. August 1921, also am Ende der Gravidität, gebar Frau H. ohne ärztliche Hilfe einen 3 kg schweren Knaben; während der Geburt wurde sie zweimal von der Hebamme vaginal untersucht. Da die Nachgeburt auch auf Expressionsversuche der Hebamme nicht abging, ließ sie mich am folgenden Tage, 20 Stunden post partum, zu der Wöchnerin rufen. Bei meiner Ankunft fand ich einen kugeligen, bis zum Nabel reichenden Uterus, keine Zeichen der Placentarlösung; kein Blutabgang; Temperatur 37,2. Nachdem die Harnblase entleert worden war, versuchte ich die Placenta durch den Credé'schen Handgriff zu exprimieren; doch blieb der Versuch erfolglos, obwohl der Uterus durch die dünnen Bauchdecken gut zu umfassen war.

Eine Turgeszierung der Placenta nach Mojon-Gabaston schien mir nicht mehr ratsam zu sein; denn das aus den Genitalien heraushängende Nabelschnurstück war derart beschmutzt, daß ich die Gefahr einer Verschleppung von Keimen in die intervillösen Räume bei eventuell nicht mehr intaktem Placentargefäßsystem für zu groß erachtete, um so mehr als diese Voraussetzung bei den verschiedenen Expressionsversuchen sehr wohl zutreffen konnte.

Da die nicht durch Blutung komplizierte Retention der Placenta niemals zur Einführung der Hand in den Uterus berechtigt (Bumm, Grundriß der Geburtshülfe), entschloß ich mich, vorläufig abzuwarten, um so mehr als ich mit der Möglichkeit rechnen mußte, es könnte sich um einen jener äußerst seltenen Fälle von Placenta accreta handeln, bei welcher die manuelle Placentarlösung nie zum Ziele, sondern regelmäßig zu einer abundanten Blutung mit tötlichem Ausgang führt (Dietrich, Klinische Wochenschrift 1923³). Die Vermutung, daß eine solche Placenta accreta vorliegen könnte, lag um so näher, als ihre Hauptätiologie, Schädigung des Endometriums, durch die digitale und instrumentelle Abortausräumung am 31. August des vergangenen Jahres vorhanden war.

Die Wöchnerin, die sich zu einer Transferierung ins nahe gelegene Krankenhaus nicht entschließen konnte, hatte während der 20 Stunden, die seit der Geburt verflossen waren, nur ganz geringe Nachwehen; ich machte ihr eine Injektion von 1 ccm Secacornin „Roche“ und besuchte sie während der folgenden Tage regelmäßig; am dritten Tage nach der Geburt stieg die Temperatur auf 38, sonst war sie dauernd unter 37.

