

Münchener

# Die Konstitution der Frau

und ihre Beziehungen  
zur Geburtshilfe und Gynäkologie

Von

Dr. Bernhard Aschner

Privatdozent an der Universität Wien

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.  
Copyright 1924 by J. F. Bergmann, München.



Erster Band

Allgemeine Konstitutionslehre

# Inhaltsverzeichnis.

## Band I. Allgemeiner Teil.

	Seite
<b>Allgemeine Vorbemerkungen</b> . . . . .	I
(Kurze Bibliographie der Konstitutionslehre und Richtlinien für das vorliegende Werk.)	
<b>Einführung in die Konstitutionslehre</b> . . . . .	4
(Die gegenwärtige Stellung der Konstitutionslehre in der Medizin. Zweck, Nutzen, Aufgaben und Ziele derselben. — Große praktische Vorteile dieser Lehre bei weiterer Fassung des Konstitutionsbegriffes in Übereinstimmung mit der alten Medizin. Die Konstitution ist nicht etwas starres Unveränderliches, ist also nicht identisch mit vererbter Anlage, sondern betrifft das ganze Körpersubstrat. Zunehmende Erkenntnis von der großen Bedeutung der Humoralpathologie auch für die Konstitutionslehre. — Die Lehre vom Habitus und von der Humoralpathologie als Grundlagen einer auch praktisch brauchbaren Konstitutionslehre. Typische Konstitutionsformen. Aufsuchung physiologischer und pathologischer Korrelationen. Therapeutische Folgerungen daraus.)	
<b>A. Grundlagen der Konstitution</b> . . . . .	20
Die bisherigen Einteilungsprinzipien der Konstitutionen haben sich alle einseitiger Maßstäbe bedient und sind daher unzulänglich. Nur bei Berücksichtigung der nachstehenden Grundlagen der Konstitution gelingt es einigermaßen, reale Konstitutionstypen zu umgrenzen. Diese Grundlagen sind:	
1. <b>Das Geschlecht</b> . . . . .	
(Aus der bloßen Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht läßt sich schon ein Großteil aller konstitutionellen Eigenschaften und Krankheitsneigungen ableiten.)	
a) <b>Größere Schlaffheit (Laxität der Faser)</b> . . . . .	22
(Geringerer Tonus der Gewebe. Neigung zu Atonie und Enteroptose.)	
b) <b>Größere Ähnlichkeit mit dem kindlichen Charakter</b> . . . . .	22
(Neigung zu Infantilismus.)	
c) <b>Größere Reizbarkeit und Empfindlichkeit des Nervensystems</b> . . . . .	24
(Neigung zu Hysterie, erhöhter Reflexerregbarkeit, Sensibilität, Irritabilität und Affektionabilität.)	
d) <b>Schnellere und reichlichere Produktion des Blutes in der übrigen Körperhälfte</b> . . . . .	24
(Neigung zu lokaler und allgemeiner Plethora und ihren Folgen, Hyperämie, Kongestionen, Exsudationen, Blutungen. Entzündungen, Degenerationen in den verschiedensten Organen, besonders zu Zeiten, wo die Menstruation ausbleibt [Amenorrhöe, Schwangerschaft, Klimakterium].)	
e) <b>Größere Produktivität und Plastik auch der festen Gewebe</b> . . . . .	26
(Neigung zu Neoplasmen.)	
f) <b>Geschlecht und Krankheit</b> . . . . .	26
(Vorwiegend oder ausschließlich weibliche Erkrankungen, die sich zwanglos aus obigen Geschlechtscharakteren ableiten lassen. Der größte Teil der weiblichen Pathologie ist darin schon enthalten.)	
2. <b>Die Komplexion</b> . . . . .	40
(Pigmentgehalt von Haut, Haaren und Augen. Grundlegende, in den letzten Jahrzehnten durchaus vernachlässigte Bedeutung der Komplexion für die Physiologie und Pathologie der Konstitution.)	

