

Mičko, Nach 30 Jahren zufällig aufgefundener Fremdkörper in der Gebärmutter

(1957) 1657. — Kirsch, E., Münch. med. Wschr. **82** (1935) 1103. — Klein, Mschr. Geburtsh. **31** (1910) 237; **47** (1918) 559. — Lickint, F., Med. Klin. **44** (1949) 1606. — Mayr, J., Handbuch der Artefakte. Jena 1937. — Nonne, M., Münch. med. Wschr. **102** (1960) 989. — Pingel, H., Dt. Gesd.wes. **5** (1950) 201. — Rödning, H., Z. ärztl. Fortbild. **55** (1961) 927. — Scheel, H., Münch. med. Wschr. **77** (1930) 980. — Schieche, M., Med. Bild **5** (1962) 92. — Schmauss, A. K., Dt. Gesd.wes. **17** (1962) 561. — Stoeckel, W., in Veit-Stoeckel, Handbuch der Gynäkologie, Bd. X, 2 u. 3, München 1938. — Vogrin, G., und F. M. Wageneder, Münch. med. Wschr. **104** (1962) 1138. — Voss, G. v., Mschr. Geburtsh. **18** (1903) 550.

Anschr. d. Verf.: Frauenklinik Karl-Marx-Stadt W 9, Flemingstr. 4

Aus der Abteilung für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe  
des Bezirkskrankenhauses in Rimavská Sobota, ČSSR  
(Vorstand: Prim. Dr. med. I. Mičko)

**Außergewöhnlicher Fall**  
**eines zufällig nach 30 Jahren aufgefundenen Fremdkörpers**  
**in der Gebärmutter**

Von I. Mičko  
Mit 1 Abbildung

Fälle von strafbaren Schwangerschaftsunterbrechungen sind trotz des bedeutenden Risiko, mit welchem sie verbunden sind, nicht so selten. Verschiedene Formen der Abtreibung sind nicht nur auf dem Lande verbreitet, sondern gerade auch in den Städten. Ein Unterschied besteht nur in der Technik. Während auf dem Lande diesem Personenkreis eine große Auswahl von Instrumenten zur Verfügung steht, bevorzugen sie in den Städten die medikamentöse Art. Vor nicht langer Zeit blühten verschiedene Formen dieser Tätigkeit, zu welcher verschiedene Gegenstände in Gebrauch genommen wurden, wie dies genügend aus der Gerichtspraxis bekannt ist: von gewöhnlichen, passend zugerichteten Hölzern über Spindeln, Drähte bis zu zweckmäßig geformten Instrumenten heimischer Manufaktur. Was den Pseudoeffekt (Blutung) anbelangt, gibt es Folgen, deren Komplikationsskala von geläufigen kleinen Verletzungen des Genitale bis zum Tod der betroffenen Frauen reicht.

Das Gesetz über die legale Schwangerschaftsunterbrechung trägt dazu bei, daß bei uns Fälle solcher Tätigkeit beinahe nicht mehr vorkommen. Die Komplikationen der in der Vergangenheit vorgenommenen Eingriffe haben aber ihre Folgen, und oft sind wir deren Zeugen, namentlich bei sterilen Patientinnen, welche in der Anamnese unsachverständige Schwangerschaftsunterbrechung angeben. Eine Seltenheit sind aber lebende Personen, Opfer derartiger Eingriffe, mit erhaltenem Corpus delicti, welches zufällig nach vielen Jahren gefunden wird. Eine solche ist auch unser Fall.

In unsere Abteilung wurde am 22. 6. 1961 die 63jährige Rentnerin C. K. eingeliefert mit der Diagnose Metrorrhagie (Kr.-Nr. 5034/1961). In der Vorgeschichte gibt Pat. die Menarche ab 16 Jahren an, zyklische Menstruation 28/3 bis 4, Menopause im 46. Lebensjahr. Als 25jährige gebar sie ein gesundes Kind, als 27jährige hatte sie eine im Spital mit Curretage beendete Frühgeburt. Außer einer im 51. Lebensjahr überstandenen Appendektomie war sie nicht schwerer krank. Vom 46. Jahr an blutete Pat. bis zum 55. Jahr nicht; zu dieser Zeit kam es das erste Mal zu einer schwachen, einige Tage dauernden Blutung, welcher sie keine Bedeutung beimaß und den Arzt nicht aufsuchte. Aber eine Woche vor der Spitalaufnahme begann Pat. wieder zu bluten, so daß sie einen Gynäkologen aufsuchte, der sie mit Rücksicht auf die ziemlich starke Blutung ins Krankenhaus verwies. Des weiteren gab sie — vorläufig — keine bemerkenswerteren Lebensereignisse an. Die Patientin ist asthenisch, Blutdruck 140/90 mm Hg, Blutbild: Ery. 4 160 000, Leuko. 7000, Hb 84%, FI 1,0, FW 24/31, Urinbefund negativ, interstitischer Befund in der Normgrenze. Befund am Genitale: senile Vulva, die Vestibulumschleimhaut blaßrosa, die Scheide auf 1,5 Finger verengt, glatt; die

