

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen.
**Hyperemesis als Schwangerschafts-
intoxikation.¹⁾**

Von L. Seitz.

Unter der vielgestaltigen Schar der Schwangerschaftsbeschwerden ist das Erbrechen eine der allhäufigsten. Rund die Hälfte aller Frauen werden das eine oder andere Mal, bald kurz vorübergehend, bald für längere Zeit von dem Erbrechen heimgesucht, und viele Frauen sehen das morgendliche Erbrechen als eine Art von Notwendigkeit an, die nun einmal ertragen werden muß. Von diesem harmlosen Vomitus matutinus finden wir alle Uebergänge zu den schweren Formen der Hyperemesis, und alle Bemühungen, künstlich eine Grenze zwischen den beiden Formen zu konstruieren, müssen als mißlungen angesehen werden.

Nicht wenige nahmen für die Hyperemesis einen reflektorischen Vorgang an. Der wachsende Uterus drücke auf die umgebenden Nervenplexus, und der ausgeübte Reiz werde auf den abführenden Nervenbahnen zu dem Brechzentrum geleitet. Nach der Ansicht wieder anderer gehen die Reize von pathologischen Veränderungen des Uterus aus, von einer Retroflexio, einer Verwachsung, einer Erosion, einer Endometritis, kurz, es existiert keine gynäkologische Erkrankung, die nicht schon als Ursache des unstillbaren Erbrechens angesehen worden wäre.

Am meisten Anklang fand von jeher die Ahlfeld-Kaltenbachsche Theorie, die bekanntlich einen psychogenen Ursprung der Hyperemesis annimmt und die Kaltenbach mit dem Ausspruche am schärfsten formuliert hat: „die Hyperemesis ist nichts anderes als ein Stigma der Hysterie“. Zu dieser Schlußfolgerung kam er und die Anhänger

¹⁾ Nach einem Vortrag auf dem bayerischen Gynäkologentag in Würzburg am 28. Januar 1912

seiner Theorie ex juvantibus, indem sich nämlich zeigte, daß eine scheinbar oder wirklich suggestive Therapie viele Fälle zur Besserung und zur völligen Ausheilung brachte.

Allein es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß nicht nur neuropathische und nervös belastete Individuen an Hyperemesis erkranken, sondern daß nicht selten auch die allergesündesten und vernünftigsten Frauen von der Krankheit befallen werden. Schwer läßt sich durch die psychogene Theorie auch die Tatsache erklären, daß 50 % aller Schwangeren wenigstens vorübergehend von Erbrechen heimgesucht werden, und ganz mußte die Theorie bei der Erklärung der Todesfälle versagen; an Hysterie stirbt bekanntlich niemand. Hier brachten erst die pathologisch-anatomischen Befunde eine Klärung. Seitdem im Jahre 1892 von Lindemann die ersten genaueren Obduktionsbefunde erhoben wurden, sind wiederholt, namentlich von amerikanischer und englischer Seite, zuletzt auch von deutschen Autoren [Hofbauer-Winter]¹⁾ ausführliche autopsische Berichte veröffentlicht worden. Ich selbst habe vor einigen Jahren Gelegenheit gehabt, in einem Fall, wo trotz Einleitung des künstlichen Abortes zwei Tage später der Tod eintrat, eine Nekropsie zu machen, und kann in jeder Beziehung die Angaben der Autoren bestätigen. Die Hauptveränderung findet sich ausnahmslos in der Leber; sie zeigt parenchymatöse und fettige Degeneration, Infiltration und Nekrose der Leberzellen, und zwar am stärksten in der Mitte der Acini. In zweiter Linie ist die Niere betroffen, sie weist Verfettungen und Nekrosen in den sekretorischen Teilen auf, oder sie zeigt den typischen Befund einer akuten parenchymatösen Nephritis.

Derart hochgradige pathologisch-anatomische Veränderungen können unmöglich durch rein nervöse Störungen zustande kommen; sie gleichen in vielen Punkten den Befunden bei Phosphorvergiftung und nach dem Urteil neuerer französischer Autoren auch denen bei der schweren Chloroformvergiftung. Nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse können derartige Veränderungen ihre Entstehung nur in der Schwangerschaft gebildeten Toxinen verdanken. In dem Sinne haben sich bereits seit längerer Zeit die Franzosen und Amerikaner ausgesprochen, und in der letzten Zeit sind auch deutsche Autoren, namentlich Hofbauer, der Meinung beigetreten. Auch im klinischen Bilde sprechen manche Momente für eine Intoxikation. Das recht häufige Auftreten von Ikterus oder die seltenere Hämoglobinämie, die Komplikation der Hyperemesis mit Nephritis, deren Ursprung sonst fast immer toxisch ist, mit Ptyalismus, das nicht seltene Vorkommen von Purpura und multiplen kleinen Blutungen in den Geweben und in den Organen.