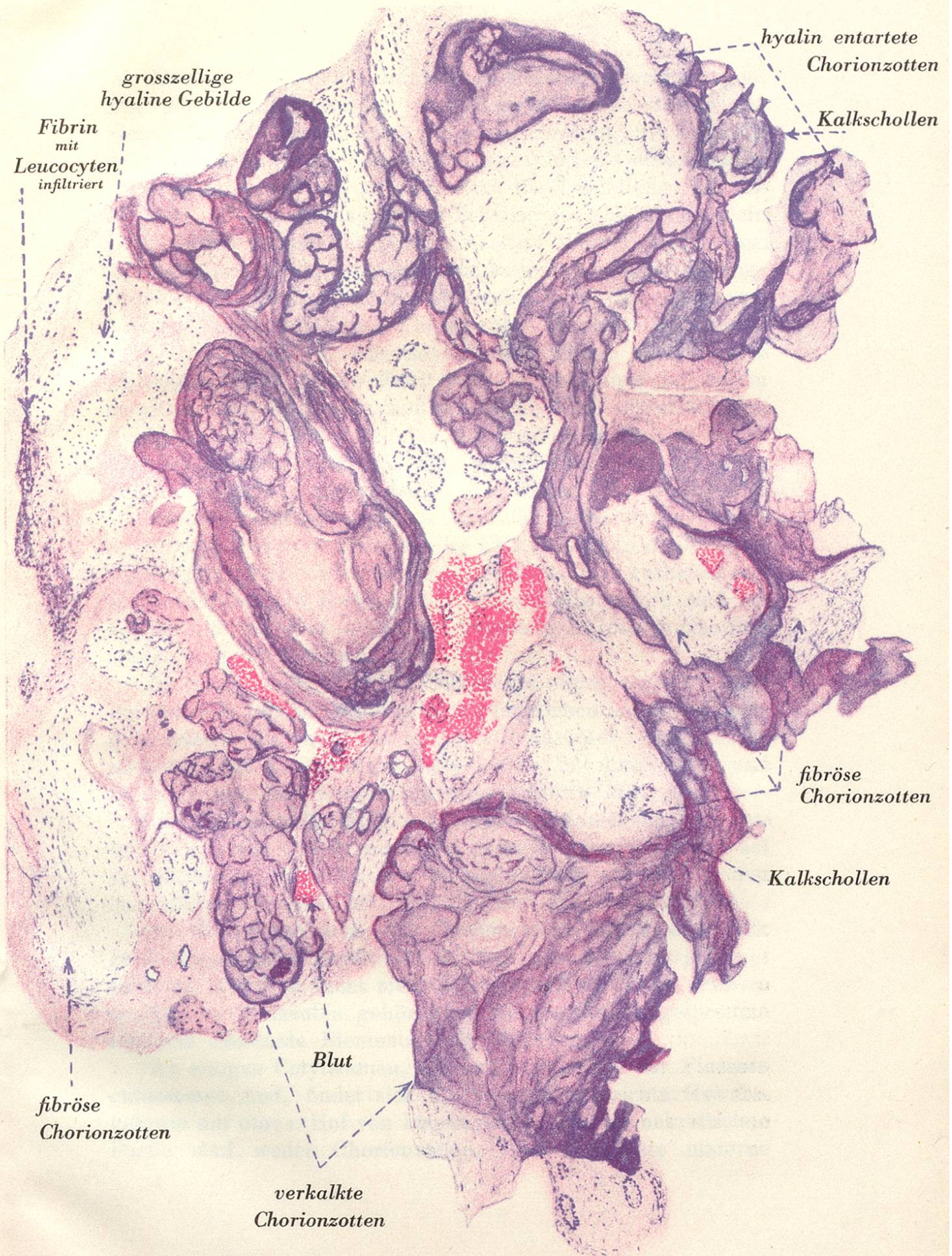
Am 15. August, also sechs Tage post partum, war immer noch kein Zeichen von Placentarlösung eingetreten, kein Blutabgang, gutes Allgemeinbefinden, das Neugeborene konnte gut gestillt werden; ein Versuch, die Placenta nach Credé zu exprimieren, blieb auch an diesem Tage, wie an den vorhergehenden erfolglos. Da sich nur ganz leicht ab und zu auftretende Nachwehen einstellten, und da sich am Uterus kein Kontraktionsring nachweisen ließ, machte ich eine Injektion von 0,5 ccm Gynergen „Sandoz“. Es trat kurz darauf eine starke Kontraktion des Uterus ein; doch es erfolgte keine Ausstoßung der Nachgeburt.

Am 21. August, also am zwölften Tage nach der Geburt, wurde ich wieder zu der Wöchnerin gerufen, wegen einer leichten Blutung, die sich während der letzten Nacht eingestellt hatte. — Da sich nun offenbar die Placenta zu lösen begann und infolgedessen eine stärkere Blutung zu befürchten war, entschloß ich mich zur künstlichen Entfernung der Nachgeburt: nach erfolglosem Credé ohne und mit Narkose ging ich nach sorgfältiger Händedesinfektion mit einer mit Gummihandschuh versehenen Hand in den Uterus ein. Die Placenta, die der vordern Uteruswand fest anhaftete, ließ sich, nachdem einmal die Trennungsschicht zwischen Uteruswand und Placentargewebe aufgefunden war, relativ leicht, allerdings mit einigen Zerreißungen des Placentargewebes, abschälen, so daß nur ein einmaliges Eingehen der Hand in die Uterushöhle notwendig wurde. Unmittelbar nachher machte ich noch eine heiße intrauterine Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung und eine intramuskuläre Injektion von 1 ccm Secacornin „Roche“.

