

REVUE

AUS DEM INHALTE DER MEDICINISCHEN ABTHEILUNG

DES

„ORVOS-TERMÉSZETTUDOMÁNYI ÉRTESITŐ.“

(MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHE MITTHEILUNGEN)

ORGAN DER MEDIC. NATURWISS. SECTION DES SIEBENBÜRGISCHEN
MUSEUMVEREINS.

X. Band.

1888.

I. Heft.

UEBER RETENTION DER FRUCHT IM UTERUS (MISSED LABOUR.

Von Emanuel Góth.

Dass der Foetus in jedem Studium der intrauterinen Lebens erkranken kann, und dass die in Fruchthalter entstandenen Krankheiten nur ausnahmsweise im Genehung enden, sondern in der Regel den Tod der Frucht zur Folge haben, ist eine Thatsache, die schon längst bekannt ist.

Ist nun die Frucht im Innern der Gebärmutter abgestorben, so ist bekanntlich die nächste Folge hiervon die Unterbrechung der nur zwecklos gewordenen Schwangerschaft, und die Ausstossung der Frucht. Dieses Ereigniss tritt gewöhnlich einige Tage nach dem Absterben der Frucht ein, ausnahmsweise kommt es auch vor, dass bis zum Eintritte derselben einige Wochen verstreichen, ja es finden sich in der Literatur Fälle verzeichnet, in welchen die abgestorbene Frucht bis ans Ende der Schwangerschaft in der Gebärmutter verblieben.

Wird die Frucht sofort nach ihrem Absterben, oder doch kurze Zeit darauf, ausgestossen, so finden wir sie in demselben Zustande, in welchem sie sich zur Zeit des Absterbens befand. Ist aber zwischen Absterben der Frucht und Ausstossung derselben ein grösserer Zeitraum verstrichen, so finden sich am Körper der Foetus gewisse Veränderungen, welche theils in der bekannten Erscheinungen der Maceration- oder aber, allerdings seltener in Austrocknung, Schrumpfen des Foetus bestehen (Mumification.)

Diese Vorgänge sind, wie bereits erwähnt, seit lange bekannt, und unzählige Male beobachtet worden.

Dass aber die abgestorbene Frucht nicht bloß bis an das normale Ende der Schwangerschaft, sondern über dasselbe hinaus Monate, ja Jahre hindurch in der Gebärmutterhöhle verbleiben kann, und dass in solchen Fällen die Geburt entweder überhaupt nicht eintritt oder aber bloß bis zum Abfluss der Fruchtwässer anhält, dann aber aussetzt, dass im späterem Verlaufe die Weichtheile des foetalen Körpers eitrig zerfallen und in Form eines jauchigen Ausflusses den mütterlichen Körper verlassen, während das Skelett der Frucht zurückbleibt und erst durch mechanische Eingriffe aus der Gebärmutterhöhle entfernt werden können, dass überhaupt dergleichen Fälle vorkommen können, war in der geburtshülflichen Literatur gänzlich unbekannt. Um so grösserer Aufsehen erregte daher eine Mittheilung Oldhams, welche die Krankengeschichte einer Frau enthielt, bei welcher die Wehentätigkeit vor Ausstossung der Frucht gänzlich aufhörte und welche die abgestorbene Frucht monatelang über den normalen Schwangerschaftstermin im Uterus trug. Dieser Krankheitsfall wird in der Literatur und namentlich in den geburtshülflichen Lehrbüchern als Prototyp von missed labour betrachtet, und ist in vielen Stücken dem gleich zu beschreibendem Falle, der den Gegenstand gegenwärtiger Abhandlung bildet ähnlich.

Oldhams Publication gab dem Anstoss zur Erörterung der Frage, ob die Retention einer reifen, intrauterin abgestorbene Frucht lange Zeit über das normale Schwangerschaftsende hinaus überhaupt möglich sei?