Wenn wir bei den letal endigenden Fällen derart ausgedehnte Prozesse in der Leber, in den Nieren und in anderen Organen finden, so ist es nur eine logische Schlußfolgerung, anzunehmen, daß auch in den leichteren und leichtesten Graden von Hyperemesis Veränderungen vorhanden sind, nur mit dem Unterschied, daß sie viel geringer und daß sie reparabler Art sind. Damit kommen wir zu dem Schlusse, daß auch das morgendliche Erbrechen durch chemische Substanzen ausgelöst wird, wie wohl überhaupt die Mehrzahl der gewöhnlichen Schwangerschaftsveränderungen und Schwangerschaftsbeschwerden auf die Einwirkung chemischer Agentien bisher noch unbekannter Art zurückzuführen sind.

Die Annahme eines Toxins und der Befund organischer Veränderungen im Körper steht scheinbar im Widerspruch mit den Erfolgen der suggestiven Therapie. Wir müssen indes bedenken, daß bei der gewöhnlichen Therapie der Hyperemesis nicht allein suggestive Momente wirksam sind, sondern daß verschiedene Maßregeln, z. B. die völlige Entziehung der Nahrung, die subkutanen Kochsalzinfusionen, die rektale Zufuhr von Flüssigkeit geeignet sind, im Sinne einer Entgiftung des Organismus zu wirken.

Auch wäre es meines Erachtens falsch, die Entfernung aus dem Hause und die Aufnahme in ein Krankenhaus lediglich im Sinne einer Suggestion aufzufassen. Es fallen damit sicherlich ungünstige äußere Momente, wie ungenügende Schonung, unzweckmäßige Behandlung durch Angehörige, seelische Er-

regungen, weg. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß leichtere Fälle meist von selbst ausheilen — ein Beweis dafür ist die Legion der angeblich wirksamen Medikamente — und daß die rein suggestive Behandlung nur in leichten Fällen hilft, dagegen in schweren und schwersten ausnahmslos versagt. Es besteht zwar zweifellos eine psychische Beeinflussbarkeit des Brechzentrums, zum Beweise dessen braucht man nur an die Wirkung ekelregender Gespräche bei Tisch zu denken. Allein diese psychische Erregbarkeit hält sich stets innerhalb gewisser Grenzen und erreicht nie oder nur ganz ausnahmsweise den Umfang, wie wir dies bei der Hyperemesis zu sehen gewohnt sind. Es wird in der Schwangerschaft das Brechzentrum durch einen chemischen Stoff gewissenmaßen sensibilisiert, ähnlich wie wir dies künstlich durch subkutane Einverleibung kleinster Mengen von Apomorphin zu tun vermögen, und nach erfolgter Sensibilisierung genügt bereits ein kleiner äußerlicher oder psychischer Einfluß, um die Reaktion auszulösen.

Die vorher erwähnten pathologisch-anatomischen Veränderungen sind noch in anderer Beziehung von höchstem Interesse. Sie haben eine gewisse Ähnlichkeit mit den Befunden bei der akuten gelben Leberatrophie und gleichen in manchen Punkten den Veränderungen, wie wir sie bei der Eklampsie beobachten.

Die Frauen, die von einer akuten gelben Leberatrophie befallen werden, befinden sich von einem Drittel bis zur Hälfte im graviden Zustand. Man findet bei dieser Krankheit vor allem eine Verkleinerung und hochgradige Veränderung der Leber, die in fettiger Entartung oder vollständiger Nekrose der Leberacini besteht. Beiden Krankheiten gemeinschaftlich ist das Auftreten von cerebralen Störungen in Form von Delirien und Aufregungszuständen, auch Hautblutungen kommen bei beiden vor, und regelmäßig ist Ikterus vorhanden. Doch ist der Ikterus bei der Hyperemesis nur gering; es hatten z. B. die zwei tödlich verlaufenden Fälle meiner Beobachtung nur ein gelblich fahles Kolorit; bei der akuten Leberatrophie dagegen ist der Ikterus meist außerordentlich intensiv. Bei der Hyperemesis fehlen auch fast nie die Nierenveränderungen. Wenn auch manche Verschiedenheiten bei den beiden Krankheiten mit ausgeprägtem Typus vorhanden sind, so können die anatomischen Befunde doch in weniger ausgeprägten Fällen einander so ähneln, daß manche Autoren, wie z. B. Williams²⁾, bei einem Fall von Hyperemesis direkt von einer akuten gelben Leberatrophie sprechen. Diese Fälle schwerster Hyperemesis mit Symptomen und Befunden akuter gelber Leberatrophie scheinen nicht so sehr selten zu sein, wie man nach den spärlichen Berichten in der Literatur und den Erfahrungen der Kliniken glauben möchte. Die praktischen Ärzte bekommen sie öfters zu Gesicht.