Am Tage nach dem Eingriff hatte die Wöchnerin eine Temperatur von 38, Puls 96; im übrigen stieg sie während der ganzen folgenden Woche nie über 37; sie konnte ihr Kind während 15 Wochen vollständig stillen. Ein Vierteljahr nach der Geburt trat die Periode wieder regelmäßig ein, alle vier Wochen mit einer jeweiligen Dauer von einem Tage. Es zeigten sich bei ihr nie irgendwelche Zeichen einer Metritis; das Allgemeinbefinden war vollkommen gut.

Am 29. Juli 1923 machte die Frau eine zweite Geburt durch: Steißlage; zwei Stunden nach der Geburt ging die Placenta vollkommen spontan ab, ohne jeglichen „leichten Druck“ auf die Gebärmutter. Auch dieses Kind wurde wieder ein Vierteljahr gestillt. Die Frau ist heute völlig gesund, regelmäßig menstruiert, ohne Zeichen einer chronischen Metritis.

Präparat: Die Placenta hat ein Gewicht von 540 g, in der Mitte eine Dicke von 4 cm; die Insertion der Nabelschnur ist zentral, auf der fötalen Seite sind ausgedehnte weiße Infarkte, auf der uterinen Seite ist die Oberfläche von der manuellen Lösung stellenweise zerfetzt und eingerissen; Auflagerungen von koaguliertem Blute sind nicht vorhanden; die Zeichnung der Cotyledonen ist gut ausgebildet. Beim Durchschneiden der Placenta sieht man auf der Schnittfläche



hyalin entartete
Chorionzotten

Kalkschollen

grosszellige
hyaline Gebilde

Fibrin
mit
Leucocyten
infiltriert

fibröse
Chorionzotten

Kalkschollen

Blut

fibröse
Chorionzotten

verkalkte
Chorionzotten

im Bereiche der weißen Infarkte ausgedehnte Verkalkungen. Aus der Placenta wurden einige walnußgroße Stücke zur histologischen Untersuchung herausgeschnitten, in Formalin gehärtet, und die aus den Stücken hergestellten Gefrierschnitte mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. Für die Herstellung und die Hilfe in der Beurteilung dieser Schnitte spreche ich Fräulein Dr. P. Kworostanski in Zürich meinen besten Dank aus. Mikroskopisches Bild: vgl. nebenstehende Tafel; Vergrößerung: Objektiv III, Okular I; Leitz Mikroskop: In den nicht verkalkten Partien sind die Chorionzotten klein, stark fibrös, ohne Gefäße; die in den Septen vorhandenen Gefäße sind obliteriert. Eine große Zahl von Chorionzotten ist hyalin entartet. Das Syncytium auf diesen fibrösen Zotten ist einreihig, kaum angedeutet, ohne Differenzierung in eine Langhans'sche und in eine syncytiale Schicht; ebenso sind keine Zellsäulen an den Chorionzotten vorhanden.

In den makroskopisch als verkalkt erkennbaren Stellen findet man nur vereinzelt fibröse Chorionzotten; die Struktur dieser Zotten ist verwischt, zum größern Teil enthalten sie zusammenfließende Kalkschollen; zum kleinern Teil sind sie hyalin entartet. Der syncytiale Ueberzug an diesen Chorionzotten fehlt vollkommen.

In den Randpartien der Placenta sind noch schmale Streifen von der Decidua basalis mit länglichen eng aneinander gelagerten hyalinen Zellen vorhanden; darunter liegen Fibrinschichten mit koaguliertem Blute, alles mit Leucocyten und Lymphocyten infiltriert. Das erstarrte Fibrin füllt alle intervillösen Räume vollständig aus; das Blut findet sich in demselben nur als kleine Inselchen, gerade umgekehrt wie bei der normalen Placenta, wo man die Chorionzotten in den intervillösen Räumen mit reichlich Blut umgeben antrifft.

Im Fibrin zwischen den Chorionzotten finden sich auch großzellige hyaline Gebilde, deren Zellen voneinander getrennt sind; es läßt sich nicht mehr entscheiden, ob sie zu frühern syncytialen Zellsäulen gehören oder ob sie als abgesprengte erstarrte deciduale Elemente aufzufassen sind.