Einzelne Autoren zweifelten an der Richtigkeit der von Oldham vertretenen Auffassung. So Müller (Paris), der den erwähnten Fall für einen irrig gedeuteten Fall von Extrauterinschwangerschaft hält, und zur Begründung seiner Behauptung sich auf den Sectionsbefund beruft. Im Verlaufe der Extrauterinschwangerschaft kommt es bekanntlich nicht selten vor, dass der Inhalt des Fruchtsackes eitrig zerfällt. Der auf diese Weise zu Stande gekommene Abscess öffnet sich entweder in die Blase oder Mastdarm, in einzelnen Fällen auch durch die Bauchwand nach Aussen. In Oldham's Falle durchbrach der Eiter, nach Müllers Auffassung die vordere Wand der Gebärmutter und durch die so entstandene Lücke gelangte die ursprünglich extrauterinall gelagerte Frucht in die Gebärmutter.

Andere Autoren gaben die Möglichkeit des von Oldham behaupteten Vorganges zu, betonten jedoch sämmtlich die grosse Seltenheit der erwähnten Anomalie.

In diesem Sinne äussern sich Spiegelberg¹⁾, K. Braun²⁾, Cohnstein³⁾, Zweifel⁴⁾ u. Andere.

Da die in der Literatur mitgetheilten Fälle von missed labour wenig zahlreich sind, so glaube ich der Wissenschaft einen Dienst zu leisten, wenn ich folgenden vor Kurzem beobachteten Fall der Öffentlichkeit übergebe:

Frau J. B. 26 Jahre alt, war während ihrer Kindheit stets gesund. Beginn der menstrualen Functionen im 15. Lebensjahre. Sie concipirte im Monate September des Jahres 1884. Letzte Menses am 6. September 1884, erste Kindesbewegung in den ersten Tagen des Monates Feber 1885. Bis ende April befand sie sich ganz wohl. Am Nachmittag des 23 April war die Frau auf dem Heimwege begriffen, hatte jedoch das Unglück auf der Gasse auszugleiten, und sich im Falle derart zu verletzen, dass sie nicht im Stande war sich zu erheben. Namentlich der Unterleib erlitt eine überaus heftige Erschütterung, und hörten von diesem Momente die Kindesbewegungen auf.

Sie wurde von den Umstehenden in den Wagen gehoben, und nach hause gebracht.

Da die Kranke über heftige Schmerzen im Unterleibe klagte, glaubte die Umgebung die Geburt sei im Anzuge, und schikten um die Hebamme. Dieselbe verweilte die ganze Nacht am Krankenbette, konnte jedoch die Zeichen der eintretenden Geburt nicht entdecken, und forderte daher die Zuziehung eines Arztes, umsomehr, als das Befinden der Frau sich stetig verschlimmerte.

Der herbeigerufene Arzt, dessen Freundlichkeit ich einen grossen Theil der oben mitgetheilten anamnesticen Daten verdankte, constatirte acute Peritonaeitis. Diese Krankheit dauerte sechs Wochen, während welcher Zeit die Frau schwer krank war. Sie hatte heftiges

¹⁾ Lehrb. d. Geburtsh. Seite 367.

²⁾ Lehrb. d. gesammten Gynaek. S. 632.

³⁾ Grundriss d. Geburtsh. S. 120.

⁴⁾ Lehb. der Geb. S. 266.

Fieber, und der Unterleib war derartig empfindlich, dass die geringste Berührung derselben heftige Schmerzausbrüche hervorrief.

Nach Ablauf der erwähnten 6 Wochen besserte sich der Zustand der Kranken so weit, dass die Schmerzen, das Fieber, der Meteorismus aufhörten, ohne dass jedoch vollkommene Reconvalescenz gefolgt wäre. Es blieb ein Gefühl von Schwäche und Abgeschlagenheit zurück, nichts destoweniger war die Patientin im Stande das Bett zu verlassen, und kleinere häusliche Arbeiten zu verrichten.

