



ÜBER DAS
UNSTILLBARE ERBRECHEN
DER
SCHWANGEREN.

VON

Dr. EDMUND TUSZKAI
FRAUENARZT IN BUDAPEST.



(VORTRAG, GEHALTEN AUF DEM VI. CONGRESS DEUTSCHER
GYNAEKOLOGEN, IN WIEN).



SEPARATABDRUCK AUS DER „UNGAR. MEDIZ. PRESSE“

Nr. 1—5 1896.

Ein sehr trauriger Fall einer echten Hyperemesis, welchen ich auf Prof. Tauffer's Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte, lenkte vor Jahren meine volle Aufmerksamkeit dieser so gefährlichen Schwangerschaftskomplikation zu.

Die Schwester eines Budapester Kollegen Dr. M., Frau F., wurde im Jahre 1888 auf die Klinik Tauffer's wegen unstillbaren Erbrechens im dritten Monat der Schwangerschaft, im Zustande hochgradigster Inanition, überführt.

Ich sah den Sysphuskampf gegen das schreckliche Übel ganz erfolglos ankämpfen. Nahezu alle jemals empfohlenen, theils rationellen, theils auf den guten Glauben sich stützenden Mittel und Methoden wurden angewendet, endlich griff man zu der „therapeutique de desespoir“ (Dubois), dem künstlichen Abort, wonach in einigen Stunden die Aermste unter den Symptomen des Hungertodes verschied.

Gottlob gehören die wahren Hyperemesisfälle zu den grössten Seltenheiten, und wir können es mit Prof. Hohl's*) Aussage, dass er eine Hyperemesis kein einziges Mal gesehen hat, ernst nehmen. Die grössten Praktiker und Spezialisten können nur sehr wenig Fälle verzeichnen, wie dies aus der Zusammenstellung der literarischen Daten von Paul von Aegina bis zu den heutigen Zeiten zu ersehen ist.

Diese literarischen Daten habe ich nach sehr gewissenhaften Autoren wiedergegeben, von denen ich unter Anderen Géniot, Manassein, Dubois, Sutugin, Charpentier erwähnen will; die letzten 5 Jahre habe ich selbst meistens nach Referaten zusammengefasst.

Bevor ich meine zwei Fälle hier zu besprechen mir erlaube, will ich gleich an dieser Stelle erklären, dass nicht die Seltenheit des Leidens, auch nicht ein neues Mittel gegen den Zustand und bei Weitem nicht das Anbringen einer neuen Theorie mich diesen Gegenstand zum Vortrag wählen liess, sondern eine objektiv nachweisbare, nahezu alle bis jetzt beschriebenen Fälle in sich aufnehmende Erklärung

*) Sutugin, Hyperem. gravid. 1883, p. 21.

des Leidens, welche Erklärung dann zu einer durchaus praktischen, erfolgreichen Behandlungsweise mich gezwungen hat.

Ich will damit nicht gesagt haben, dass meine Erklärung des Krankheitsbildes nagelneu ist — viel eher ist vielleicht die Behandlung eine solche, aber ich erachte selbe nicht nur der strengen klinischen Nachprüfung werth, sondern auch einer eingehenden Besprechung in diesem Kreise vornehmer Fachmänner.

Sehr kurz will ich nun meinen Gedankengang hier wiedergeben.

Beim Durchlesen der Literatur, nämlich der Originalien, war mir gleich auffallend, dass je näher wir von Paul von Aegina zu unserer Zeit rücken, überhaupt seit den achtziger Jahren, desto rascher wachsen die Mittheilungen über einschlägige Fälle an.

Nachdem diese Krankheit mit ihrem scharfen Bilde von Paul von Aegina eben so gut erkannt und beschrieben werden konnte, wie z. B. von Ahlfeld, so sind nicht die neueren Untersuchungsmethoden oder Richtungen die Schuld des Anschwellens der einschlägigen Literatur. Diesen Fortschritten hat leider die Hyperemesis nichts zu verdanken.

Nachdem ich aber auch nicht annehmen will, dass die Schreibelust der jüngeren Garde sich gar so steigerte, blieb logisch nichts Anderes anzunehmen, als dass das Leiden nicht streng distinguirt, nicht diagnostizirt wurde und jedo oder sagen wir viele Formen hartnäckigen Erbrechens mit oder ohne Schwangerschaft als eine Hyperemesis gravidarum bezeichnet wurde.

Nahezu jeder zweite Autor hat seine eigene unübertreffliche Eintheilung des Leidens in verschiedene Stadien, aber nur wenige derselben entsprechen den klinischen, ja wenige den objektiven Thatsachen.

In der Original-Arbeit stelle ich einige dieser Eintheilungen zusammen, hier will ich nur bemerken, dass die meisten Beobachter 3 bis 5 Stadien der Hyperemesis annehmen, welche in einander übergehen und stetig eine schwerere Form annehmen; das letzte Stadium ist natürlich das tödtliche!

Wenn wir aber von den mitgetheilten Fällen diejenigen ausmerzen, welche der logischen Auffassung nach nicht dem Begriff Hyperemesis gravidarum entsprechen, so werden wir alsbald einsehen, dass eigentlich nur ein einziges Stadium, d. i. nur eine einzige Hyperemesis gravidarum existirt, welche wir mit dieser Diagnose bezeichnen können.

Von den mitgetheilten Fällen wird in erster Reihe die nicht unbedeutende Zahl des gewöhnlichen, nennen wir des symptomatischen Erbrechens abfallen. Hierher rechnen

wir das häufige Symptom des Erbrechens bei Schwangeren (vorwiegend bei Ip.) meistens in der ersten Hälfte der Gravidität.

Niemals gehen diese Formen in schwerere, Besorgniss erregende Formen über, auch wenn sie ein sehr unangenehmes, mitunter sehr störendes Symptom bilden. Von dem täglich einmaligen Erbrechen bei dem Aufstehen — bis zu demjenigen, wo die Schwangere sich 10—15mal des Tages erbricht, haben wir und alle Fachmänner sehr viele beobachtet, welche ohne jedes Zuthun in Genesung übergehen und der leichten (symptomatischen Form dadurch den Stempel aufdrücken, dass die Pat. nicht die geringste Gewichtsabnahme oder Mangel an Appetit etc. zeigen. Durch zeitweise pünktliche Abwägungen lässt sich dieses Merkmal objektiv bestätigen.