An einigen Cotyledonen, die aus dem Rande der Placenta entnommen sind, findet sich außerdem eine leichte Gewebnekrose mit einem Hof von Leucocyten. In dieser nekrotischen Partie sind weder Chorionzotten, noch deciduale materne

Elemente, noch Amniongewebe klar zu erkennen; das Gewebe hat hier nur ganz wenig Farbstoff angenommen.

In allen Schnitten, welche histologisch untersucht wurden, finden sich keine Zeichen einer Entzündung oder Verjauchung (Leucocyteninfiltration in der maternen Placenta oder Gewebszerfall). Die oben erwähnte Gewebsnekrose ist so zu erklären, daß sich dort die Placenta teilweise löste (vielleicht bei den erfolglosen Expressionsversuchen) und dann infolge der Fremdkörperreaktion mit dem Leucocytenhof umgeben wurde.

Fall 2.

Die Angaben hierüber verdanke ich zum Teil Herrn Kollege Braun in M.:

33jährige Frau B. in M., die früher nie ernstlich krank war, und die im Mai 1926 ihr zweites Kind erwartete; die erste Geburt im Jahre 1922 verlief vollkommen normal, speziell ohne Störung der Nachgeburtsperiode. Während der zweiten Schwangerschaft litt sie an einer Pyelocystitis mit reichlich Leucocyten im Urin. Behandlung mit Urotropin. Beginn der Geburt am Morgen des 17. Mai 1926; am Abend des gleichen Tages machte der Herr Kollega, nachdem die Parturiens während zwölf Stunden kräftige Wehen hatte, wegen drohender Asphyxie des Kindes eine Beckenausgangszange in Chloroformnarkose. Bei dem 3,9 kg wiegenden, asphyktischen Kinde setzte nach intensiven Wiederbelebungsversuchen nach einer Viertelstunde die Atmung allmählich ein. — Da die Placenta ohne Blutung in utero zurückblieb, machte der Arzt zur Anregung von Nachwehen eine subkutane Injektion von 1 ccm Pituglandol „Roche“, worauf sich der Uterus gut kontrahierte, jedoch die Ausstoßung der Placenta nicht erfolgte. Eine Stunde nach der Geburt wurde der Uterus massiert und darauf vergeblich versucht die Nachgeburt nach Credé zu exprimieren. Nach zwei weiteren Stunden wurde in einer zweiten Chloroformnarkose wiederum versucht, die Placenta durch forcierten Credé herauszubringen, und als dieser erfolglos blieb, in der gleichen Narkose zur manuellen Lösung der Nachgeburt geschritten; doch gelang es nicht, diese im linken Tubenwinkel zu erreichen. Da sich keine Blutung einstellte, wurde der Versuch aufgegeben und 0,5 ccm Gynergen „Sandoz“ subkutan injiziert. — Während der folgenden Nacht stellte

sich kein größerer Blutabgang ein; Temperatur am Morgen (18. Mai) 36,8, Puls 88. Gegen Abend jedoch trat etwas Fieber auf, 38. Auch stellte sich eine oedematöse Schwellung der großen Labien ein; so entschloß sich der Kollege 24 Stunden post partum zu einem zweiten Versuch, die Nachgeburt in Chloroformnarkose manuell zu lösen; doch war es ihm auch jetzt wieder nicht möglich, diese in der Tubenecke zu erreichen, da die Hand nur mühsam durch den Kontraktionsring über den innern Muttermund hinauf gelangen konnte; nach mühevollen Arbeiten brachte er schließlich zwei taubenei-große Stücke von Placentargewebe aus dem Uterus heraus, wobei es merkwürdig wenig blutete.

Da der Kollege in dieser Situation die Verantwortung nicht mehr allein übernehmen wollte, bat er mich zu einem Konsilium; als ich etwa eine halbe Stunde später bei ihm eintraf, fand ich die Wöchnerin noch in leichter Narkose. Der Fundus des sanduhrförmigen Uterus war etwas über Nabelhöhe.