Mitte Juni 1885 bemerkte Patientin plötzlich den Abgang von Fruchtwasser, nachdem sie einige Stunden vorher Kreuzschmerzen verspürte.

Das Sickern des Fruchtwassers welches ganz geruchlos war, dauerte 4 Tage lang. Nach ablauf dieser 4 Tage hörten die Wehen ganz auf, ohne dass die Ausstossung der Frucht, auf welche Tage lang gewartet wurde, erfolgt wäre. Statt dessen begann eine braune, dickliche Flüssigkeit von äusserst unangenehmen Geruche aus den Genitalien zu fliessen, weshalb Irrigationen mit Carbolwasser verordnet wurden.

Dieser Zustand dauerte durch 2 Monate.

Nachdem das Schwangerschaftsende längst vorüber war, ohne dass die Geburt eingetreten wäre, suchte die Patientin die Aufnahme in die Gebärdenklinik nach, verliess dieselbe jedoch nach kurzer Zeit, ohne den Effect der zur Einleitung der Geburt in Anwendung gezogenen Mittel abzuwarten. Während der nun folgenden sechs Wochen war der Zustand der Kranken erträglich; am meisten litt sie in Folge des jauchigen Ausflusses. Damals gewahrte sie zuerst die Anwesenheit eines Knochenstückes in der Scheide, welches von ihrem Ehemann entfernt wurde.

Von nun an war sie bis ende December wieder schwer krank.

Heftige Schmerzen, häufige Ohnmachtsanfällen, Schüttelfröste, Fieber wechselten mit einander ab, und brachten die Kranke aufs Aeusserste herab. Das Fieber war jedenfalls ein Resorptions-Fieber, hervorgerufen durch die Aufnahme jauchiger Massen ins Blut. In den ersten Tagen des folgenden Jahres (1886) erschien die Kranke zum erstenmale in meiner Wohnung. Der leidende Gesichtsausdruck, das cachektische Aussehen, der schwankende Gang der Patientin erweckten zuerst den Verdacht, dass es sich in diesem Falle um eine weit vorgeschrittene carcinomatöse Erkrankung handeln dürfte.

Nachdem jedoch die Kranke ihre Leidensgeschichte vorgetragen, war ich zunächst überrascht; aber die sofort vorgenommene Untersuchung bestätigte die Angaben der Kranken in allen Punkten.

Es wurde schon oben erwähnt, dass die Kranke ausserordentlich herabgekommen war. Ihr Gesicht war eingefallen, die Zunge trocken, ihr Gang unsicher.

Die äussere Untersuchung ergab folgendes Resultat: Unterleib ein wenig aufgetrieben, links, etwa in der Höhe des Nabels ist der Uterus durchzufühlen; letzterer erpfindlich, auf leise Berührung entstehen heftige Schmerzen. Die seitlichen Contouren des Uterus sind durch die Bauchdecken hindurch gut durchzufühlen.

Die übrigen Parteen des Unterleibes sind selbst gegenüber tiefem Drucke unempfindlich.

Als der Zeigefinger, behufs Vornahme der innern Untersuchung in die Vagina eingeführt wurde, stürzte aus den Genitalien eine colossale Menge einer braunen, schmutzigen Flüssigkeit von unausstehlichen Geruche. Die Scheidenwand war glatt, unempfindlich. Die portio vaginalis hochstehend, der äussere Muttermund soweit geöffnet, dass der Zeigefinger in den Cervicalkanal eindringen kann. Am Ende desselben ist ein flacher, dünner, ziemlicher breiter und scharfrandiger Knochen zu fühlen, der nur geringe Beweglichkeit zeigt.

Nachdem der Muttermund offen und in der Nähe des innern Muttermundes ein Schädelknochen zu fühlen war, so hatte ich den Eindruck, als ob die Ausstossung der im Uterus zurückgebliebenen Skeletttheile im Zuge wäre, und deshalb wurde beschlossen zunächst eine abwartende Haltung einzunehmen, und die Patientin eine Zeit lang zu beobachten.