Die Anzeichen der langsamen oder schnelleren Inanition wären also für eine schwere Form, d. i. für eine wahre Hyperemesis charakteristisch, solche Anzeichen, welche bei einiger Beobachtung und Pünktlichkeit, aber hauptsächlich durch biochemische Untersuchungen am Krankenbette, schon recht früh erkannt und verwerthet werden können.

Von den mitgetheilten Fällen sind weiterhin alle diejenigen auszumerzen, bei welchen die Diagnose der Gravidität nicht gewiss festgestellt war, oder bei bestehender Schwangerschaft ein anderes Leiden die schweren Formen des Erbrechens viel eher erklären lassen, als der gezwungene Zusammenhang mit der Schwangerschaft.

Wenn eine an chronischem Magencatarrh, an akuter Peritonitis, an schwererer Form der Nervosität, an Hysterie, an Cerebralleiden, an gewissen Darmübeln etc. leidende Frau in der Schwangerschaft viel erbricht, ja sogar so viel, dass sich die Anzeichen der Inanition entwickeln, so will ich dieses Erbrechen sogar ein unstillbares nennen, aber auch das ist keine Hyperemesis gravidarum.

Die obgenannten Krankheiten allein zeigen das Symptom des Erbrechens in verschiedenen, dem Grade oder der Natur der Krankheit entsprechenden schweren Formen — ja sie können in der Schwangerschaft, oder besser gesagt, durch die Veränderungen des Organismus in der Schwangerschaft das Erbrechen — also ihr charakteristisches Symptom — überhaupt wachrufen oder zu einer sehr schweren Form verwandeln, aber logisch genommen, wird dieses Erbrechen keine Folge, resp. keine alleinige Folge der Schwangerschaft bilden.

Natürlich nützt in solchen Fällen der künstliche Abortus gar nichts oder sehr wenig, wann immer die Operation gemacht wird, daher die höchst ungünstigen und die sehr

günstigen Procente verschiedener Autoren nach künstlichem Abort bei Hyperemesis gravidarum.

Aus dieser Folgerung ist also zu ersehen, dass wir eine speciell durch die Schwangerschaft verursachte sehr schwere Form des häufigen Erbrechen als Hyperemesis gravidarum bezeichnen wollen.

Die Schwere der Form wird den Grad und das Tempo der Inanition bemessen, die Specificität wieder die Schwangerschaft allein, d. i. ohne solche Krankheiten, welche auch mit Erbrechen einherzugehen pflegen oder können.

Solche spezifische Schwangerschafts-Hyperemesen gäbe es und gibt es sehr wenige.

Aber nur diese Differenzirung wird uns alle Erfolge und Misserfolge der sämtlich bisher erprobten Mittel und Methoden erklärlich machen, und was noch viel wichtiger ist — die sogenannte „therapeutique de desespoir“, den künstlichen Abortus, als Heilmethode mit dem besten Wissen und Gewissen anwenden lassen, rechtfertigen.

Die tausenderlei Theorien und anderen Erklärungen des Zustandekommens der Krankheit lassen allsogleich die Einseitigkeit der Auffassungen erkennen.

Wenn also Kaltenbach und Ahlfeld behaupten, dass sie die Hysterie als ursächliches Moment bei Schwangerschaftserbrechen betrachten, so liegt die Einseitigkeit dieser Auffassung auf der Hand.

Der Begriff Hysterie ist ein dem Wesen nach vollständig unbekanntes Etwas in der Medicin, mit welchem Begriff also wir auch gar nichts beweisen können, wenn es überhaupt unanfechtbar wäre, dass Hysterie und Schwangerschaftserbrechen in Kausalnexus stehen.

Empirisch wissen wir nämlich, dass Hysteriker Alles zu produciren im Stande sind, sogar unstillbares Erbrechen; ja sie können dies sogar in der Schwangerschaft demonstrieren.

Es ist auch natürlich, dass sie auf Auto- oder Heterosuggestion krank zu werden fähig sind — aber eben darum denke ich erst viel später auf einen kausalen Zusammenhang und möchte mich darum um die Priorität dieser Entdeckung, ja um die mögliche Ahnung dieses grossen Gedankens mit Chazan*) keinesfalls streiten.

Es ist also vollständig nebensächlich die Thatsache, dass Hysteriker schwanger werden und enorm, ja gefährlich viel erbrechen, nachdem doch diese Hysterie nicht durch die bestehende Schwangerschaft entstanden ist?

*) Centr. f. Gyn. 1892.

Auch dann möchte diese „Entdeckung“ so manches Interesse haben, wenn Ahlfeld es bewiesen hätte, dass die Schwangerschaft durch die Hysterie entstand, welche dann das schwere Erbrechen zur Folge hatte.

Ich denke, Niemand würde die Priorität seiner diesbezüglichen „Entdeckung“ anzugreifen wagen.

Wenn Sutugin, Ahlfeld und Andere nach diätetischem Verfahren vollständige Genesung beschreiben, so haben sie Bekanntes bewiesen, aber es liegt doch der Gedanke näher, dass ihre Patienten an Magen- oder Darmkrankheiten gelitten haben, mit deren Besserung durch das diätetische Verfahren das übermässige Erbrechen schwand und die Schwangerschaft fort dauerte — als mit ihnen zu behaupten, dass gegen Schwangerschaftserbrechen das diätetische Verfahren eine spezifische Methode sei.

Hätte er und mit ihm alle seine Anhänger in diesen Fällen recht bald nach den ersten drohenden Symptomen den künstlichen Abortus ausgeführt, so hätte vielleicht das Erbrechen eine Zeit lang nachgegeben, aber es wäre wieder erschienen und so lange nicht geschwunden, bis das Magen- oder Darmleiden nicht geheilt gewesen wäre.

