

Ueber cystöse Degeneration der Decidua vera.

(Endometritis deciduae cystica.)

Von

Dr. Carl Breus,

Assistent an Prof. Gustav Braun's Klinik in Wien.

(Mit 1 Holzschnitte.)

Seit wir wissen, dass die Decidua keine neugebildete fremdartige Membran oder eine Exsudation, sondern nichts anderes als die hochgradig veränderte Uterusschleimhaut ist, hat auch das Studium der pathologischen Verhältnisse derselben an Abortiv-eiern die Krankheitsbilder als analog jenen an der Schleimhaut des nicht graviden Uterus ergeben.

Auch die Pathologie der Decidua erweist den Schleimhautcharakter derselben. Virchow hat daher für die Entzündung der Decidua geradezu die Bezeichnung Endometritis beibehalten. Die katarrhalische Entzündung der Decidua, deren hervortretendstes Symptom die gesteigerte Secretion ist, sehen wir als die Grundlage der Hydrorrhoea gravidarum an. Croupös-diphtheritische, nekrosirende Formen der Endometritis deciduae sind es, welche der so gefürchteten infectiösen Endometritis der Gebärenden wie des Wochenbettes zu Grunde liegen. Die chronische hypertrophirende Entzündung endlich gelangt in ihren verschiedenen Abstufungen am häufigsten zur Beobachtung und ist jedem Untersucher von Abortiveiern wohlbekannt. In solchen Fällen findet man gewöhnlich die Decidua mehr oder weniger verdickt, ihre Oberfläche nicht mehr so glatt und eben wie im normalen Zustande, sondern mamelonirt, gewulstet und uneben.

Virchow bezeichnet diese Erkrankung als Endometritis deciduae diffusa, während er jene Formen, wo die Wulstung bis

zur Bildung von Höckern und pendulirenden Excrescenzen analog den sogenannten Polypen chronisch entzündeter Schleimhäute gedeutet, als Endometritis deciduae polyposa s. tuberosa schildert.¹⁾

Bei solcher im Gefolge chronischer Entzündung auftretender Verdickung und Hypertrophie der Schleimhäute werden meist auch die Drüsen derselben in Mitleidenschaft gezogen, indem die Vermehrung des interglandulären Bindegewebes und die Schwellung der Membran zu Unwegsamkeit der Ausführungsgänge der Drüsen, behinderter Entleerung der Secrete, Ectasirung und Cystenbildung führt. Gerade bei der Schleimhaut des nicht graviden Uterus ist es etwas ganz Gewöhnliches, dass sich diese Veränderung der Drüsen bei chronischer Endometritis einstellt. Bei derselben Erkrankung der Decidua dagegen ist diese Cystenbildung weit seltener. Virchow erwähnt nichts von derselben. Nur Hegar beschreibt Cysten der Decidua und spricht von einer Hyperplasia deciduae cystica.

Dass diese Form der Endometritis deciduae so selten zur Beobachtung kommt, hat wohl seinen Grund in dem eigenthümlichen Schicksal der Drüsen bei der Umwandlung der Uterusschleimhaut zur Decidua des schwangeren Uterus. Bekanntlich gipfelt der Vorgang, durch welchen sich die Uterusschleimhaut zur Decidua umbildet, in einer enormen Vermehrung des interglandulären Bindegewebes, während die Uterusdrüsen sich mehr passiv verhalten und nur so verzerrt werden, dass man sie in den Spalträumen des Stratum spongiosum der Decidua lange nicht wiedererkannte. Dabei geht, wie Kundrat nachgewiesen, ihr Epithel durch eine Art colloider Degeneration allmählig verloren, so dass es gegen Ende der Gravidität nur mehr in den tiefsten Lagen der Decidua an der Grenze gegen die Muscularis zu noch die Drüsenspalten auskleidet. Die Drüsenmündungen an der Oberfläche sind zu trichterförmigen Grübchen erweitert, welche besonders an einzelnen Stellen der Membran das bekannte siebartig durchbrochene Aussehen verleihen. Diese Verhältnisse erklären es wohl, dass das anatomische Bild der Endometritis deciduae nur selten durch die Drüsen auffällig beeinflusst wird. Trotzdem kommen aber sehr ausgebildete Formen von Cystenentwicklung in der Decidua vor.²⁾

1) Virchow, Geschwülste, II. Bd., S. 478.