walzenförmige, glatte, mit quer zerklüftetem Muttermund versehene frei bewegliche Portio liegt im mittleren Teil des Fornix vaginae. Die Oberfläche der etwas vergrößerten Gebärmutter ist uneben, man kann — soweit es wegen der Bauchwandspannung möglich ist — 3 bohnen große Gebilde ertasten, die den Eindruck subseröser Myoma machen. Der Uterus ist in mäßiger Retroflexion, aber im ganzen beweglich, nicht schmerzhaft. Beiderseitig sind an den Adnexen und den Parametrien keine Veränderungen festzustellen, der Douglas ist frei. Spekula: 0. Keine Veränderungen der Portio und der Vaginalschleimhaut. Auf Grund des Befundes — Uterus myomatosus, Metrorrhagie — und wegen des höheren Alters der Patientin, entschlossen wir uns zur totalen Hysterektomie. Nach regelrecht durchgeführter Operationsvorbereitung und Prämedikation mit Mo und Atropin wurde durch Pfannenstiel-Schnitt suprapubisch schichtweise die Abdominalhöhle eröffnet. Die der Kontrolle unterzogenen Verhältnisse zeigten eine Gebärmutter von bei der Palpation festgestellter Größe. Die angeführten Myome sind gegenüber dem Gebärmuttergewebe etwas blaugrau gefärbt. Bei

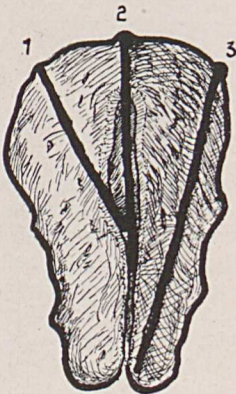


Abb. 1

der Betastung waren sie etwas fester, in der Mitte unter dem Peritoneum scharfhart. Die drei Gebilde waren lokalisiert: eines etwa in der Mitte des Fundus uteri, das zweite etwa 2 cm links vom ersten und das dritte rechts bei der Tuben-Einmündung. Beim Schnitt in das in der Mitte gelegene Gebilde — um sich von der Myombeschaffenheit zu überzeugen — stößt das Skalpell an eine knirschende Masse, von der sich nach Entfernung zeigte, daß es sich um einen 5 cm langen, etwa 1,5 mm starken verrosteten Draht handelt. Auch nach Anschneiden der zwei anderen »Myome« wurde derselbe Befund erhoben. Nach der Entfernung der Drähte starke Blutung. Des weiteren wurde die klassische totale Hysterektomie und bilaterale Adnexotomie durchgeführt. Die anderen Organe zeigten keine pathologischen Veränderungen; die Operation wurde kunstgerecht zu Ende geführt. Nach dem in Äthernarkose durchgeführten Eingriff ist der Zustand der Patientin gut.

**Operationspräparat:** Am Schnitt in der Mittellinie der Gebärmutter ist zu sehen, daß die Schleimhaut atrophisch und an einer Stelle durch den deponierten Draht (Abb. 1) zerstört ist, von wo auch die Blutung stammte — wir fanden nämlich keine andere Stelle in der Gebärmutterhöhle, die blutungsverdächtig wäre. Die Lage des zweiten Drahtes ist aus der Abbildung ersichtlich; der dritte verlief in der Portiomuskulatur empor und endete in der Gegend der linken Tuben-Einmündung. Die Umgebung der Drähte besteht aus hartem fibrösem Gewebe, welches die Fremdkörper vom übrigen Muskelgewebe der Gebärmutter isolierte. In den Drahtlogen wurden viele rostige Bröckel gefunden.

Dieser Befund zwang uns, eine Erklärung nach der Art zu suchen, wie diese Gegenstände in das Organ gelangt sind. Deshalb sprachen wir drei Tage nach der Operation mit der Kranken, machten sie auf den Befund aufmerksam und ersuchten sie, uns in der Klärung behilflich zu sein. Zuerst bestritt sie die Möglichkeit eines unerlaubten Eingriffes, aber nachdem wir ihr versicherten, daß sie nach vielen Jahren keine gerichtlichen Folgen zu befürchten hat, erläuterte sie die ganze Sache.