Möglich ist es aber, dass die Schwangerschaft das Symptom des Erbrechens der Magenleidenden wachgerufen hat — aber war dieses Erbrechen eine Hyperemesis gravidarum?

Die Heilerfolge nach Magenausspülungen, nach Magenmitteln (Pepsin, Inguilin, Nuxvomica etc.) sind so zu erklären, ja die guten Wirkungen von Calomel (nach Lewi*), vielleicht von Menthol (Gottschalk**) etc.

Die feineren Untersuchungsmethoden des Erbrochenen oder der Probemahlzeiten lassen uns heute die verschiedensten Magenerkrankungen diagnosticiren, welche wir bisher meistens nur durch grobe Empirie ahnen konnten oder nur am Sektionstisch festgestellt haben.

Es ist mir weiterhin der empirisch festgestellte Zusammenhang zwischen Genitalleiden und Magenaffektionen zur Genüge bekannt, als dass ich ein Magenleiden als sekundär durch die übermässigen antiperistaltischen Bewegungen beim Erbrechen entstanden auffassen sollte — die nähere Besprechung dieser Frage jedoch werde ich erst weiter unten einleiten.

Bezüglich der Krankheitsursache kommen wir nach dem oben Erörterten zu dem Schlusse, dass die Schwangerschaft allein die Ursache einer Hyperemesis bilden kann.

*) Erbrechen und Schwang. (Med. record 1887, mars 26.)

**) Gottschalk, Menthol. g. d. unstillb. Erb. (Berlin. kl. Wochenschr. Nr. 40, 1889).

Kommt jedoch die Gravidität mit derartigen schon vor der Gravidität bestandenen Erkrankungen des Organismus vor, dessen Symptom auch das Erbrechen ist oder sein kann — so bildet die Gravidität nur ein einziges ursächlichliches Moment, nachdem die Krankheitsursache nicht allein die Schuld des Zustandes trägt.

Nachdem wir heute im Stande sind, beinahe mit Gewissheit jene mit Erbrechen einhergehenden Erkrankungen zu diagnosticiren (z. B. Peritonitis acuta universalis oder circumscripta, Meningitis, chronischer Magenkatarrh, Hysterie etc.), so bleibt uns nun die nicht leichte Aufgabe zu lösen:

1. Auf welche Weise die Gravidität die Symptome der Hyperemesis verursacht?

2. Was sind also die charakteristischen Symptome einer specifischen Schwangerschaftshyperemesis?

3. Welche Behandlung führt also auf Grund der obigen Auffassung zum Ziele?

Die kurze Beschreibung meines ersten Falles soll etwas Licht auf alle diese Fragen werfen.

Die 24 Jahre alte zweitgebärende Sch . . . liess mich am 13. Oktober vergangenen Jahres wegen hartnäckigen Erbrechens holen.

Sie ist in der zehnten Woche ihrer Schwangerschaft. Die mittelgrosse, stark gebaute Frau leidet seit 4 Wochen an stets zunehmenden Brechanfällen.

Bei ihrer ersten Schwangerschaft vor anderthalb Jahren bekam sie in dem zweiten Monat der Gravidität auch heftiges Erbrechen, welches sie ganz erschöpft hat. Nachdem ihr Arzt sie mit den verschiedensten Medikamenten erfolglos behandelt hatte, nahm sie selbst recht viele heisse Bäder und Ausspülungen, um zu abortiren. Der Abort erfolgte auch nach 10 Tagen und sie wurde gesund.

Diesmal wünscht sie aber, wenn möglich, die Frucht zu erhalten.

Die hereditär nicht belastete Frau war von ihrer Kindheit an gesund (ihr Hausarzt kennt sie seit der Geburt und behauptet dasselbe), keine Spur von Hysterie oder Nervosität, ebenso Magen- oder Darmkrankheiten.

Diesmal ist sie seit der sechsten Woche ihrer Schwangerschaft krank. Vor ca. 4 Wochen bekam sie plötzlich das Gefühl des Ekels vor Speisen, später Brechreiz und vehementes Erbrechen. Seit Anfang der Schwangerschaft hat sie schon hie und da erbrochen, aber nie so stark wie diesmal. Seit der Zeit erbricht sie immer heftiger und öfter des Tages, jetzt ca. 25 mal täglich; augenscheinlich nahm sie ab, sogar hat ihr Mann, ein Selcher, sie abgewogen, bei welcher Gelegenheit sie schon 1200 g weniger Gewicht

hatte. seither (vor 10 Tagen) verlor sie beinahe so viel, dass ihr ursprüngliches Körpergewicht 68.5 Kilogr. auf 66 Kilogr. sank.

Ihre Hautfarbe, die sichtbaren Schleimhäute waren blass, die Augen eingesunken, Mund und Hals trocken, Zunge belegt, Bauch sehr wenig gewölbt, oberhalb des kleinen Beckens erhöhte Empfindlichkeit, beim Andruck daselbst Brechreiz und Erbrechen.

Auch die Magengegend ist seit einigen Tagen empfindlich.

Die innere Untersuchung zeigt einen ganz normal entwickelten mannsfaustgrossen Uterus; nebenbei alle Anzeichen der Gravidität. Bei Exploration zeigt sich erhöhte Empfindlichkeit im kleinen Becken und viele sehr vehemente Erbrechungen folgen nachher.

Respiration 26—28 pro Minute, Puls 98, Temp. 37° C.

Harnmenge in 12 Stunden 350 g; Urin dunkelgelb, schwach sauer, 1022 spezifisches Gewicht; enthält wenig Eiweiss (Essigsäure- und Ferrocyankali-Reaktion); unter Mikroskop negative Befunde. Blut aus der kleinen Fingerspitze der linken Hand entnommen, hat 1055 spezifisches Gewicht (Piknometer, Schmalz), Alkaleszenz entspricht 350 mg Natron (Zuntz' Methode), also vergrössert. Zeigt 4100000 rothe Blutzellen (Looma-Zeissl), Globulingehalt 12 g in 100 com (Fleisch's Hämometer).