2) Hegar und Maier (Virchow's Archiv, 52. Bd.: „Beiträge zur Pathologie des Eies“) beschreiben zwei Abortiveier aus dem ersten und dritten

Eine solche sehr hochgradige Endometritis deciduae cystica fand ich vor Kurzem an einem Abortivei aus dem dritten Monate der Schwangerschaft, welches vollständig abgegangen war und auf den ersten Blick den Eindruck einer Hydatidenmole (Myxoma papillare Chorii) machte. Erst bei genauerer Untersuchung zeigte sich, dass die hydatidenartigen Cysten nicht dem Chorion, sondern der Decidua vera angehörten.

Das Präparat stammte von einer 29jährigen gesunden Viertgebärenden. Die früheren Schwangerschaften waren völlig normal verlaufen. Die Kinder lebten. Nie hatte sie angeblich an einem Fluor gelitten. Die Menses waren stets normal. Nur seit der dritten Entbindung, welche vor sieben Monaten stattgefunden und nach welcher sie ein normales Wochenbett durchgemacht, war die Menstruation nicht wieder eingetreten, obwohl die Frau das Kind nicht stillte. Dabei fühlte sie sich aber ganz gesund und hatte auch keine Ahnung von ihrem Zustande, als sie neuerdings schwanger geworden. Weder nach der Anamnese, noch durch genaueste Untersuchung des ganzen Körpers war Lues anzunehmen.

Da ging eines Abends etwas Blut ab. Sie achtete nicht darauf, weil es sehr wenig war, und sie dachte, dass sich die Menses endlich doch wieder einstellen. In der Nacht wurde der Blutabgang stärker und am Morgen fand sich in dem abgegangenen Blute das Ei.

Das ganze Ei war ungefähr faustgross und glich, wie bereits erwähnt, einer Traubenmole, denn es war nahezu an der ganzen Peripherie mit bis über erbsengrossen Blasen besetzt. Der Eisack war an dem einen Pole eingerissen. Aus dieser Lücke, welche von hämorrhagischem Gewebe begrenzt war, hing der abgerissene dünne Nabelstrang. Der Fötus fand sich neben dem Eie in der Blutmasse, welche abgegangen; er war 12 cm lang und leicht macerirt.

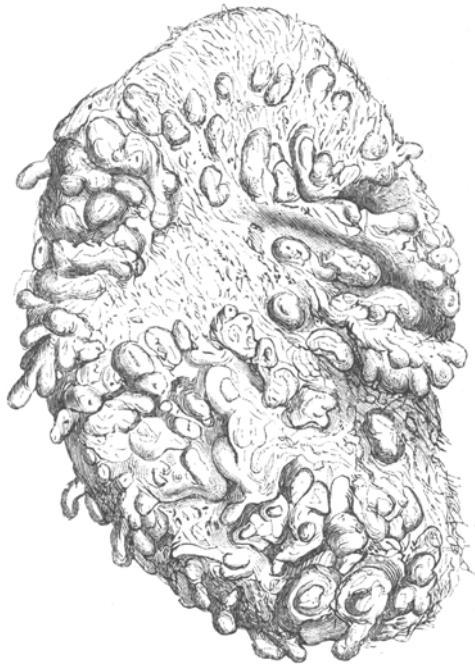
Als ich von dieser Lücke aus das Ei öffnete, fand ich im Inneren desselben den Reflexasack mit dem Chorion und Amnion.

Monate der Schwangerschaft mit „Hyperplasia cystica deciduae“, und denken, „dass man es hier mit Resten veränderter Drüsengebilde der früheren Schleimhaut zu thun hat, die cystisch verändert sind“.

Ausserdem beschreibt Hegar in der Monatsschrift für Geburtskunde (1863, 21. Bd., Supplementheft, „Beiträge zur Pathologie des Eies und zum Abort in den ersten Schwangerschaftsmonaten“) ein Ei aus dem dritten Monate „mit Cystendegeneration der Drüsensubstanz der Decidua“.

Die äussere mit den erwähnten Cysten besetzte Membran entsprach also nicht dem Chorion, sondern der Decidua vera. Placentaranlage, Decidua vera, Reflexa und die Umschlagstelle der Vera über das Ei zur Reflexa liessen sich ganz leicht und deutlich darstellen.