a) Über die konstitutionelle Bedeutung der Augenfarbe . . . . .	51
(Für Physiognomik, Temperament, Charakter und Krankheitsneigung.)	
b) Haarfarbe (Behaarungsform) und Konstitution . . . . .	55
(Die Braunhaarigen, Pigmentdysharmonie, Canities praematura, Albinismus, Rothaarigkeit, die Blonden, die dunkle Komplexion.)	
3. Die Temperamente . . . . .	75
(Rehabilitierung der antiken Anschauungen durch die neuere Forschung. Das sexuelle Temperament. Anwendung der Lehre von der Komplexion auf die Geburtshilfe und Gynäkologie. Komplexion und Krankheitsneigung.)	
4. Der Tonus . . . . .	90
(Häufige Inkongruenz des Tonus der glatten und quergestreiften Muskulatur. Rücksichtnahme darauf bei der Einteilung in straffe und schlaffe Fasern, hyper- und hypotonische Menschen. Historische Entwicklung der Lehre vom Tonus. Tonus und Nervensystem, Sympathikotonie und Vagotonie. Sthenische und asthenische Menschen. Beziehungen des Tonus zu Geschlecht, Komplexion, Temperament, Lebensalter, Körperproportionen und vorherrschendem Organsystem. Pharmakologische und sonstige willkürliche Beeinflussung des Tonus. Tonika, Roborantia, Sedativa, Alterantia, Resolventia, Neurotika usw. Asthenische und robuste Konstitution. Tonus und Krankheiten. Sthenische und asthenische Krankheiten.)	
5. Die Körperdimensionen (Proportionen) als Maßstab für die Konstitution . . . . .	109
(Die Körperproportion als der in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich zur Klassifikation des Habitus (als Ausdruck der Konstitution) verwendete Maßstab ist unzulänglich. Historische Entwicklung der Lehre vom Habitus im Sinne von Körperproportion. (Habitus phthisicus und apoplecticus [Hippokrates]. Einteilung von Rokitansky, Beneke, Viola Sigaud, J. Bauer, Brugsch, Kretschmer, Hering, Verf.). Beziehung der Körperproportion zu Geschlecht, Lebensalter, Komplexion, Tonus, vorherrschendem Organsystem. Dimension und Krankheitsneigung.)	
6. Lebensalter und Konstitution . . . . .	130
(Der Organismus ändert sich in jedem Lebensalter in grundlegenden Eigenschaften. Schon deshalb kann die Konstitution nicht unveränderlich sein. Jedes Lebensalter hat seine eigene Alterskonstitution [Beneke].)	
1. Das Kindesalter . . . . .	132
2. Pubertät und Wachstumsalter . . . . .	136
3. Reifes Alter . . . . .	140
4. Klimakterium (höheres Lebensalter) . . . . .	141
5. Greisenalter . . . . .	142
(Lebensalter und Krankheitsneigung.)	
7. Das vorherrschende Organsystem . . . . .	146
(Übergang zur Pathologie der Konstitution.)	
I. Nach dem Herz- und Gefäßsystem . . . . .	149
(Arterielle und venöse, anämische und plethorische Konstitution.)	
II. Nach dem lymphatischen System . . . . .	150
(Lymphatische Konstitution, Chlorose.)	
III. Nach dem Digestionsapparat . . . . .	153
(Gastrische Konstitution, biliäre Konstitution, Atonie, Dyspepsie, Obstipation usw.)	
IV. Nach dem Nervensystem . . . . .	154
(Nervöse, zerebrale, spinale, psychopathische Konstitution, Sympathikotonie, Vagotonie.)	
V. Nach dem Skelettsystem . . . . .	156
(Rachitische, arthritische, rheumatische Konstitution.)	
VI. Nach dem Respirationssystem . . . . .	156
(Phthisischer und asthmatischer Habitus.)	
VII. Nach dem Hautsystem . . . . .	156
(Die frühere psorische Konstitution.)	