Mikroskopisch keine nachweisbaren Veränderungen; Hämatoxylineosin färbt die rothen Blutkörperchen gleichmässig, nirgends Kern sichtbar.

Am Tage dieser Untersuchungen 24. Oktober, ist ihr Körpergewicht 65,4 Kilogr. Die Zahl der Erbrechungen ist in 10 Tagesstunden 28.

Das ganze Bild zeigt also einen leicht nachweisbaren Grad der Inanition (Manassein), trotz des nicht sehr herabkommenen Aussehens der Frau.

Nachdem sie von ihrem Hausarzte mit allen denkbaren und je empfohlenen Medikamenten bisher behandelt wurde, rieth ich das sofortige Sistiren der Medikationen an; dafür aber habe ich die strengste Ruhe in Rückenlagerung ihr anbefohlen und versuchte ihr $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ stündlich in Eis gekühlte saure Milch zu verabreichen.

Alles wurde allsogleich erbrochen; feste Nahrung und zwar bohngrosse, über Gasflamme schnell gebratene Fleischstücke (Sutugin) wurden viel länger geduldet, jedoch nahmen die Brechanfälle an Zahl und Vehemenz nicht ab, die Appetitlosigkeit aber nahm zu.

Magenausspülung mit Sodalösung, Elektrizität, später heisse Getränke, bald wieder Menthol, Cocain, Opium, Coeïn, Cerium oxalicum etc., während der Zeit Behandlung

der Portio mit 10 bis 15%iger Lapislösung, täglich ein, später zweimal, Cocainsalbe 1:50 (Bois), später Ingluvin, Hydrast. Perlen, Chloralhydrat in Klysmiform, Jodsalbe Jodtinktur auf die Portio; am 30. Oktober ein schonender Versuch der Cervixdilatation.

Später die von Frommel*) empfohlene Orexinbase (von Kalle (Bieberich) hergestellte Orexinbase 0,25 3mal täglich, wurde ohne jeden Erfolg probirt, und als nach diesen in 23 Tagen der Zustand sich wesentlich verschlechterte, wurden auch Ozoninhalationen angewendet.

Nebst möglichst strenger Ruhe in Horizontallagerung, später Tieflagerung des Kopfes, wurden der Patientin Pepsin und Milchklystiere verabreicht — nachdem der Magen überhaupt nichts ertragen konnte.

Bei all diesem verzweifelten Kampf hatte die Inanition rapid zugenommen.

Am 26. Oktober ist ihr Status praesens folgender: Hochgradige Erschöpfung, Kräfteverfall, Apathie, Vollständiger Mangel des Appetites. Erbrechen 26mal in 12 Tagesstunden. Die Haut blass, trocken, mit reicher Epidermisabscuppung an den Extremitäten; die sichtbaren Schleimhäute cyanotisch. Gesicht eingefallen; Augen mattglänzend; Athem 28—30 pro Minute, Puls 130. Temperatur 36,9 — Hochgradige Empfindlichkeit in der Cardia- und Uterusgegend. Bauch eingezogen. Die innere Untersuchung erhöht noch die Empfindlichkeit und verursacht allsogleich Brechanfälle, wobei sich öfters Blutropfen zur erbrochenen grünen schleimigen Flüssigkeit mengen. Auf der dicken Portio Erosion seit der Lapis- und Jodtinktur-Behandlung. Urinquantum in 24 Stunden 380 g von trüber dunkelgelber Farbe, schwach sauer Reaktion, 1024 specifischen Gewichtes, enthält sehr viel Albumen auf Salpetersäure, unter Mikroskop Nierenepithel.

Das Blut von der rechten Hand entnommen, hat 1057 specifisches Gewicht, von einer enormen Alkalescenz, welche nach Zuntz 425 mg Natron entspricht. Rothe Blutkörperchen 3650000; weisse Blutkörperchen etwas vermehrt (approximative Abschätzung); die Hämatoxylin-Eosinfärbung ist ungleich diffus, zeigt stellenweise tiefschwarz gefärbte Körner, normo- und mononukleare Megaloblasten. Auf Bakterien wurde das Blut nicht untersucht.

Die noch später nach 5 Tagen beobachtete Verminderung der Harnmenge (320 in 24 Stunden), ihr steigender Albumingehalt (nach Augenmass), die Nierenelemente unter dem Mikroskop, das wachsende specifische Gewicht des Blutes, ihre entschieden anwachsende Alkalescenz, die Ver-

*) Frommel, Centr. f. Gyn. Nr. 16, 1893.

minderung der rothen Blutkörperchen, die Vermehrung (nach Augenmass) der weissen Blutkörperchen das Erscheinen der normo- und mononuklearen Megaloblasten unter den rothen Blutkörperchen, weiterhin die Vermehrung der Respirationszahl und des kleinen schwachen Pulsschlages sammt Abnahme des Körpergewichtes (in diesem Stadium nur nach Augenmerk) bei rastlos fort dauerndem Erbrechen — deuteten auf einen ziemlich hohen Grad der Inanition und zwangen mich, trotz entschiedenen Widerwillens der stets freies Sensorium besitzenden Kranken, die sofortige Ausführung des künstlichen Abortes anzurathen.

Die Operation führte ich gemeinschaftlich mit dem aus diesem Anlasse beigezogenen Collegen Dr. Alex. Marton am 1. Nov. 1894 aus. Schon einen Tag früher legte ich nach warmer Vaginalinjektion feste Scheidentamponade an. Nach Entfernung derselben wurde die Patientin in regelrechte Sims-lage gelegt, der Uterus herabgezogen. Die succulente Portio zeigte nur noch Spuren der früheren Aetzungen; an diesen Stellen etwas Blut.

Die Dilatation nahm ich nach meiner Methode vor. Nämlich mit dem vorliegenden Instrument, welches nichts anderes ist als der Frösch-Bozemann Uterinkatheter mit jener geringen Modifikation, dass es vorn keine Öffnung hat. Somit dient es als Bougie — also die Flüssigkeit kann nicht durchgehen in welchem ich heisses Wasser (55–65° C) einköhlere lasse.