Da infolge der teilweisen Entfernung der Placenta eine Blutung zu befürchten war, da ferner durch die zwei manuellen Lösungsversuche eine erhebliche Infektionsgefahr bestand und die Wöchnerin sich zudem noch in Narkose befand, hielt ich die sofortige manuelle Ausräumung in tiefer Narkose für das einzig in Frage kommende Prozedere. — Nach sorgfältiger Händedesinfektion ging ich mit der rechten Hand ins Cavum uteri ein; in der Gegend des innern Muttermundes fand sich ein enger, kaum für einen Finger durchgängiger unnachgiebiger Kontraktionsring; der Widerstand des Muskelringes schien anfänglich kaum überwindbar; erst als die vom Kollegen übernommene Narkose eine gewisse Tiefe erreicht hatte, öffnete sich der Kontraktionsring und ließ sich die Placenta mit relativ leichter Mühe aus der Tubenecke entfernen; nach der Lösung wurde noch eine heiße intrauterine Spülung gemacht. Am folgenden Tage hatte die Frau eine Temperatur von 37,8; während des ganzen Wochenbettes stieg sie nie über 37. Die Frau erholte sich rasch und fühlt sich heute vollkommen gesund.

Wenn wir uns an die Begriffsbestimmung und Nomenklatur von Dietrich halten, der bekanntlich drei Arten von retinierter Placenta unterscheidet, nämlich

1. die Placenta incarcerata = Verhaltung der gelösten Placenta im corpus uteri;
2. die Placenta adhärens = Verhalten der ungelösten Placenta infolge abnormer Haftung, jedoch ohne Verwachsung;
3. die Placenta accreta = Verhaltung der Placenta infolge abnormer Verwachsung mit der Uteruswand,

so müssen wir im Falle 1 eine Placenta adhärens und im Falle 2 eine Placenta incarcerata annehmen; denn im ersten Falle fand man weder bei der äußern Untersuchung noch bei der später vorgenommenen manuellen Lösung einen Kontraktionsring; die Hand konnte ohne weiteres in die Uterushöhle eingeführt und die der vordern Uteruswand anhaftende Nachgeburt entfernt werden. Es fehlten auch die Ursachen für die Entstehung eines solchen Kontraktionsringes, wie z. B. zu frühes Reiben und Drücken des Uterus oder zu hohe Secalegaben. Während der ersten 20 Stunden, bis zum Eintreffen des Arztes, war ja der Uterus vollständig sich selbst überlassen.

Als Aetiologie für die abnorme Haftung kommt am ehesten die bei der Patientin im vorhergehenden Jahre vorgenommene digitale Ausräumung des Uterus mit gleichzeitiger Entfernung der an der vordern Uteruswand festsitzenden Abortreste in Betracht. Dafür würde auch die Tatsache sprechen, daß die adhärente Placenta ihren Sitz an der vordern Uteruswand hatte. Die Form, Größe und Konsistenz der Nachgeburt zeigten nichts Abnormales und kommen deshalb als Ursache nicht in Frage.

Im zweiten Falle, wo der Uterus schon auf eine Pituglandolinjektion sich gut kontrahierte, wo er schon wenige Stunden nach der Geburt durch Massieren, durch die erfolglosen Credé-Versuche, mit und ohne Narkose, ferner durch den zweimaligen Versuch einer manuellen Lösung in einen Reizzustand versetzt wurde, hatten wir sowohl bei der äußern als auch bei der innern Untersuchung einen stark ausgebildeten Kontraktionsring, also das typische Bild der Inkarzeration.

Wäre bei meiner Ankunft, also 24 Stunden post partum, noch kein zweimaliger manueller Lösungsversuch gemacht, wäre dadurch keine Blutungs- und Infektionsgefahr erzeugt worden, so hätte ich, gestützt auf den Grundsatz, daß „Zeit“

in der Geburtshilfe nie eine Indikation sein darf, die Placenta ohne Bedenken zurückgelassen, vielleicht durch Opiumpräparate den Krampfzustand des Uterus zu lösen versucht, in der Ueberzeugung, daß die Nachgeburt doch noch entweder spontan oder dann durch Expression abgegangen wäre.