	Seite
VIII. Nach den Körpersäften . . . . .	157
(Die dyskrasische Konstitution, Diathesis exsudativa und inflammatoria, Stoffwechselstörungen, Blutdrüsenkrankungen, tuberkulös-kariöse und karzinomatöse Dyskrasie.)	
Nach den Schleimhäuten . . . . .	157
(Die rheumatisch-katarrhalische Konstitution.)	
IX. Nach den Geschlechtsorganen . . . . .	158
(Sexuelle Konstitution, Vollweiber, infantile und virile Frauen, frigide und sinnliche Typen.)	
X. Die dysplastischen Spezialtypen . . . . .	158
(Als Konstitutionsanomalien einzelner Organe und Organsysteme, welche schon am äußeren Habitus erkennbar sind, z. B. Mongolismus, Basedow, Myxödem, Turmschädel, Akromegalie usw.)	
<b>B. Theorie der Konstitutionslehre . . . . .</b>	<b>160</b>
1. Geschichtliche Entwicklung des Konstitutionsbegriffes . .	160
(Die verschiedenen Definitionen des Konstitutionsbegriffes in ihrer historischen Entwicklung. Die enge Fassung der Konstitution als unveränderliche Summe aller angeborenen Merkmale gerät in Widersprüche mit der Wirklichkeit und führt zu therapeutischem Nihilismus. Die weitere Fassung der Konstitution als gesamtes Körpersubstrat im Hinblick auf Leistungsfähigkeit, Temperament, Widerstandskraft und Neigung zu Erkrankungen entspricht ungleich mehr den Erfordernissen des praktischen ärztlichen Denkens. Beeinflußbarkeit der Konstitution und optimistisch-aktive Therapie als Folgerungen.)	
2. (Eigene) Umschreibung und Definition des Konstitutionsbegriffes . . . . .	173
3. Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten . .	175
(Definition und Abgrenzung derselben. Angeborene und erworbene Konstitutionsanomalien. Übergangsformen zwischen diesen. Übergänge zwischen Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten.)	
4. Gruppierung der Konstitutionsanomalien . . . . .	181
(Einteilung nach Martius und anderen Autoren. Universelle und partielle Konstitutionsanomalien. Einteilung nach Organsystemen.)	
5. Versuch einer praktisch brauchbaren Gruppierung der Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten . .	186
6. Häufigkeit und Wichtigkeit einiger weniger Hauptgruppen unter den Konstitutionsanomalien . . . . .	189
(Modellierung und künstliche Beeinflussung der Konstitution durch äußere Einflüsse.)	
7. Domestikation und Konstitution . . . . .	193
(Erzeugung von Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten durch die Domestikation. Einfluß von Klima, Ernährung, Lebensweise, Wohnung, Beruf, Vergiftungen, Infektionen, physischen u. psychischen Traumen auf die Konstitution.)	
8. Lehre von den minderwertigen Organen . . . . .	197
(Der schwache Teil. Beziehung zur Einteilung der Konstitutionen nach dem vorherrschenden Organsystem.)	
9. Konstitution und Vererbung . . . . .	200
(Die Vererbungslehre. Ihre Überschätzung für die Praxis als Folge der Identifizierung von Konstitution mit ererbter Anlage. Unbeschadet ihres Interesses für die theoretische Forschung ist sie für den Praktiker bis auf wenige Grundmaximen entbehrlich.)	
10. Aufgaben und Methoden der Konstitutionsforschung . . .	202
(Auf Grund der voranstehenden Auffassung. Typenbildung, Klassifizieren neben dem Individualisieren. Auffindung neuer physiologischer und pathologischer Korrelationen. Exterieurkunde. Humoralpathologie. Nutzen für Prognose, Prophylaxe und besonders für die Therapie.)	