Mit dem vorliegenden kleineren Kaliber fange ich an und setze die Dilatation in sehr kurzer Zeit mit einem von viel grösserem Kaliber fort. Die Durchmesser entsprechen denjenigen der Hegar'schen Dilatatoren.

In wenigen Minuten (2–5), manchmal in einigen Sekunden dilatirt sich der schwangere Cervix bis zur Durchgängigkeit eines oder zweier Querfinger, wobei heftige Contractionen entstehen, daher Blutung.

In dem konkreten Falle war sehr wenig Blutung, aber fühlbare Contractionen, so dass ich recht bald mit einer grossen Recamier Curette den ganzen Inhalt des Uterus herausholen konnte. Dies war nicht der erste Versuch meiner Methode, bisher und seither aber war ich noch nie genöthigt, die Curette anzuwenden, denn die Contractionen brachten allein das ganze Ei aus dem Uterus. Nach einer Jodinjektion war die Operation vollendet. Von da an langsame aber stete Besserung nach allen Richtungen bis 14. November, wo die Frau (angeblich nach dem Verzehren eines Stückchen fetten Gebäckes) abermals heftige Brechanfälle bekam, welche sich von Stunde zu Stunde vermehrten (16mal am Vormittage.)

In diesem Stadium waren die grosse Empfindlichkeit

der inneren Genitalien, der wieder rasche kleine Puls (120 Schläge pro Minute) und die kleinen Temperatursteigerungen, welche Abends um 5 Uhr 38,6° auch erreichten, aber nie höhere Grade zeigten — die charakteristischen Symptome.

Ihre frühere Inanition hat sich noch nicht gar so bedeutend gebessert, ihr Gewicht stieg bisher mit 1600 g in 13 Tagen, aber Albumen und Nierenepithel im Urin noch immer vorhanden, die noch immer hohe (250–300 mg. Natr. Jaksch-Landois) Alkaleszenz des Blutes hatten mit den eben beschriebenen charakteristischen Bilde die Diagnose einer circumscriphten Peritonealaffektion annehmen lassen, (einer Pelveoperitonitis levis — wie Sutugin sagt). Dementsprechend habe ich recht bald nach meiner Ankunft Eisblase auf den Unterleib und Magen legen lassen und verordnete Laudanum-Suppositorien von 3 ctgr 3 bis 4 Stück pro die.

Die Besserung des Zustandes war eine überraschend rapide. Das Erbrechen nahm an Zahl und Intensität stetig und bedeutend ab. Nach 3 Wochen stand die Patientin auf, um nun weitere Behandlung zur Erlangung ihrer früheren Gesundheit zu erhalten.

Dem Gedanken, dass ich das ganze Leiden als lokale Peritonealaffektion (Pelveoperitonitis, Perimetritis levis, wie es schon andere Autoren benannt haben) auffasse, konnte ich nicht entgehen.

Und wenn ich noch so streng die Symptome einer Peritonitis circumscripta differenziere, so ist nach dem beschriebenen Bilde klar — dass hier eine derartige Affektion vorlag.

Wahrscheinlich nur ein Peritonealreiz — keine Entzündung im heutigen Sinne des Wortes, und auf welche Weise dies auch immer erschien, gewiss ist es nur, dass sie nur durch die Gravidität entstanden ist, das Erbrechen also verursachte.

Diese Hyperemesis verschuldete dann die Inanition mit allen ihren drohenden Anzeichen.

Ein kausaler Zusammenhang ist also sehr leicht zu denken, und ich bin bezüglich der Aetiologie auf der Seite jener Autoren, die eine Peritonealaffektion als eine unmittelbare Ursache der Gravidität mit allen ihren Folgen annehmen. Keinesfalls kann ich aber Hysterie oder dergleichen weder in konkreten Falle, wie oben besprochen, im Allgemeinen annehmen.

Der konkrete Fall war also eine spezifische Schwangerschaftshyperemesis, das langsam sich verbessernde Magenleiden ein sekundäres Übel.

In dem Momente, wo wir werden beantworten können,

warum eine Peritonealaffektion derartige Reflexneurosen, wie Aufstossen, Gähnen und Erbrechen verursacht — werden wir auch sagen können, auf welche Weise die Schwangerschaft eine Hyperemesis verursacht. Den lokalen Reiz selbst können wir sehr leicht in einer lokalen (auf dem Perimetrium) trophischen Störung annehmen, welche dadurch entstehen kann, dass das Perimetrium zu stark gedehnt (auf dem sich sehr schnell vergrößernden, schwangeren Uterus) und durch diese Dehnung anämisch wird, da ja durch die Ausdehnung die komprimierten und langgezogenen Arterien ein relativ grösseres Gebiet mit derselben Menge Blut zu versehen haben.

Das Peritoneum ist zwar an faserigen Elementen relativ nicht arm, also dehnungsfähig, aber immerhin ist diese Dehnungsfähigkeit individuell verschieden.

Weiterhin aber nimmt das Peritoneum an den sogenannten Schwangerschaftsveränderungen nicht Antheil, es wird nur passiv ausgedehnt durch die schwangere Gebärmutter.

Besteht eine individuelle oder occasionelle Verminderung der Ausdehnungsfähigkeit, oder wird die Ausdehnung des Peritoneums relativ grösser, als es in sonstigen Schwangerschaftsfällen vorzukommen pflegt, dann kann ja die entstehende trophische Störung sehr leicht eintreten, welche als lokaler (trophischer) Reiz sich durch alle Symptome als lokale Peritoneumaffektion dokumentirt.

Erhöhte Empfindlichkeit am Uterus wird in den meisten Fällen beschrieben, welche Empfindlichkeit sich während der Untersuchung vergrössert. Hie und da kleine Temperaturerhöhung, beschleunigter kleiner Puls und Erbrechen, sind alle als Symptome dieser Affektion aufzufassen.