Der Kollege, der mich zu dem einen tödlich verlaufenden Falle beizog, erzählte mir, daß es in einer zwanzigjährigen Landpraxis nunmehr der dritte gleichgeartete Fall sei.

Vielleicht gehören die Krankheitsbilder der schwersten Hyperemesis und der akuten Leberatrophie überhaupt zusammen und sind nur verschieden klinische Ausdrucksformen ein und derselben Schädlichkeit; solange wir aber diese noch nicht besser kennen als jetzt, ist es besser die Grenzen zwischen beiden zunächst aufrecht zu erhalten.

Eine gewisse Ähnlichkeit haben auch manche Fälle von Eklampsie. Es sind die ganz schweren Formen der typischen Eklampsie mit Krämpfen, die meist mit leichtem Ikterus einhergehen; sie endigen so gut wie immer letal. Inta vitam ist nicht selten die Lebergegend auffallend druckempfindlich, und bei der Sektion sind die Leberveränderungen besonders ausgeprägt.

Stumpf³⁾ z. B. beschreibt 1886 einen Fall, den er als akute Leberatrophie auffaßt und der klinisch ganz unter dem Bilde der Eklampsie verlief.

Wichtiger aber noch als die Fälle typischer Eklampsie mit Krämpfen sind die nunmehr nicht mehr so seltenen Beobachtungen von atypischer oder Pseudoklampsie (etwa 30 Mitteilungen), bei denen die Krämpfe vollständig fehlen. Schickel³⁾ hat vor kurzem wieder genaue Obduktions-

¹⁾ Hofbauer, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1908, Bd. 61, S. 262. Winter, Zentralblatt für Gynäkologie 1907, No. 48, S. 1500.

²⁾ Zentralblatt für Gynäkologie 1905, No. 30, S. 949. — ³⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1886, Bd. 1. — ³⁾ Archiv für Gynäkologie, Bd. 92.

befunde von mehreren atypischen Eklampsien mitgeteilt. Die Veränderungen gleichen in hohem Grade den Befunden bei der typischen Eklampsie, und Schickel hat sich vergebens bemüht, durch eingehende histologische Untersuchungen einen Unterschied zwischen diesen atypischen Eklampsiefällen, die in ihrem anatomisch-pathologischen Verhalten ganz mit tödlich verlaufenden Hyperemesisfällen übereinstimmen, und der typischen Eklampsie im Sinne von Schmorl zu finden.¹⁾

Viel mehr, als man früher annahm, wird in der Schwangerschaft die Leber geschädigt. Das leichte Versagen der Leber im Kohlehydratstoffwechsel äußert sich in Form der Glykourie, die Herabsetzung der eiweißspaltenden Fähigkeiten in der vermehrten Ausscheidung von Ammoniak und in dem gehäuften Auftreten von Aminosäuren und des Polypeptidstickstoffes im Harn. Nach den Befunden französischer und italienischer Autoren tritt bei einem großen Prozentsatz aller Schwangeren in den letzten Monaten eine sehr beträchtliche Vermehrung des Bilirubins im Harn auf. Es haben daher die Franzosen ganz recht, wenn sie in der Schwangerschaft von einer physiologischen „insuffisance hépatique“ und v sie bei ernstlichen Störungen von einer „Hépatoxinémie“ sprechen. In den schweren Fällen der Leberschädigung gibt sich klinisch die Leberschädigung kund in dem Auftreten von Oxybutter-, Azetessigsäure und namentlich von Leuzin und Tyrosin.

Schluß. Wer je in der Lage war, die schweren anatomischen Veränderungen bei Hyperemesis mit den Befunden der typischen und atypischen Eklampsie, die nach allgemeiner Auffassung von jeher als das Prototyp einer Schwangerschaftstoxikose gegolten hat, zu vergleichen, wird nie mehr auf den Gedanken kommen zu glauben, daß das Erbrechen in der Schwangerschaft rein reflektorischer oder rein psychogener Natur ist. Wenn sich weiterhin die bisherigen günstigen Erfahrungen in der Behandlung der Hyperemesis mit der intravenösen Injektion von Serum gesunder Schwangerer bestätigen sollten, so wäre darin eine weitere Stütze für den toxischen Ursprung der Krankheit gegeben.