

V. Aus der ärztlichen Praxis.

Beitrag zur Frage der Selbstinfection im Wochenbett.

Von Dr. L. Kaempffer in Werneuchen (Mark).

Eine 29jährige, gesunde VI-Para kam am 18. März dieses Jahres am Ende der normal verlaufenen Schwangerschaft ohne jede Hülfe mit einem gesunden Knaben nieder. Die Geburt vom Beginn der Wehen bis zur Ausstossung der Placenta hatte eine Dauer von noch nicht zwei Stunden — die früheren Geburten waren ebenfalls sehr leicht und schnell vor sich gegangen —, so dass die Angehörigen, zumal der Blutverlust ein sehr mässiger war, ganz davon Abstand nahmen, die ziemlich entfernt wohnende Hebamme holen zu lassen. Letztere, eine sehr gewissenhafte, tüchtige und gut geschulte, jüngere Person, sah die Wöchnerin erst am 25. März, untersuchte sie aber, da ihr keine Indication dazu vorzuliegen schien, nicht und besuchte sie auch später nicht wieder.

Anwesend war von Beginn der Geburt an ausser dem Ehemann nur noch die Schwiegermutter der Kreissenden; nach dem Abgang der Placenta wurde noch eine Nachbarsfrau zugezogen, welche das Abnabelungsgeschäft vornahm und für Trockenlegung der Wöchnerin sorgte.

Keine der genannten, durchaus glaubwürdigen Personen war während oder unmittelbar nach der Entbindung mit den Genitalien der Kreissenden in Berührung gekommen, geschweige denn mit der Hand in die Vagina eingegangen. Ebensowenig geschah dies im Puerperium. Die Sauberkeit im Bett und Zimmer war musterhaft.¹⁾

Trotzdem war der Verlauf des Wochenbettes kein entsprechender. Zwar fühlte sich die Wöchnerin in den ersten sechs Tagen post partum relativ wohl und versuchte sogar vom 24. März ab aufzustehen, doch musste sie sich wegen wiederholter Fieberfröste mit starkem Kopfschmerz und enormer Mattigkeit schon nach einigen Tagen wieder legen. Dazu traten Ende März Heiserkeit mit inspiratorischer Dyspnoë, heftige Schmerzen auf beiden Lungen, starker Husten mit blutig tingirtem Auswurf und sehr häufige, stinkende Diarrhöen, während über Leibschmerzen nicht geklagt wurde. Weiter bildete sich Anfang April unter wiederholten Schüttelfrösten ein Abscess auf dem Nasenrücken und ein etwas grösserer seitlich vom linken Labium majus, während der Abscess im Larynx zum Aufbruch kam. Trotz des äusserst bedrohlichen Zustandes wurde aus äusseren Gründen (sehr weite Entfernung des Arztes) erst am 13. April ärztliche Hülfe zugezogen.

Der Befund war folgender: Mittelgrosse, sehr zarte, anämische und äusserst elende Frau von septischem Allgemeindruck. Puls sehr klein, 120—130. Temperatur in der Achselhöhle 40,7° C. Urin schwach icterisch und von geringem Eiweissgehalt. Hochgradige Dyspnoë, quälender Husten, heftige Stiche auf beiden Lungen. Auf der Mitte des Nasenrückens ein

¹⁾ Dass sich der Ehemann jedes geschlechtlichen Verkehrs mit seiner Frau jedenfalls während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft enthalten hatte, mag hier beiläufig noch erwähnt werden.

schlafrandiges, bis auf die Knorpel reichendes Geschwür mit eitriger, dünnflüssiger Absonderung; ein zweites, fistulöses nach aussen und unten vom linken Labium majus.

Ueber beiden Lungen diffuses, feuchtes, klein- und grossblasiges Rasseln. Uebelriechende, schleimig-eitrige Sputa. Grössere Verdichtungen nicht nachweisbar; zerstreute kleine Herde trockener Pleuritis.

Die Herztöne an sämtlichen Klappen von blasenden, systolischen Geräuschen begleitet.

Der Leib flach, weich und nur bei tieferen Eindrücken etwas empfindlich. Nirgends ein Exsudat.

Eitriger, sehr übelriechender Lochialfluss. Der Douglas frei; in den Parametrien einzelne knotige Stränge fühlbar; kein festes Exudat. Der Uterus druckempfindlich und nicht der Zeit des Wochenbettes entsprechend involviert. Aus dem weit geöffneten äusseren Muttermund hängt ein solides, daumenstarkes Gebilde bis auf den Scheidenboden herab, das sich digital bis in die Uterushöhle verfolgen lässt, wo es in weiche, dieselbe ausfüllende Massen übergeht. Es erweist sich als ein faulender, in seinem Innern eitrig zerfallener Fibrinpolyp von äusserst fötidem Geruch, von derselben Beschaffenheit wie der Inhalt des Uterus.