Selbst die grosse Toleranz gegen grössere Opiumdosen scheint meine Annahme zu stützen, weiterhin aber auch die Thatsache, dass die meisten wahren Schwangerschaftshyperemisen erst bei der rascheren Vergrösserung des Uterus — also im 3. Monat aufzutreten pflegen.

Dass in manchen Fällen Sedativa, in anderen absolute Ruhe genützt haben, stimmt auch mit der obigen Annahme der Ursache überein — so auch die Erfahrung, dass echte Schwangerschaftshyperemisen nach dem Abort (künstlich oder spontan) unbedingt — aber nicht alsogleich, sondern nur nach einer Verkleinerung des Uterus im Puerperium — aufhören. Diejenigen Fälle, wo dies nicht der Fall war, sind so zu erklären, das:

1. entweder der Involutionsprocess sehr langsam oder sehr unvollkommen vor sich gieng;
2. oder der Inanitionsgrad ein so hoher war — dass nach Eliminirung der anfänglichen Ursache (der Schwan-

gerschaft) die consecutiven Veränderungen im Körper schon nicht mehr aufzuhalten waren (akute fortschreitende Anämie, unaufhaltsame Steigerung der Reflexreize, Erschöpfung!).

Die charakteristischen Symptome sind eben die des Peritonealreizes, das Mass der Gefährlichkeit ist bedingt durch den Grad der Inanition.

Meinem Gedankengang zufolge sind also die raschere Abnahme des Körpergewichtes und der täglichen Harnmenge (bis 300 g), das Erscheinen des Albumens im Urin oder sogar der Nierenepithelien, die vermehrte Alkalescenz des Blutes, die mikroskopischen Befunde der akuten Anämie (Normoblasten, mononukleäre Megaloblasten) solche folgenschwere Symptome, welche einen raschen Eingriff — den künstlichen Abort mit dem besten Gewissen auszuführen erlauben.

Sind daher bei sehr viel Erbrechen nebst Schwangerschaft alle anderen, auch Erbrechen verursachende Erkrankungen ausgeschlossen, die Symptome der circumscribten Peritonealaffektion in oben beschriebenen Sinne ausgesprochen, so müssen wir salsogleich Eisblase auf den Unterleib und Opium *per anum* in grossen Dosen verabreichen.

Anstatt Eisblase können in einzelnen Fällen sehr warme trockene Bauchumschläge denselben Dienst leisten. Opium wieder ist nicht nur ein Specificum gegen Peritonealirritation, sondern wirkt auch gegen die Inanition sehr günstig, indem sie durch die Herabsetzung der Motilität das rasche Tempo der Entwicklung der Inanitionserscheinungen verhindert.

Die Erfahrung, dass auch warme Bauchumschläge, ja innere (vaginale) lokale Wärme sehr guten Erfolg hat, habe ich in zwei anderen Fällen beobachtet, in welchen die Inanitionserscheinungen das oben beschriebene Bild im vorgeschrittenen Stadium zeigten; nach Anwendung sehr warmer, trockener Bauchumschläge liessen jedoch die klinischen Erscheinungen in 8 Stunden sehr merklich nach.

In einem unten mitzutheilenden Falle konnte man auch die biochemisch nachweisbaren Symptome nach 10 Stunden als unbedingt und sehr bedeutend verbesserte bezeichnen.

In diesem Falle habe ich auch vaginale — besser: parametrale — lokale Wärme angewendet.

Zu diesem Behufe habe ich an einen Katheter à double courant eine Gummiblase — ähnlich und so gross wie die mittelgrossen Braun'schen Kolpeurynter — befestigen lassen, und leer bis an die Portio geschoben, 30° Celsius durchcirculiren lassen.

Später mit 1—2 Grad heisserem Wasser. Durch eine einfache Vorrichtung am Abgangsschlauche lässt sich die Füllung der Gummiblase nach Belieben moderiren, so dass es mehr angefüllt einen grösseren Druck auf die Umgebung ausübt, aber den Parametrien und der Portio weniger anliegt; weniger angefüllt aber sich mehr den oberen Theilen der Vagina anschmiegt.

Von Kontraktionen und ihren Folgen war keine Spur, trotzdem ich vor dieser Eventualität nicht zurückgeschrocken wäre, da doch im schlechtesten Falle ein Abort zu Stande gekommen wäre.

Seit der Zeit habe ich öfters Gelegenheit gehabt, diese Behandlung auszuprobieren, habe auch eiskaltes Wasser durch diesen Apparat cirkuliren lassen, nie habe ich aber schlechte Erfolge (Kontraktionen) beobachtet. Alle Fälle gehören den ersten drei Monaten der Schwangerschaft an.

Mein oben erwähnter Hyperemesisfall wurde auch klinisch streng beobachtet und die biochemischen Untersuchungen pünktlich durchgeführt.

Das Albumen habe ich im Anfang, wo durch Erwärmung oder Salpetersäure keine Reaktion hervorzurufen war, mit Essigsäure und Ferrocyankalium nachgewiesen.

Nachdem aber diese Probe eine zu empfindliche ist, und also auch dort kleinere, grössere Trübungen des Harns verursacht, wo kein Albumen oder ausserordentlich wenig vorhanden ist, habe ich später die Sulfosalicylsäure-Reaktion benützt. Da mit diesem Reagens beträchtliche Menge des Albumens nachzuweisen war, habe ich dann nach Filtrirung des Urins Acidum nitricum angewendet.

Ich habe in einen mit Millimeterskalen gravirten, unten schmälern Becher immer 20 ccm Urin gegeben, zu welchen 10 ccm Salpetersäure gegossen wurde.

Durch dieses Verfahren konnte ich die Breite des Albumenringes genau abmessen und notiren, so dass ich mit genügender Pünktlichkeit die Vermehrung oder Verminderung des Albumengehaltes feststellen konnte.

Das specifische Gewicht des Blutes habe ich mit Piknometer geprüft, die Alkaleszenz durch die Jaksch-Landois'sche Methode.