Die beiden Fälle zeigen uns, daß bei einer manuellen Placentarlösung eine Infektion der Wöchnerin nicht einzutreten braucht, auch wenn der Eingriff ungewöhnlich lange nach der Geburt ausgeführt werden mußte. Hammerschlag,⁶ zitiert nach Zentralblatt für Gynäkologie 1919, empfiehlt bei Adhaerenz der Placenta ohne Blutung, nicht mehr als 4—6 Stunden zu warten und vertritt die Ansicht, bei der von Liepmann empfohlenen Wartezeit von 12 Stunden und länger sei die Gefahr der Infektion des Uterusinhaltes zu groß; denn damit verschlechtere sich die Prognose der eventuell doch noch notwendig werdenden manuellen Lösung ganz beträchtlich. Der günstige Verlauf dieser beiden Spätlösungen scheint seine Auffassung zu widerlegen. In späterer Zeit rät Hammerschlag⁷ in der Außenpraxis 6, in der Klinik 12 Stunden zu warten.

Wir wissen einerseits, daß mit jeder Stunde, die vom Momente der Geburt bis zum manuellen Eingreifen verfließt, die Infektionsgefahr durch die Ansiedelung von Keimen in der Uterushöhle wächst, andererseits müssen wir aber annehmen, daß infolge des sich bildenden Leucocytschutzwalles die Gefahr des Eindringens dieser Keime in die Blutbahn wieder abnimmt. Dieser Leucocytschutzwall, sowie die Thrombosierung der intervillösen Räume wird umso fester und unverletzbarer, je länger die Wartezeit dauert. Eine Verjauchung der Placenta scheint wie Fall 1 beweist, nicht einzutreten, solange sie in ihrer ganzen Ausdehnung „adhaerent“ ist, solange sie durch Endosmose ernährt wird und nicht als „Fremdkörper“ im Uterus liegt.

Selbstverständlich ist die Art, wie eine Spätlösung der Placenta vorgenommen wird, von großer Bedeutung; denn in erster Linie soll dieser Schutzwall möglichst geschont werden. Dazu scheint mir die Verwendung von sterielen Gummihandschuhen unerlässlich.

Die Frage, ob man berechtigt ist, eine adhaerente Placenta, die sich nicht exprimieren läßt, und die keine Blutung verursacht, nach einer gewissen Zeit manuell zu lösen, wird von

den führenden klinischen Lehrern heute noch sehr verschieden beantwortet (eine Uebersicht der einzelnen Autoren über die Zeit des Eingreifens findet sich bei Alexander).

Die Redaktion der *Therapeutic gaz. Detroit*,¹⁴ zitiert nach Zentralblatt für Gynäkologie 1924, erließ über diese geburts-hilfliche Komplikation eine Umfrage an die Universitätskliniker; auch in Amerika gehen unter den Klinikvorstehern die An-sichten noch weit auseinander. Während die einen bei Fehlen von Blutung und Infektion nur wenige Stunden abwarten, ver-hält sich Barton Cooke Hirt (Philadelphia) bei Fehlen von Blutung, unabhängig ob eine Infektion vorliegt oder nicht, in weitgehendem Maße konservativ; nach seiner Ansicht kann die Placenta ohne Schaden Wochen bis Monate zurückgehalten werden.

Bei diesen divergenten Auffassungen über den Zeitpunkt, wann eine manuelle Lösung erfolgen soll, ist es nicht zu ver-wundern, wenn wir beim praktischen Arzt in dieser Frage eine große Unsicherheit und Ungleichheit in der Indikations-stellung treffen und so ist auch je nach der Schule, aus der ein Arzt hervorgegangen ist, und je nach seinem Temperament die Zahl der manuellen Lösungen in den verschiedenen ärzt-lichen Wirkungskreisen eine recht verschiedene.

Um diese Ungleichheit in der Indikationsstellung im Kanton Thurgau zu veranschaulichen, habe ich an Hand der amtlichen Statistik der Herren Bezirksärzte, die sich auf die Angaben der Hebammentagebücher stützen, die Zahl der manuellen Placentarlösungen im Verhältnis zur Geburtenzahl in neben-stehender Tabelle für die Jahre 1920—1925 bezirksweise zusammengestellt. Auf den ersten Blick fällt uns der große Unterschied auf zwischen dem Bezirk Weinfelden, wo wir in den genannten Jahren im Durchschnitt nur 0,17 % künstlicher Placentarlösungen haben, und dem Bezirk Münchwilen, wo die Zahl der Prozente bis auf 3,03 ansteigt.