	Seite
<b>C. Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten</b> . . . . .	205
<b>I. Universelle Konstitutionsanomalien (Vegetations- oder Wachstumsstörungen).</b>	
<b>1. Asthenie und Enteroptose.</b>	
a) Ihre Bedeutung für die Frauenheilkunde . . . . .	205
(Aangeborene und erworbene Form, Ähnlichkeiten und Unterschiede, Definition. Beziehung zum Wachstumsalter und zum Infantilismus, straffe und schlaife Faser, das „schwache“ Geschlecht.)	
b) Geschichtliche Entwicklung der Lehre von der (angeborenen und erworbenen) Asthenie und Enteroptose . . . . .	208
(Wanderniere, Neurasthenie, nervöse Dyspepsie, Enteroptose, asthenischer Infantilismus.)	
c) Neuere Auffassungen über Asthenie . . . . .	219
(Beschreibung des asthenischen Habitus. Das Kostalstigma, Asthenie und Tuberkulose. Asthenischer Habitus und sonstige Krankheiten. Verwandtschaft und Antagonismus zwischen Asthenie und anderen Krankheiten.)	
d) Klinik der Asthenie . . . . .	223
1. Allgemeine Symptomatologie . . . . .	223
2. Nervöse Störungen (Neurasthenie) . . . . .	224
3. Magen-Darmtrakt . . . . .	226
a) Symptome und Diagnostik der asthenisch-enteroptotischen Magenstörungen . . . . .	226
(Atonie, Gastropiose, Hyperazidität, nervöse Dyspepsie etc.)	
β) Behandlung der asthenisch-enteroptotischen Magenstörungen (Falsche und richtige Behandlung, eigene Ansichten darüber.)	234
γ) Die Obstipation und ihre Folgeerscheinungen . . . . .	244
(Cholelithiasis, Apendizitis, Beckenhyperämie, Hämorrhoiden. Behandlung der Obstipation.)	
4. Asthenie und weibliches Genitale . . . . .	250
(Retroflexio, Fluor, Blutungen, Dysmenorrhöe, Prolaps, Hängebauch, Hernien.)	
5. Allgemeine Prophylaxe und Therapie der Asthenie . . . . .	253
2. Der Infantilismus . . . . .	254
(Bedeutung desselben für die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Definition des Infantilismus, universeller und partieller Infantilismus, historische Entwicklung der Lehre vom Infantilismus. Beziehungen zur Asthenie. Der Infantilismus als Konstitutionsanomalie, Habitus, Physiognomie, Erblichkeit, endogene und exogene Ursachen desselben. Verschiedene Arten des Infantilismus, seine Beziehungen zu Geschlecht, Lebensalter, Komplexion, Temperament, Tonus, vorherrschendem Organsystem. Klinik des Infantilismus und Psyche, Infantilismus und Krankheitsneigung. Prognose und Therapie des Infantilismus.)	
3. Sonstige Kümmerformen . . . . .	270
4. Der Zwergwuchs . . . . .	272
5. Die Rachitis . . . . .	273
6. Der Riesenwuchs . . . . .	276
7. Über Hypertrichosis bei Frauen . . . . .	278
(Ihre konstitutionelle Bedeutung, ihre Beziehung zu Geschlecht, Haarfarbe und Temperament. Vollweiber, Mannweiber und Kindweiber. Beziehung zu Blutdrüsenkrankungen und Genitalmißbildungen. Lokalistisch-dermatologischer Standpunkt gegenüber dem allgemein humoral-pathologischen Standpunkt. Die Hypertrichosis als eine der häufigsten Konstitutionsanomalien und als Zeichen einer dyskrasischen Konstitution. Bedeutung für die Neurologie und Psychiatrie. Physiognomische und soziale Bedeutung.)	
<b>II. Blutdrüsenenerkrankungen.</b>	
<b>A. Blutdrüsen und Konstitution</b> . . . . .	296
(Überschätzung des Einflusses der Blutdrüsen und Unterschätzung der humoralen Gesamtkonstitution in den letzten Jahrzehnten. Blutdrüsen und Dyskrasie.)	

Beziehung zu Geschlechtsphasen, Geschlecht, Lebensalter, Komplexion, Körperproportion, Tonus und vorherrschendem Organsystem. Blutdrüsen und Psyche. Blutdrüsenstörungen und andere Erkrankungen, ihre Stellung in der modernen Humoralpathologie.)