Ich bin mir wohl bewusst, dass diese letzteren biochemischen Untersuchungen nicht unanfechtbare Resultate geben; wenn ich die so gewonnenen Daten doch benütze, so geschieht dies darum, weil in 3 Fällen von Hyperemesis immer dieselben Erscheinungen sich durch selbe dokumentiren liessen, nämlich die Vergrösserung des specifischen Gewichtes und Vermehrung der Alkaleszenz.

Datum	Körper- Gewicht g	Erbrochen in 12 Tages- Stunden	Temperatur		Puls	Behandlung	Nahrung	Harn- menge in 24 Stun- den	Reaktion	Spez. Gew.	Al- bumen	Chloride %	Nieren Elemente	Blut- alkalescenz (mg Natr.)	Spec. Gew.	Mikroskop	Anmerkung
			Früh	Abds.													
1894 Jan 14	79440	5mal	37	37.2	88	—	gewohnte Kost	1860	schwach sauer	1021	0	1	0	250	1051	normal	Gravid in der 5. Woche.
15	79440	12mal	36.9	37.2	90	Ruhe	Eis-Milch	1845	do.	1021	0	1	—	250	1051	do.	
16	79440	18mal	36.9	37	96	do.	do.	1810	do.	1022	0	—	0	—	—	—	
19	79440	16mal	37	37	90	do.	do.	1300	do.	1022	Spuren (Sulpho- saure.)	—	—	240 c	—	—	Lavement.
26	77200	15mal	37.5	37	120	do.	do.	970	indifferent	1023	Bedeu- tende Vermeh- rung	0.70	Nieren- Epithel- Cylinder	300	1.55	normo- u. mononuk- learen Me- galoblasten	
29	76900	15mal	36.9	38.2	121	do.	do.	890	do.	1023	do.	0.79	do.	300	—	—	Lavement
Febr. 2	70780	20mal	36.0	38.8	120	Opium 10 p. c. Eisblase	Fleisch-Extr. ton Kly- ma, Cham- pagner	630	do.	1023	do.	0.45	do.	350	—	normo- u. mononuk- leare Me- galoblasten	Die Eisblase wird mit warmen Bauchumschlag gewechselt
4	75800	8mal	36.9	38	130	do.	1/3 L. Milch	610	schwach sauer	1021	do.	0.45	do.	350	—	—	do.
8	75800	4mal	37	37.5	120	Eisblase u. Scheiden- kühlappa- rat	Milch, Fleischsp- e, Chaw- pagner, Fruchteis	1100	do.	1021	Etwas weniger	0.80	do.	240	—	do.	Scheidenerwär- mung durch den beschriebenen Apparat.
12	76000	3mal	37	37.5	102	Scheiden- kühlappa- rat	do.	1410	do.	1022	—	0.90	do.	—	—	—	
16	76105	5mal	37	37.4	92	do.	1 1/2 L. Milch	1500	do.	1022	—	0.90	nur Epithel	240	1052	—	
20	76400	2mal	37.1	37.2	90	do.	2 L. Milch	1650	do.	1022	—	1	do.	—	—	—	
27	77400	1mal	37	37.3	90	—	—	1500	do.	1022	Spuren	—	negativ	278	1051	normal	

Die übrigen praktischen Untersuchungsmethoden gebe ich kurz an der betreffenden Stelle an, die detaillirte Beschreibung bringe ich an einem anderen Orte.

Die zweite Beobachtung bezieht sich auf eine 32 Jahre alte III p., die mich im Monat Januar 1895 wegen des öfteren Erbrochens konsultirte.

Die hereditär nicht belastete, stark gebaute, gesunde Frau hat seit 10. November 1894 (also seit 10—12 Wochen) keine Menstruation; ist schwanger; seit 3 Tagen erbricht sie öfters und heftig. Bei allen ihren früheren Geburten hat sie ein hartnäckiges Erbrochen gehabt, welches bei der ersten Geburt nach 25 Tagen im 3. Monate der Schwangerschaft spontan aufhörte, nachher aber, 4 Tage später, abortirte sie; in der zweiten Schwangerschaft hat sie auch heftig erbrochen, abortirte jedoch wieder spontan im 4. Monat nach einem 5 Wochen dauernden Erbrechen, und ihr Zustand verbesserte sich nachher sehr rasch.

Diesmal erbricht sie 5mal des Tages sehr heftig und auch ohne etwas gegessen zu haben.

Das Gewicht der 167 cm hohen Frau ist am 14. Januar 794400 g ohne Kleidung.

Nach 12 Tagen sinkt das Gewicht auf 77200 g (also mit 2240 g), sie erbricht 15mal des Tages. Die Urinmenge, welche am 14. Januar 1860 g in 24 Stunden betrug, sank am 26. Januar auf 970 g. Die Chloride verminderten sich auf 0,70, die Alkaleszenz des Blutes stieg von 250 auf 300.

Die Erscheinungen der Inanition werden überhaupt am 29. Jan. bez. 2. Februar ausgeprägt.

Von da an wird sie nicht mehr nur diätetisch behandelt, sondern bekommt auf das empfindliche Epigastrium und Unterleib Eisblase und 8—10 cg Opium pro die.

Die Eisblase wird recht bald durch warme, trockene Umschläge und innere (vaginale) Wärmeapplikation ersetzt, die überraschende Besserung ist schon nach 2 Tagen zu konstatiren, wo die Zahl der täglichen Erbrechungen von 20 auf 8 sank, die Harnmenge (630), die Chloride (0.45) zeigen zwar noch Verminderung, aber sie behält schon einen halben Liter Milch.

Die Empfindlichkeit im Unterleibe liess nach, bei Scheidenuntersuchung ist sie noch stark vorhanden, darum wird Scheidenkühlapparat angewendet.

Nach 4 Tagen ist schon etwas Zunahme des vorher gesunkenen Körpergewichtes zu konstatiren: am 20. Februar verträgt sie schon 2 Liter Milch. Die auf ein Drittel gesunkene Harnmenge wird wieder normal, die Chloride erreichen ihre normale Grösse, die Alkaleszenz des Blutes sinkt.

