

Gibt es eine richtige Decidua uterina ohne Schwangerschaft.

Von

Dr. J. Voigt, Göttingen.

(Eingegangen am 22. Mai 1943.)

Käte Lindner hat in der Mschr. Geburtsh. 57. Beobachtungen veröffentlicht, die zunächst den alten Satz: „Ohne Schwangerschaft keine Decidua uterina“ zu widerlegen scheinen. Sie hat bei der Untersuchung menstrueller Abgänge bei Virgines bzw. Nulliparen Gewebsfetzen gefunden, die mikroskopisch stellenweise das Bild einer Decidua boten. Diese Abgänge stammen aus den ersten 48 Stunden der Menstruation, später wurden sie niemals beobachtet, anscheinend auch nicht bei Frauen, die bereits geboren hatten. Daß es sich hier um Fälle von Endometritis exfoliativa, wohl auch Dysmenorrhoea membranacea genannt, handelt, ist nicht zu ersehen.

Diese Vorbemerkung erschien mir notwendig, um die Bekanntgabe der folgenden Beobachtungen zu erklären; denn sie wurden bei einer Pluripara an einem Material erhoben, das nach einer 5—8 tägigen starken Blutung durch Ausschabung gewonnen wurde, also doch grundlegende Verschiedenheiten gegenüber dem Material von *Käte Lindner* aufweist. Die hier erhobenen Befunde können aber auch bei forensischen Erwägungen von Bedeutung sein, wenn es sich darum handelt, die Frage zu klären, ob der Befund einer typischen — nicht fleckenweisen! — Deciduabildung einen Ehebruch beweist, auch wenn keinerlei Eiteile gefunden werden, und wenn eine Extrauterin gravidität auszuschließen ist.

Die Patientin, die mich zu diesen Überlegungen veranlaßte, ließ in der Nacht den Arzt rufen, weil sie starke Schmerzen „wie Wehen“ hätte und seit einigen Tagen blute. Von der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß sie dreimal geboren habe und sonst angeblich immer gesund gewesen sei. Jetzt sei die Menstruation 3 Tage „ausgeblieben“ (sie sagte nicht „verspätet“!), die Blutung habe dann mit starken Schmerzen angefangen und dauerte bereits 5 Tage. Die Patientin wurde daraufhin in meine Klinik eingewiesen; sie machte dort die erwähnten anamnestischen Angaben, verschwieg aber, daß sie bereits vor einer Reihe von Monaten wegen eines fieberhaften Aborts in der hiesigen Univ. Frauenklinik gelegen hatte, was ich später nur durch einen Zufall erfuhr; ob sie sonst noch Fehlgeburten durchgemacht hat, war natürlich nicht festzustellen. Die Untersuchung ergab einen normal großen Uterus und eine mäßige Verdickung der linken Adnexe, die stark verwachsen schienen. Mit Rücksicht auf die starke Blutung wurde

sofort ausgeschabt und das so gewonnene *sehr reichliche Material*, das schon makroskopisch als Decidua imponierte, zur Untersuchung in das Pathologische Institut geschickt. Die dortige Diagnose lautete: „Typische Decidua ohne irgendwelche Eiteile“ mit dem Hinweis auf die Möglichkeit einer Extrauteringravidität. Da die Blutung auch in den nächsten Tagen — wenn auch in geringerer Stärke — anhielt und die Verdickung des linken Eileiters auf etwa Kleinfingerstärke auf eine Tubargravidität hinzuweisen schien, wurde nach 4 Tagen eine Probe-laparotomie vorgenommen. Es fanden sich im kleinen Becken ausgedehnte Verwachsungen, teils älteren (links), teils frischeren (rechts) Ursprungs, jedoch nirgends eine Spur einer inneren Blutung. Die verdickte linke Tube wurde entfernt, ein deutliches Corpus lut. grav. wurde nicht gefunden. Mikroskopisch erwies sich die linke Tube nicht als gravid, sondern es bestand eine einfache chronische Salpingitis.