Als aber nach sechswöchentlichem Zuwarten die erhoffte Elimination der foetalen Knochenreste nicht erfolgte, der Zustand der Kranken hingegen sich zusehends verschlimmerte, so schien der Moment gekommen zu sein, die Patientin durch einer operation Eingriff von ihrem Leiden zu befreien.

Im März 86 wurde zunächst der Muttermund mittelst Laminaria und Pressschwamm erweitert. Die Procedur gelang soweit, dass es möglich wurde, neben dem Zeigefinger noch eine lange, dünne Zange durch den Cervicalkanal zu leiten, und mit derselben den Rand des Knochens zu fassen.

Aber jeder Versuch den gefassten Knochen zu extrahiren scheiterte an dem Umstande, dass die Zange von dem glatten Knochen abglitt. Wurde der Versuch gemacht, das Abgleiten der Zange durch das Zusammenpressen der beiden Arme zu verhindern, so hatte dies keinen andern Effect, als dass ein Stück von Rande des Knochens abbrach.

Das Resultat des Eingriffes bestand schliesslich darin, dass der Versuch nach längerem, ziemlich mühsamen und für die Kranke schmerzhaften Manipulationen aufgegeben werden musste.

Ein zweiter Versuch, der 14 Tage später in Chloroformnarkose unternommen wurde, war ebenfalls erfolglos.

Der Zustand der Kranken war damals desperat: heftige Schmerzen, continuirliches Fieber und der jauchige Ausfluss aus den Genitalien, welcher die Atmosphäre des Krankenzimmers für Jederman unerträglich machte, und welcher höchst wahrscheinlich auf die bedeutende Verdauungsstörungen verursachte, an welchen die Patientin litt. In den Abendstunden des 28. April trat im Zustande der Kranken eine unerwartete Wendung ein.

Es traten heftige Diarrhöen auf, und unter schneidenden Leibschermerzen wurde ein Knochenstück entleert, welches bei näherer Besichtigung als Schädelknochen erkannt wurde. Es konnte daher keinem Zweifel unterliegen, dass Gebärmutter und Dickdarm mit einander communicirten, dass mit andern Worten eine fistula utero-intestinalis entsand.

Sobald ich von dieser neuen Lage der Dinge verständigt wurde, hielt ich jeden weiteren operativen Eingriff für überflüssig, in der sicheren Erwartung, dass die zurückgebliebenen Reste des Foetus durch die zwischen Dickdarm und Gebärmutter entstandene Fistel ohne Schwierigkeit entleert, und auf diesem Wege eine Art von Naturheilung eintreten würde.

Diese Hoffnung sollte jedoch nicht in Erfüllung gehen.

Die Durchfälle wiederholten sich zwar in kurzen Zwischenräumen, ohne dass jedoch der jauchige Ausfluss aus den Genitalien aufgehört hätte.

Die Entleerungen wurden stets sorgfältig untersucht, mit Wasser ausgewaschen und die in denselben enthaltenen Knochenstücke einzeln gesammelt. Nachdem im Verlaufe von 3 Wochen eine grosse

Menge von Knochen auf diese Weise entleert wurden, folgten in den nächsten 14 Tagen zahlreiche häutige Gebilde. Eine genauere Untersuchung derselben ergab, dass sie theils aus Fascien, theils aus Mesenterium bestand.

Ob unter den ausgestossenen Membranen sich auch Theile des Darmes befanden, konnte ohne mikroskopische Untersuchung nicht constatirt werden.

Die durch die Darmfistel entleerten Knochen waren beinahe ohne Ausnahme kleine Knochen, insbesondere Tharsus, Metatharsus, ferner Phalangen, Wirbelknochen und einzelne Rippen. Die grösseren Knochen — Arm, Schenkelknochen u. s. w. sowie die breiten Schädelknochen wurden, wider Erwarten, nicht ausgestossen, und die Retention derselben war offenbar die Ursache, welche den traurigen Zustand der Kranken und deren hochgradige Erschöpfung verschuldete, und von Tag zu Tag steigerte.