Die Reflexa war zart und ebenso wie das Chorion und Amnion von normaler Beschaffenheit. Das parietale Blatt der Decidua, die Vera stellte, wie gewöhnlich, einen dreieckigen Sack dar von 10 und 12 cm Seitenlänge, dessen innere, dem Eie zugewendete



Äussere Fläche der Decidua vera.

Fläche von röthlichgelber Färbung, ganz glatt ohne Furchen oder cotyledonenartige Sonderung war.

Grösstentheils waren die Drüsenmündungen gar nicht oder nur als nadelstichartige Grübchen und nur an den den Rändern der Uterushöhle entsprechenden Stellen als spaltförmige Lücken wahrzunehmen. Aber auch hier waren sie kleiner, als man sie gewöhnlich an diesen Stellen findet. Im Bereiche des Ueberganges der Vera in die Reflexa, wo man sie sonst als sehr auffällige, verzogene Lücken antrifft, waren sie kaum wahrzunehmen.

Dagegen fanden sich an dieser Stelle und besonders gegen das cervicale Ende zu mehrere erbsengrosse rundliche, dünnwandige schlaaffe Cysten an der inneren Fläche der Vera prominirend.

In der Nähe der einen Tubarecke fand sich an der fötalen Oberfläche eine kreisrunde, 1 cm im Durchmesser haltende scharfrandige Lücke mit sehr zarten Rändern. Durch diese Lücke sah man in einen mehrfächerigen flachen Raum, der offenbar einer geplatzten Cyste entsprach.

Viel auffälliger als an der Innenfläche war die Cystenbildung an der äusseren. Hier war das maschige Gewebe der Trennungsschichte der Decidua nur stellenweise zwischen den zahlreichen flottierenden traubigen Cysten zu finden. Diese stellten dünnwandige kolbige Bälge dar, auf welchen oft wieder kleinere Bläschen aufsassen, so dass sie dadurch das Aussehen von kurzen ramificirten Schläuchen erhielten und ganz an die Hydatiden einer Traubenmole erinnerten. Die Länge einzelner betrug bis 2 cm, die Durchschnittsbreite $\frac{1}{2}$ cm.

Die zarte, aber doch feste Wandung dieser Gebilde war an vielen Stellen durch mehrere stecknadelkopfgrosse Lücken durchbrochen. In keiner derselben konnte ich einen flüssigen Inhalt nachweisen. Nur aus einzelnen der an der inneren Fläche der Vera gelegenen Cysten liess sich etwas trübe dünne Flüssigkeit entleeren, in welcher mikroskopisch spärlicher Detritus nachweisbar war.

Die mikroskopische Untersuchung der Decidua ergab das Stratum cellulosum derselben neben den gewöhnlichen charakteristischen grossen Zellen sehr reich an kleinzelligen Elementen, wie stets bei chronischer Endometritis deciduae.

Im Stratum spongiosum waren besonders in den tieferen Lagen die den Drüsen entsprechenden Spalträume sehr vergrössert, so dass eben sie die bereits makroskopisch geschilderten Cysten darstellten. Die Wandung der Cysten bestand demnach nur aus Deciduagewebe, und zwar waren hier wie gewöhnlich die Zellen mehr spindelförmig, abgeplattet und in die Länge gezogen. Vom Drüsenepithel konnte ich in keinem meiner Präparate gut erhaltene Elemente auffinden. Meist war die Innenfläche der sonst leeren Hohlräume mit einer niedrigen Schichte homogener glasiger Substanz, welche schollig zerbröckelt erschien, bedeckt. Die kleineren näher gegen das Stratum cellulosum gelegenen Drüsenräume waren zum Theil ganz mit solchem colloiden Inhalte erfüllt, aber auch in ihnen war kein Epithel mehr erhalten.

Dieser Befund gestattet wohl den Schluss, dass auch in den grossen, zu Cysten ectasirten Drüsenräumen der Inhalt, dessen Entleerung durch die Vermehrung des interglandulären Gewebes behindert worden, aus schleimiger und colloider Degeneration des Drüsenepithels hervorgegangen, so dass diese Cysten der Decidua auch hinsichtlich ihrer Entstehung sich analog den Cystenbildungen in anderen chronisch entzündeten Schleimhäuten verhalten.