Trotz der Hoffnungslosigkeit des Falles wurde sofort in möglichst gründlicher, aber schonender Weise digital und instrumentell (vorsichtiger Gebrauch der stumpfen Curette) unter ausgiebiger vor- und nachheriger Desinfection von Vagina und Uterushöhle eine Ausräumung der letzteren vorgenommen, wobei namentlich auch die Uteruswände einer sorgfältigen Abschabung unterzogen wurden, und gut ein Achtel Liter einer gelblichen, schmierig-bröckeligen, sehr übelriechenden Masse fast ohne jede Blutung entleert, leider ohne Erfolg. Denn nach anfänglicher Besserung erfolgte am 19. April unter zunehmender Dyspnoë und erschöpfenden Durchfällen der Tod. Section wurde nicht gestattet.

Wie aus Vorstehendem hervorgeht, handelte es sich unzweifelhaft um einen Fall von Puerperalfieber, und zwar von puerperaler Septicopyämie mit Vorherrschen der pyämischen Erscheinungen, doch war dieser Fall vor anderen dadurch ausgezeichnet, dass sich eine äussere Infektionsquelle absolut nicht nachweisen liess. Die Geburt war ausserordentlich rasch vor sich gegangen, so rasch, dass Arzt oder Hebamme heranzuholen keine Zeit blieb. Die Gelegenheit zu einer Inficierung in partu fiel also fort. Ebensovienig war durch dieselben im Wochenbett eine nachträgliche, innere Untersuchung vorgenommen, so dass also auch eine Spätinfection von aussen nicht stattgefunden hatte. — Die Angehörigen hatten sich, wie die angestellte, sehr genaue Nachforschung ergab, jedes Eingriffes während und nach der Geburt, der sie in schädliche Berührung mit den Genitalien hätte bringen können, enthalten. Wäre etwas derartiges geschehen, so hätte kein Grund für sie vorgelegen, dies zu verheimlichen, da ja der Laie von der Schädlichkeit solcher Manipulationen keine Ahnung und kein Verantwortungsbewusstsein haben kann. — Da nun die Wochenbettserkrankung auch keine Fortsetzung einer bereits in der Gravidität bestehenden war, so kann sie nicht anders als durch Selbstinfection erklärt, d. h. die Infektionsquelle muss in der Wöchnerin selbst, und zwar in ihren Genitalsecreten gesucht werden.

Nun wissen wir ja¹⁾ heute durch die bacteriologischen Untersuchungen, dass es in den Lochialsecreten auch gesunder Wöchnerinnen vom dritten bis vierten Tage ab zu einer lebhaften Entwicklung pathogener Pilzformen (Staphylococcen und Streptococcen) kommen kann; wir wissen ferner, dass durch die gleichzeitige Anwesenheit von Fäulnisgiften die Virulenz der vorhandenen Bakterien erhöht wird und sogar vorher unschädliche Pilzformen infectiösen Charakter gewinnen können.

Ein ähnlicher Vorgang muss sich auch in unserem Fall abgespielt haben, sei es, dass in Vagina und Cervix von vornherein pathogene Spaltpilze vorhanden waren, oder dass sich unter dem Einfluss der Fäulnisgifte starke virulente Arten überhaupt erst bildeten. Denn Ptomaine lieferte das faulende Blutgerinnsel in hinreichender Menge. Folglich mussten die Lochien infectiöse Eigenschaften annehmen. Und da der Fibrinpolyp diesen Infektionsstoffen die bequemste Gelegenheit bot, in das Uterusinnere zu gelangen und sich von da weiter in den Gesamtorganismus zu verbreiten, so musste eine Allgemeininfektion eintreten. Wahrscheinlich handelte es sich dabei um eine Mischform von septischer Infection (phlebothrombotische Form des Puerperalfiebers) und putriden Intoxication.

Es lehrt also auch dieser Fall, dass man mit der Annahme, dass das Puerperalfieber eine durch ausschliesslich von aussen, durch Hände und Instrumente importierte Infektionskeime bedingte Wundkrankheit sei, nicht auskommt und dass sich einige, seltene Fälle nur durch die Annahme der Selbstinfection, und zwar auf Grund der bacteriologischen Untersuchungen erklären lassen.