Während der folgenden Wochen cessirte die Ausstossung von Fruchtesten durch den Darm gänzlich, trotzdem die Communication zwischen Uterus und Darm vorhanden war, was aus dem Umstande geschlossen werden konnte, dass bei gelegentlich vorgenommener Vaginalexploration aus der Scheide Speisereste — Gurkenkerne, Salatblätter und dgl. entfernt wurden. Nachdem die grösseren und breiteren Knochen, insbesondere aber jene Schädelknochen, welche im Cervicalkanale zu fühlen waren, nicht entleert wurden, das Leben der Kranken aber durch die bereits mehrfach erwähnten Ursachen (Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit) sowie überhaupt durch die lange Dauer des Krankheitsprozesses aufs Aeusserste gefährdet war, so wurde ein letzter Versuch beschlossen, die Kranke um jeden Preis von den im Uterus befindlichen Fruchtheilen zu befreien und so mit einem Schlage die Ursache des jauchigen Fluor, des Fiebers und der Schmerzen zu entfernen.

Nach energischer Desinfection der Scheide und des Cervicalkanales wurde die Kranke narkotisirt, und der Cervix mittelst einer langen Scheere bis an das Scheidengewölbe gespalten. Hierauf drangen Zeige und Mittelfinger der einen Hand durch den Cervicalkanal in die Uterushöhle, und bemühten sich den, dem innern Muttermunde aufliegenden, glatten, seiner Weichtheile beraubten Knochen, dessen Rand die Schärfe eines Rasirmessers hatte, aufzuheben, um-

zudrehen oder auf die Kante zustellen in der Hoffnung, dass es in dieser Stellung leichter gelingen dürfte den Knochen mit der Zange zu fassen, und aus den Geburtswegen zu entfernen.

Erst jetzt, nachdem die Finger der operirenden Hand bereits in die Gebärmutterhöhle eingedrungen waren, wurde es klar, dass die Erfolglosigkeit der frühern Eingriffe dadurch bedingt war, dass der Schädelknochen mit den Falten der Schleimhaut verfilzt, gleichsam verwachsen war, und erst nach längerem Bemühen gelang es den Knochen aus der Gebärmutter Schleimhaut auszuschälen, und zwar durch Manipulationen, welche nicht unähnlich waren denjenigen, welche gelegentlich der Loslösung von Eiresten nach Abortus in Anwendung zu kommen pflegen.

Nachdem durch das eben beschriebene Verfahren das vorliegende Knochenstück so weit mobil gemacht war, dass es auf die Kante gestellt werden konnte, so stiess die Entfernung derselben weiter auf keine Schwierigkeit. Auf die Extraction dieser ersten Knochenstückes folgte unmittelbar die Ausräumung des Uterus, und wurden Arm, Schenkelknochen und die noch vorhandenen Theile des Skelettes zu Tage gefördert.

Nachdem dies geschehen, drangen die in den Genitalien befindlichen Finger, nach Überwindung nicht unbedeutender Schwierigkeiten in die höheren Regionen der Gebärmutterhöhle, um durch Ablastung derselben die Gewissheit zu verschaffen, dass in derselben weitere Fruchtheile nicht mehr vorhanden seien. Bei dieser Gelegenheit wurde in der Gebärmutterhöhle auch ein Kirschkern entdeckt, und selbstverständlich entfernt.

Die Operation, durch welche es gelang die Uterushöhle von ihrem Inhalte zu befreien, dauerte über eine Stunde; eine weitere Stunde verstrich, ehe die Kranke aus der Narcoese erwachte, und in das bereitstehende Bett gebracht wurde.