Albumen im Harn wurde in Spuren schon am 19. Januar beobachtet (Sulfosalicylprobe), aber unter dem Mikroskope waren keine Nierenelemente zu sehen. Am 26. Januar waren schon Nierenepithel und Cylinder zu sehen (Inanitionsnephritis).

Spuren und noch mehr Albumen hat sie nach 12 Wochen noch immer gehabt. Die Nierenelemente sind bis 20. Februar zu sehen, am 27. war unter dem Mikroskope der Befund negativ.

Erst in 14 Wochen hat sie ihr früheres Körpergewicht nahezu erreicht. Vom 26. Januar bis 8. Februar waren unter Mikroskop im Blute normo- und mononukleare Megaloblasten zu sehen, am 27. Februar waren selbe schon nicht mehr vorhanden.

Die Temperatur sank am 2. Februar auf 36 in der Frühe und stieg auf 38,8 am Abend, ihre Pulszahl war am 4. Februar 130 pr. M., am 8. Februar war sie noch immer 120. Am 12. Febr. 102, und von da an unter 100.

Verbinden wir die ungünstigsten Symptome mit einer Linie auf der Tabelle, so sehen wir, dass selbe auf die Tage zwischen 2. Februar und 4. Februar fällt. Energisch angewendete lokale Kälte und Wärme, so auch Opiumdosen verändern jedoch recht bald zu ihren Gunsten den Zustand so, dass sie am 16. Februar auf dem Wege der raschen Besserung war.

Ihre Schwangerschaft dauert ungestört fort*).

Auch diesen Fall muss ich nach dem Gesagten zu den echten Schwangerschaftshyperemesen rechnen, wo jedoch die biochemischen Untersuchungen die Inanitionssymptome recht früh erkennen liessen und die angewendete kausale Therapie die Reflexe so schnell zu dämpfen im Stande war, dass die Inanition nicht vorwärts schritt und die Kranke genas.

Dieser Erfolg unterstützt die Annahme, dass durch die lokale Kälte und Wärme die lokale trophische Störung (Anämie des Perimetriums) durch die verursachte Hyperämie in dem ganzen Becken, also auch, und besonders am Perimetrium, beseitigt wurde und darum die dadurch verursachten Reflexe (Erbrechen) sichtbar sich verminderten, die consecutiven Veränderungen (Inanition) verlangsamten also ihr Tempo — bis sie ganz aufhörten.

Durch die ganze Behandlung wurde der Schwangerschaftszustand nicht tangirt.

*) Das Opium hat also auf die Frucht nicht nachträglich gewirkt.

Schlussfolgerungen.

1. Eine speciell durch die Schwangerschaft verursachte Hyperemesis gehört zu den seltensten Erscheinungen.

2. Gewisse Erkrankungen (wie Hysterie, Magenkatarrh, Peritonealtuberkulose, Meningitis etc.) werden durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst, und darum kann das durch dieselbe verursachte Erbrechen sehr hartnäckig (eventuell unstillbar) sein; diese Hyperemesis darf jedoch keine Schwangerschaftshyperemesis genannt werden.

3. Durch Ausschliessen aller Erbrechen verursachenden Erkrankungen bei bestehender Schwangerschaft, und durch Feststellung gewisser lokaler (dem Perimetrium angehörender) Symptome kann bei sehr hartnäckigen Erbrechungen an die Diagnose der Schwangerschaftshyperemesis gedacht werden.

4. Ausser den eben beschriebenen klinischen Symptomen sind für Schwangerschaftshyperemesis charakteristisch:

α) Die raschere Abnahme des Körpergewichtes, der täglichen Urinmenge, der Chloride des Urins, und der rothen Blutkörperchen des Blutes.

β) Das Ansteigen des specifischen Gewichtes des Urins und des Blutes, der Blutalkalescenz und der Pulszahl (100, 110 p. M.).

γ) Das Erscheinen von Albumen und Nierenelementen im Urin (Inanitionsnephritis) und der normo- und mononuklearen Megaloblasten im Blute.

δ) Das rasche Sinken der Morgentemperatur mit einer eventuellen subfebrilen oder febrilen, aber nur relativ hohen Abendtemperatur.

5. Alle diese Symptome gehören theils einer lokalen Peritonealaffektion (Perimetritis levis?) an, welche als Ursache der Schwangerschaftshyperemesis zu betrachten ist, theils einem consecutiven Inanitionsprocess.

6. Den Schweregrad der Erkrankung bestimmen die Symptome der Inanition. (Biochemische Untersuchungen.)

7. Die kausale Therapie besteht in der Eliminirung der lokalen Symptome (der Peritonealaffektion) durch lokale Kälte oder Wärme (Eisblase oder warme Bauchumschläge, intravaginale Kälte- oder Wärmeapplikation) und grosse Opiumdosen (8—10 Centigr. pro die).

8. Die Opiumdosen verlangsamen auch den Inanitionsprocess und bilden daher in Gemeinschaft eines rationellen diätetischen Verfahrens die Therapie gegen die Folgeerscheinungen, d. i. gegen die Inanition.

9. Bei Vorhandensein der unter Punkt 4 ($\alpha, \beta, \gamma, \delta$) beschriebenen Symptome wird, wenn nach der Therapie sub 7 und 8 keine bedeutende Besserung aller Symptome in 12—24 Stunden zu sehen ist, der künstliche Abort ausgeführt.

10. Diese Operation ist mit meiner Methode schnell, ungefährlich, aseptisch, schmerzlos und sehr leicht auszuführen*).

*) Die Literatur wird wegen Raummangel hier weggelassen. Meine hier sehr knapp gehaltene Mittheilung ist eingehender unter folgenden Titeln (als selbständige Theile des Ganzen) zu lesen: 1. Eine neue Methode der Cervixdilatation. 2. Neues unblutiges Verfahren zur Einleitung des artif. Abortes. 3. Biochemische Untersuchungen bei Hyperemesis gravidarum. 4. Causalbehandlung der Hyperemesis gravidarum. 5. Neue Behandlung einiger Frauenleiden.