Zur bessern Beurteilung dieser Zahlen möchte ich einige vergleichende Werte aus frühern Zeiten und der Gegenwart hinzufügen: Die älteste, mir zugängliche Quelle über die Häufigkeit der Placentarretention ist das Buch der „Hof-Wehe-Mutter“, Justinen Siegemundin, die auf Seite 102 ihres „Unterrichtes von schweren und unrecht stehenden Geburten“ im VI. Kapitel von angewachsener Nachgeburt schreibt: „Ich

Bezirk	Arbon		Bischofzell		Dießenhofen		Frauenfeld		Kreuzlingen		Münchwilen		Steckborn		Weinfelden		Im ganzen Kanton	
	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen	Anzahl der Geburten	Anzahl der künstl. Placentar-lösungen
1920	484	8	359	5	91	1	446	5	388	8	443	16	252	7	291	2	2754	52
1921	458	8	307	4	93	3	419	3	384	8	432	11	297	8	283	—	2673	45
1922	353	7	291	1	79	1	469	1	318	1	439	10	257	4	292	1	2498	26
1923	363	2	322	3	83	2	461	4	321	3	424	10	231	3	284	—	2489	27
1924	373	17	306	4	72	—	475	6	359	8	393	12	245	3	330	—	2553	50
1925	365	8	303	1	55	1	504	2	316	11	408	18	222	4	303	—	2476	45
Total	2396	50	1888	18	473	8	2774	21	2086	39	2539	77	1504	29	1783	3	15443	245
%		2,08		0,95		1,69		0,76		1,87		3,03		1,93		0,17		1,59

hatte bereits über sechshundert Kinder ausgebadet, ehe mir ein Exempel unter die Hände kommen war, daß ich die Nachgeburt angewachsen gefunden.“ Das wären also 0,16 % und dies bei einer Methode der Nachgeburtsleitung, die wir heute als absolut verwerflich ansehen (Zug an der Nabelschnur mit der linken Hand bei gleichzeitigem Offenhalten des Muttermundes mit der eingeführten rechten Hand; zu dieser Zeit machte die Siegemundin noch keine manuellen Lösungen; erst später begann sie die Nachgeburt „abzuschälen“).

Bei Hegar findet sich die Angabe, daß die Geburtenzahl in seiner Vaterstadt Darmstadt und in der nächsten Umgebung jährlich 760 betrug; dabei kam auf 50 Geburten je eine Nachgeburtsverzögerung. Nur in Stuttgart war die Zahl noch bedeutender; dort kam auf 19 Geburten eine künstliche Placentarlösung.

Cohnstein² hat in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts durch eine umfassende Zusammenstellung der Ergebnisse zahlreicher Schriftsteller den durchschnittlichen Prozentsatz der manuellen Placentarlösungen berechnet und dabei gefunden, daß die Ablösung der verwachsenen Placenta mittels der Hand in 0,35—0,58 aller klinischen Geburtsfälle notwendig sei, daß dagegen in der Poliklinik die verwachsene Placenta in 3,5—5,2 % der Fälle gelöst wurde.

Nach einer Arbeit von E. Zweifel¹⁵ aus der Universitäts-Frauenklinik in München wurden bei 10 000 Geburten 83 manuelle Lösungen der Placenta gefunden (inklusive 10 Entfernungen von Placentarresten) das heißt also 0,83 %.

An der Berner Frauenklinik wurden nach Pfister¹² in 1,8 % der Fälle manuelle Lösungen notwendig.

Die Ursache dieser gewaltigen Differenz kann unmöglich in anatomischen Verschiedenheiten bei den einzelnen Wöchnerinnen, sondern muß in einer grundsätzlich verschiedenen Auffassung der Leitung der Nachgeburtsperiode sowohl beim Arzt als auch bei der Hebamme gelegen sein.

Es wäre interessant, sich an Hand der erwähnten Hebammen-tagebücher, über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse bei den manuellen Placentarlösungen im Kanton Thurgau zu orientieren; doch sind leider die Grundlagen in diesen Tagebüchern zu ungenügend, um uns hierüber einen Einblick zu gestatten. Es könnte dadurch auch keine neue Tatsache als

die schon längst bekannte festgestellt werden, nämlich, daß die manuelle Placentarlösung auch heute noch im Zeitalter der Asepsis die gefährlichste geburtshilfliche Operation ist; beträgt doch ihre Mortalität auch jetzt noch 7—8 ‰.