Nach Ausräumung und Desinfection der Gebärmutterhöhle besserte sich der Zustand der Patientin auffallend schnell. Sowol das Fieber, als auch die Schmerzen, sowie der jauchige Ausfluss verschwanden binnen wenigen Tagen. Die einzige Klage der Patientin bestand darin, dass sich aus der Scheide noch zeitweilig fäcale Massen entleerten. Auf den Gebrauch lauwarmer Irrigationen besserte sich auch dieses Symptom, und nach einigen Monaten war die Kranke wieder vollkommen hergestellt.

Der soeben mitgetheilte Fall bietet nach 3 Richtungen ein besonderes Interesse.

Zunächst weil die Fälle von missed labour äusserst selten sind, und die Beschreibung der wenigen, bisher bekannt gewordenen Fälle ziemlich mangelhaft ist.

Zweitens, weil die in der Litteratur mitgetheilten Fälle von missed labour sämmtlich lethal verliefen, und daher der soeben beschriebene Fall der erste ist, der in Genesung endete.

Drittens weil derselbe geeignet ist auf die Aetiologie dieser räthselhaften Erscheinung einiges Licht zu werfen.

Bezüglich der Ursachen von missed labour besitzen wir keinerlei positive Daten. Die meisten Autoren begnügen sich mit der Constatirung dessen, dass die Ursachen dieses sonderbaren Verlaufes der Schwangerschaft unbekannt sind.

Nur bei Spiegelberg findet sich die Andeutung, dass in einzelnen Fällen das Aussetzen der Geburtsthätigkeit durch vermehrte Widerstände bedingt sei. (Lehrb. d. Geb. S. 367). Zur Begründung dieser seiner Behauptung beruft sich Spiegelberg auf den Fall Clintoeks, in welchem bekanntlich missed labour mit Uteruscarcinom zusammen traf. Uebrigens giebt Spiegelberg selbst zu, dass in einzelnen Fällen die geringe Erregbarkeit der Uterusnerven eine herfforragende Rolle spiele. Die Argumentation Spiegelbergs hält jedoch einer unbefangenen Kritik gegenüber nicht Stand. Wenn Retention des Foetus durch grössere Widerstände innerhalb der Geburtswege verursacht werden könnte, so würde missed labour gewiss viel häufiger zur Beobachtung gelangen, als dies thatsächlich der Fall ist.

Viel näher liegt die Annahme, dass eine Retention der Frucht in der Gebärmutterhöhle dann eintritt, wenn die Muskulatur des Uterus derartige Veränderungen erleidet, durch welche die in derselben enthaltenen Muskelfasern oder doch ein grosser Theil derselben die Contractilität verliert, und daher funktionsuntüchtig wird. Diese Veränderungen beruhen entweder auf Neubildungsprozessen (krebsige Infiltration-Clintock) oder auf entzündlicher Erkrankung (der oben beschriebene und wahrscheinlich auch Oldham's Fall).

Auf den Einwand, warum bei Gebärmutterkrebs, der doch sehr häufig ist, missed labour nicht öfter beobachtet wird, ist zu erwidern, dass der Krebs in der Regel die untern Theile der Gebärmutter

afficirt, somit nicht im Stande ist die Funktionsfähigkeit des Fundus und Corpus uteri aufzuheben. In den mehrfach erwähnten Falle von Clintock dürfte die carcinomatöse Infiltration sich auf die höhern Partien des Uterus, insbesondere auf die im Gebärmutterkörper verlaufenden Muskelbündel sich erstreckt haben, wodurch die Contractilität derselben natürlich stark reducirt, und theilweise ganz aufgehoben wurde.

Dass missed labour Fälle nach entzündlichen Prozessen so selten beobachtet werden, dürfte seinen Grund in dem Umstande finden, dass von den Geweben des Uterus — abgesehen vom Puerperium — nur das Endo u. Perimetrium Neigung zu entzündlicher Erkrankung besitzen; während die Entzündungen des Muskelparemychys zu den grössten Ausnahmen gehören. ¹⁾

¹⁾ Klob path. Anat. d. w. S. pag. 209.