Etwa nach einem Vierteljahr erschien die Patientin wieder mit Blutungen in der Sprechstunde. Sie gab an, nach zwei regelmäßigen Menstruationen habe sich die letzte einen Tag verspätet, sie habe dann schwach angefangen und in den nächsten Tagen an Stärke zugenommen. Schmerzen bestanden seit etwa 24 Stunden, ähnlich wie Wehen. Bei der Untersuchung bestand eine Blutung, etwa wie bei einer mäßig starken Menstruation; deshalb wurde zunächst der Versuch gemacht, die Patientin ambulant medikamentös zu behandeln. Als dies ohne Erfolg blieb, mußte wiederum ausgeschabt werden. Das sehr reichliche Material machte schon makroskopisch den Eindruck einer Decidua graviditatis, und die Untersuchung im Pathologischen Institut ergab auffallenderweise wieder das Fehlen jeglicher Eiteile. Da aber eine Klärung mit Rücksicht auf eine vom Ehemann in Aussicht gestellte Scheidungsklage bei dem Fehlen aller sonst auf eine Extrauteringravidität hinweisenden Symptome wünschenswert schien, wurde das gesamte Material noch in Serienschnitten untersucht, die aber nur das Fehlen jeglicher Eiteile bestätigten. Auch der weitere Verlauf gab keinerlei Hinweise für die Annahme einer *solchen*.

Prüft man nun rückschauend die Anamnese, so ist folgendes beachtenswert: Eine Frau, die bisher niemals wegen Menstruationsanomalien behandelt worden ist und drei Kinder geboren hat, erkrankt innerhalb einiger Monate zweimal an sehr starken Blutungen und gibt deren Beginn einmal als 3 Tage und einmal 1 Tag nach der Zeit an. Beachtet man ferner, daß die Patientin, die bereits einmal einen (verdächtigen) fieberhaften Abort durchgemacht hat, von ihrem Mann mir gegenüber offen der ehelichen Untreue angeklagt wurde, sodann aber auch, daß sie zwischen den beiden Erkrankungen nach ihrer eigenen Angabe zwei normale Menstruationen gehabt hat, während „die Regel“ nach ihrer eigenen Angabe, bei den zur Behandlung kommenden Blutungen „das

eine Mal 3 Tage das ander Mal 1 Tag ausblieb“ (nicht etwa „verspätete“, wie die Frauen hier sonst — selbst bei klaren Aborten — sagen), so erscheint folgender Gedankengang nicht unangebracht: Die Patientin kann Grund gehabt haben, sich schwanger zu glauben, und hat dieses Mal gar nicht erst abgewartet, ob sich die Regel nicht wirklich nur verspätete, sondern hat kurz nach dem Termin bereits zu irgendeiner Form der Selbsthilfe gegriffen, deren Ergebnis dann nicht nur die abundante Blutung, sondern auch die Umwandelung der Uteruschleimhaut in eine typische Decidua graviditatis gewesen sein könnte.

Ich habe mir natürlich selber den Einwand gemacht, daß schließlich auch einmal ein Ei *so* vollständig abgehen könnte, daß nicht einmal Trophoblastzellen in dem Ausschabungsmaterial nachzuweisen wären. Demgegenüber ist aber zu bedenken, daß gerade die ganz jungen Eier selten in toto abgehen, besonders aber, daß eine Wiederholung dieses Vorganges bei derselben Frau innerhalb weniger Monate erst recht unwahrscheinlich ist.

Auf die grundlegenden Unterschiede gegenüber dem Material von *Käthe Lindner* habe ich schon anfangs hingewiesen, auch eine Endometritis exfoliativa dürfte wohl auszuschließen sein. (Einem freundlichen Hinweise folgend sei hier betont, daß bewußt den Zeitverhältnissen Rechnung tragend, von der Wiedergabe der mikroskopischen Befunde im Bilde abgesehen wurde, da ja die Zuverlässigkeit der untersuchenden Stelle über jeden Zweifel erhaben ist.) Es sei deshalb mit aller gebotenen Zurückhaltung der Gedanke ausgesprochen, daß die beide Male beobachtete Decidua ein durch irgendwelche Maßnahmen bedingter Artefakt sein *könnte*, also nicht durch eine Schwangerschaft bedingt wäre. Natürlich wäre eine Kontrolle durch eine Hormonprobe erwünscht gewesen; daß diese unterblieben ist, hat seinen Grund darin, daß bei der ersten Erkrankung durch die Laparatomie das Fehlen eines Corpus luteum festgestellt wurde, bei der zweiten nach dem ganzen Befund keine zwingende Veranlassung dazu vorzuliegen schien. Daneben muß auch bedacht werden, daß in dieser Kriegszeit auf Kassenkosten nur in wirklich dringenden Fällen Hormonreaktionen angestellt werden dürfen, ganz abgesehen davon, daß bei einem Eintreten der Blutung 1 bzw. 3 Tage nach dem Termin durchaus nicht immer mit einem beweisenden Ergebnis zu rechnen ist.