Der gute Verlauf der beiden oben beschriebenen Fälle scheint uns die Berechtigung zu geben, auch in der Privatpraxis eine Placenta während Tagen und Wochen zurückzulassen, entgegen der Ansicht vieler Autoren, welche die Forderung aufstellen, der Arzt dürfe im Privathaus die Frischentbundene erst verlassen, wenn die Nachgeburt da sei. So schreibt zum Beispiel Frey-Bolli⁵: „Immerhin dürfte das Zurücklassen einer reifen Placenta nur in einer Klinik die Methode der Wahl sein, da es plötzlich zu einer lebensbedrohenden Blutung kommen könnte, wenn nicht sofort ärztliche Hilfe zur Hand ist.“ Ich glaube, daß diese Gefahr, wenn einmal zwei bis drei Stunden nach der Geburt kein Blut abgegangen ist, heute im Zeitalter von Auto und Telephon nicht allzugroß ist. So kann ja beim Eintreten einer Blutung in äußerst kurzer Zeit der Arzt wieder zur Stelle sein oder die Transferierung der Wöchnerin in die Klinik angeordnet werden. Dagegen besteht wohl kein Zweifel, daß bei langem Zuwarten doch noch manche Placenta spontan oder durch Expression abgeht, daß also die Wöchnerin auf diese Weise vor dem gefährlichsten geburtshilflichen Eingriff bewahrt werden kann.

Ob eine eventuell nach langer Wartezeit doch noch notwendig werdende manuelle Lösung eine erhöhte Gefahr bedeutet, kann nur die Statistik entscheiden; in diesem Sinne sollen die beiden beschriebenen Fälle einen Beitrag zur Materialsammlung über Spätlösung der Placenta liefern.

Literatur-Verzeichnis.

- ¹ Alexander Berthold, Zur Klinik und Therapie der langdauernden Placentarperiode. In.-Diss. Berlin 1919.
- ² Cohnstein, Beitrag zur Lehre der Placentarverwachsung. Archiv für Gynäkologie, Bd. 36
- ³ Dietrich H. A., Aetiologie und Therapie der Retention der Placenta unter besonderer Berücksichtigung der pathologischen Placenta-Haftung. Klinische Wochenschrift 1923, Nr. 31.
- ⁴ Freund H. W. und Hitschmann in Winkel, Handbuch der Geburtshilfe.

- ⁵ Frey-Bolli, Die Turgeszierung der Placenta; Korrespondenzblatt für Schweizerärzte 1919, Nr. 16.
 - ⁶ Hammerschlag H., Zur Klinik der manuellen Placentarlösung. Berliner Klinische Wochenschrift 1919, Nr. 15.
 - ⁷ Hammerschlag H., Kongreß 1920. Berlin.
 - ⁸ Hegar Alfred, Die Pathologie und Therapie der Placentarretention. Berlin, Verlag von Hirschwald. 1862.
 - ⁹ Koch Ad., Zentralblatt für Gynäkologie 1924, Nr. 25.
 - ¹⁰ Liepmann W., Zur Indikationsstellung für die manuelle Placentarlösung bei Placenta adhäsiva. Berliner Klinische Wochenschrift 1919, Nr. 13.
 - ¹¹ Lindig Paul, Erwägungen über die zeitliche Begrenzung der Nachgeburtsperiode. Zentralblatt für Gynäkologie 1920, Nr. 17.
 - ¹² Pfister A., Beitrag zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. In.-Diss. Bern 1913.
 - ¹³ Siegemundin Justine, Von schweren und unrecht stehenden Geburten. Berlin 1741.
 - ¹⁴ Therapeutic gaz. Detroit, Mai 1923. Behandlung der adhären-ten Placenta; eine Zusammenstellung. Zentralblatt für Gynäkologie 1924, Nr. 20.
 - ¹⁵ Zweifel Erwin, Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten usw. Archiv für Gynäkologie, Band 101.
-