Vor 30 Jahren wurde sie schwanger. Da ihr Mann damals arbeitslos war und sie schon ein Kind hatten, konnten sie sich wegen schlechter wirtschaftlicher Situation kein zweites leisten. Deshalb entschloß sie sich — nach »Beratung bei erfahrenen Weibern« — die Abtreibung selbst zu bewerkstelligen. Da sie für diesen Eingriff keine speziellen Instrumente hatte, verwendete sie umgebogene Stricknadeln und versuchte, sie in die Gebärmutter einzuführen. Eine Nadel blieb im Organ, und so wollte sie sich mit einer Haarnadel helfen, aber auch diese blieb in der Gebärmutter. Nach dem Eingriff, über welchen sie sich zu niemandem äußerte, blutete sie etwa einen Monat. Soweit Pat. sich entsinnen kann, hatte sie zu dieser Zeit weder Fieber noch Schmerzen und, — was wichtig war — sie wurde auch weiter nicht schwanger. (Es ist natürlich fraglich, ob sie wirklich gravid war, da die Diagnose fachmännisch niemand sicherte und sie an

die Schwangerschaft nur auf Grund der Amenorrhoe dachte). Die Menstruationen wurden dann wieder regelmäßig. Pat. hatte auch subjektiv keine Beschwerden. Später kam es nicht mehr zur Schwangerschaft, wenn sich auch nach etlichen Jahren die Existenzverhältnisse verbesserten und sie Kinder haben wollten. Der weitere Verlauf ist aus dem schon Gesagten bekannt.

An diesem Fall ist einzig der Umstand interessant, daß es nach dem eigenwilligen Eingriff nicht zu Komplikationen infektiöser Natur kam und daß das Vorhandensein eines Fremdkörpers im Uterus nicht manifest wurde. Es ist ja bekannt, daß sich gerade die Gebärmutter jedes fremden Gegenstandes so bald als möglich zu entledigen bestrebt ist. Andererseits muß man in Betracht ziehen, daß die Drähte intramuskulär gelagert waren und daß sie sich wahrscheinlich wegen ihres kleinen Umfanges so lange Zeit im Organismus erhalten haben. Durch die fortschreitende atrophische Verkleinerung der Gebärmutter drangen die Fremdkörper in Richtung zur Oberfläche durch die Muskelwand und durch das parietale Peritoneum des Uterus, und zwar samt der schon entwickelten die Drähte umgebenden fibrösen Hülle. Das distale, unter dem Endometrium liegende Ende eines der Drähte verletzte ein Blutgefäß der basalen Schicht; aus dieser Stelle kam es zur Blutung, weshalb die Patientin den Arzt aufsuchen mußte.

#### Zusammenfassung

Beschreibung eines Falles, bei welchem nach 30 Jahren Fremdkörper im Uterus gefunden wurden, die von einem unerlaubten Eingriff zur Beseitigung einer Schwangerschaft herrührten. Sie imponierten, da sie bis unter die Serosa vorgedrungen waren, palpatorisch als Myomknoten. Der wahre Sachverhalt wurde erst nach der Uterusexstirpation geklärt. Verf. weist auf die Seltenheit solchen Vorkommens hin, da diese Fremdkörper völlig symptomlos geblieben waren.

Schrifttum beim Verfasser.

Ansch. d. Verf.:

Bezirkskrankenhaus Rimavská Sobota (ČSSR), Abt. für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

## Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

### Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

137. Sitzung am 26. 5. 1962 in Düsseldorf

Vorsitzender: Nordmeyer (Essen); Schriftführer: Paschen (Duisburg)

Referent: Barlen (Duisburg)

#### I. Referat

**Bickenbach** (München): **Wandlungen in der Geburtshilfe.** Das Referat erscheint ausführlich im Zbl. Gynäk. — **Aussprache:** Lauterwein (Köln-Hohenlind) betont, daß der Geburtshelfer bei der Beurteilung der kindlichen Hypoxie in der Praxis vorerst noch auf die Kontrolle der kindlichen Herztöne angewiesen ist, und verweist in diesem Zusammenhang auf die bekannte Tatsache, daß trotz des beobachteten Absinkens der Herztöne unter 100 Schläge in mehreren Wehenpausen lebensfrische Kinder ohne erkennbare Schädigungen geboren werden, auch wenn mit der Entbindung längere Zeit gewartet wurde („Hörsaal-Geburten“!), während andererseits bis dahin gute Herztöne sich ganz plötzlich verlangsamten und aussetzen können, so daß auch eine schnelle operative Intervention zu spät kommt. Vorerst sind also leider manche kindliche Todesfälle intra partum infolge dieser mangelhaften Diagnose der drohenden kindlichen Asphyxie unvermeidbar. Anknüpfend an die von Bickenbach empfohlene ambulante, evtl. auch stationär in Relaxans-Narkose durchzuführende äußere Wendung bei Beckenendlage, teilt Lauterwein mit, daß bei 886 Becken-