Verfolgt man den Gedanken weiter, daß diese Decidua durch irgendwelche chemische (?) Einwirkungen künstlich hervorgerufen sein könnte, so würden die Erfahrungen mit dem Präparat *Stilben* ein gewisses Analogon darstellen, das ja auch keinerlei Verwandtschaft mit dem Follikelhormon aufweist.

Wenden wir uns nun kurz zu der Frage, *wie* sich in einem derartigen Falle ein Gutachten äußern soll! Eine wirklich zuverlässige Klärung der

Sachlage würde voraussichtlich auch die Hormonreaktion nicht zu einem so frühen Termin ergeben haben; ganz abgesehen davon, daß durch das Einnehmen von allen möglichen Medikamenten, also auch Abtreibemitteln, die Versuchstiere eingehen würden. So bleibt wohl nichts anderes übrig, als ein Gutachten in *dem* Sinne abzugeben, daß *nur* der Nachweis von fetalen Elementen den Beweis dafür liefert, daß eine Schwangerschaft bestanden hat. Ob man berechtigt ist, es aus dem Vorhandensein einer *so* ausgesprochenen und das ganze Uteruscavum ausfüllenden Decidua, wie im vorliegenden Fall beschrieben, zu schließen, erscheint zum Mindesten zweifelhaft.

Berichtigungen.

In der Arbeit *Hecksteden und Fehler*, in Band 36, Seite 315, muß es in Zeile 12 von oben anstatt „... errechneten Mittelwert für β_{30} von 0,9⁰/₀₀ außerordentlich“.

„Mittelwert für β_{30} von 0,08⁰/₀₀ außerordentlich“ heißen.

Zur Arbeit *Werner Fischer* „Über indirekte Blutgruppenbestimmungen...“ (S. 231—276 dieses Bandes): Mir ist zu Beginn ein zwar nicht folgenschwerer, jedoch der *Richtigstellung bedürftiger Fehler* unterlaufen.

Auf S. 231 muß der erste Satz des letzten Absatzes richtig lauten:

„Die Erbbilder lassen sich aus Blutgruppenuntersuchungen bei der Aszendenz oder der Deszendenz der in Betracht kommenden Probanden zum größeren Teil bestimmen; ein kleinerer Teil der zu Untersuchenden ist jedoch bezüglich seines Erbbildes nicht bestimmbar.“

Wenn man von den O-, A₁B- und A₂B-Individuen (mit bekannten Erbbildern OO, A₁B bzw. A₂B) absieht, lassen sich nämlich für lebende Probanden A₁, A₂ und B bei etwa ²/₃ die Erbbilder A₁A₁, A₁O, A₁A₂, A₂A₂, A₂O, BB bzw. BO aus Blutgruppenuntersuchungen ihrer Aszendenz und aus erweiterten Sippenuntersuchungen festlegen; nur bei etwa ¹/₃ der lebenden A₁-, A₂- und B-Individuen sind die Erbbilder aus den Aszendenz- und erweiterten Sippenuntersuchungen nicht bestimmbar. Den meisten Lesern wird nicht entgangen sein, wie groß die Zahl der auf S. 244—250 unter A—E aufgeführten, zu weiteren Ausschlüssen führenden Erbbildbestimmungen: AA, BB, A₁A₂, A₁A₂ bzw. A₁A₁, A₁O, A₁A₁ bzw. A₁O und A₂A₂ bereits ist; hinzu kommen zahlreiche, *nicht* zu weiteren Ausschlüssen führende Erbbildbestimmungen A₂O und BO, so daß sich im ganzen auf 56,03% A₁-, A₂- und B-Individuen 37,38% eindeutig festlegbare Erbbilder ergeben.