Eine praktische Bedeutung mag diese cystöse Form der Deciduaerkrankung insofern haben, als sie mehr als die anderen Anomalien der Decidua den Abortus herbeizuführen geeignet ist.

Durch die cystische Erweiterung der Drüsen werden die Spalträume der spongiösen Deciduaschicht so sehr vergrössert und die Septa zwischen denselben so verdünnt und ausgespannt, dass sehr leicht Zerreibungen eintreten. Dadurch wird der Zusammenhang des Eies mit der Uterinwand bei der durch die Cysten an und für sich schon verursachten Lockerung und gesteigerten Verschiebbarkeit der Decidua endlich ein so geringer, dass leicht eine Lostrennung der Membran von der Muscularis erfolgt, welche, von Hämorrhagie begleitet, zur Ausstossung des Eies führt.

Dass die hochgradige Erweiterung der Drüsenräume zu Zerreibungen der Septa, welche das interglanduläre Gewebe zwischen den Drüsen bildet, Anlass giebt, darauf deutet manches in dem obigen Befunde hin. Einzelne der ectasirten Drüsen bildeten ganz frei pendulirende, ramificirte, schlauchartige Bälge. Diese können nur zu Stande kommen, wenn das die Drüsenräume umschliessende interglanduläre Gewebe, in welches die Drüsen, die ja keine Membrana propria haben, eingebettet liegen, aus seinen Verbindungen gezerrt worden.

Ausserdem fanden sich an vielen dieser cystischen Drüsenbälge kleine Lücken, so dass zur Zeit der Untersuchung der Inhalt der Cysten grösstentheils fehlte.

Dass die Lockerung der Decidua und ihre Lostrennung von der Uterinwand den Abortus eingeleitet habe, deutet auch der Umstand an, dass das ganze (wenn auch beim Durchtritte geborstene) Ei im Zusammenhange mit der Vera so abgegangen, dass die äussere Fläche der Vera auch nach der Ausstossung des Eies noch nach aussen lag.

Sonst stülpt sich ja gewöhnlich der Verasack während der Ausscheidung aus dem Uterus so um, dass die innere Fläche der Decidua nach aussen zu liegen kommt, weil das von den Con-

tractionen des Uterus erfasste Ei erst, wenn es die Uterushöhle verlässt, die Vera nach sich zieht, so dass die Lostrennung derselben von der Einbettungsstelle des Eies her gegen das Orificium internum zu vorschreitet, wie es auch bei der Ausscheidung der Placenta und Eihäute eines reifen Eies der Fall ist.

Während in der Decidua vera die Cystenbildung einen sehr hohen Grad erreicht hatte, fehlten in der auch sonst normalen Reflexa die Cysten gänzlich. Auch in Hegar's Fällen war die cystöse Degeneration nur auf die Vera beschränkt. Dieses Verhalten erscheint minder auffällig, wenn man sich vergegenwärtigt, wie die Reflexa entsteht, und dass ihre Drüsen demnach an beiden Flächen dieser Membran münden, während der Fundus der Drüsen gegen die Vera zu liegen kommt.

H. Müller¹⁾ schildert, wie Hegar berichtet, ein Abortivei, an dessen Reflexa er cystöse Räume fand. Da er aber eine wirkliche Blasenmole vor sich hatte, so dürfte es sich in seinem Falle um eine ganz andere Erscheinung, als uns beschäftigt, handeln. An Blasenmolen findet man es nämlich ganz gewöhnlich, dass die zu Hydatiden entarteten Chorionzotten die Reflexa mehr oder weniger durchwuchern. Wenn man nun ein abgelöstes Stück Reflexa einer solchen Blasenmole untersucht, so findet man auf dem Durchschnitte glatte Hohlräume, welche entweder leer sind oder eine gallertige Masse enthalten, je nachdem die myxomatösen Chorionzotten, welche die Reflexa durchwucherten und sich in dieselbe einbetteten und so diese Hohlräume bildeten, bei der Ablösung herausgezogen oder abgerissen wurden. Das sind also dann Hohlräume, welche mit Ectasirung der Drüsen nichts zu thun haben, und sind keine Retentionscysten im gewöhnlichen Sinne des Wortes.

1) „Ueber den Bau der Molen.“ 1847.