<b>B. Spezielle Erkrankungen der einzelnen Blutdrüsen . . . . .</b>	<b>306</b>
1. Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten des Ovariums (Ovarielle Blutungen, Myom, Dysmenorrhöe, Chlorose, Osteomalazie, Pubertas praecox, Aplasie der Ovarien, Kastration, Hypoplasie des Ovariums, Späteunuchoidismus, vorzeitige Ovarial- und Uterusatrophie, Klimakterium, Hypertrichosis.)	307
2. Plazenta (näheres s. Abschnitt Schwangerschaft) . . . . .	312
3. Schilddrüse . . . . .	313
4. Epithelkörperchen . . . . .	316
5. Hypophyse . . . . .	317
6. Zirbeldrüse . . . . .	319
7. Nebenniere . . . . .	320
8. Pankreas . . . . .	321
9. Brustdrüse . . . . .	322
10. Niere und Sonstiges . . . . .	322
<b>C. Allgemeine (konstitutionelle) und lokale Therapie der Blutdrüsenenerkrankungen . . . . .</b>	<b>323</b>
1. Operation . . . . .	323
2. Röntgen- und Radiumbestrahlung bei Blutdrüsenenerkrankungen . .	325
3. Transplantation . . . . .	327
4. Organtherapie . . . . .	327
5. Indirekte, entgiftende Behandlung . . . . .	329
<b>III. Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten des hämatopoetischen und lymphatischen Apparates.</b> (Blut, Lymphe, Lymphdrüsen, Thymus, Milz, Knochenmark, Leber) . .	<b>332</b>
<b>A. Moderne Humoralpathologie. . . . .</b>	<b>333</b>
1. Die Plethora . . . . .	334
2. Die Dyskrasie . . . . .	340
3. Die Diathesis inflammatoria und die exsudative Diathese . . . . .	358
<b>B. Spezielle Erkrankungen des hämatopoetischen und lymphatischen Apparates. . . . .</b>	<b>365</b>
1. Übersicht über die hierher gehörigen Erkrankungen . . . . .	365
2. Die Chlorose . . . . .	367
3. Der Lymphatismus . . . . .	371
4. Thymuserkrankungen . . . . .	376
5. Milzenerkrankungen . . . . .	377
6. Lebererkrankungen und Konstitution . . . . .	380
<b>IV. Stoffwechselstörungen.</b>	
<b>A. Konstitutionelle und humorale Disposition des Weibes zu Stoffwechselstörungen. . . . .</b>	<b>391</b>
(Zusammenhang mit den Blutdrüsenenerkrankungen und den Erkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates. Anschluß an die moderne Humoralpathologie, an die Lehre von der Plethora, Dyskrasie und Diathesis inflammatoria. Geschlechtsdisposition, Beziehung zu Lebensalter, Geschlechtsphasen, Komplexion, Körperproportion, Tonus, Temperament, vorherrschendem Organsystem. Der Habitus bei Stoffwechselstörungen.)	
<b>B. Spezielle Stoffwechselstörungen . . . . .</b>	<b>397</b>
1. Fettsucht . . . . .	397
(Beziehung zur Plethora, zur Schwangerschaft, Amenorrhöe und zum Klimakterium, die konstitutionelle Magersucht als Gegenstück. Rolle der Blutdrüsen. Behandlung der Fettsucht. Beziehung zum Lymphatismus.)	

	Seite
2. Die Gicht und verwandte Zustände . . . . .	406
(Akute und chronische Gicht, arthritisch-gichtisch-rheumatisch-neuralgisch-uratische Diathese. Beziehungen zur entzündlichen Diathese und zum Habitus. Die Arteriosklerose. Klimakterium, Perspiratio insensibilis.)	
3. Diabetes mellitus . . . . .	415
(Beziehungen zum Habitus und zu den Grundlagen der Konstitution. Dyskrasie, Azidosis, Verwandtschaft mit Gicht und Fettsucht, Beziehung zu den Geschlechtsphasen, Rolle der Hautatmung.)	
4. Diabetes insipidus . . . . .	421
(Rolle des Zwischenhirns, der Hypophyse, der Niere und der Hautatmung.)	
C. Das Stoffwechsel- und Eingeweidezentrum im Zwischenhirn (3. Ventrikel) . . . . .	423
(Sensible Bahnen, Vagus- und Sympathikusbahnen, Hypothalamuszuckerstich, Reizerscheinungen an Eingeweiden, Wirkungen auf den Stoffwechsel.)	
V. Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten des Nervensystems.	
1. Konstitution und Nervensystem . . . . .	428
(Geschlechtsdisposition der Frau, Geschlechtsphasen, Lebensalter, Komplexion, Körperproportionen, Tonus, Erblichkeit, typische Konstitutionsanomalien des Nervensystems, neurotrophische Anomalien, neuropathische Konstitutionsanomalien, vegetatives Nervensystem.)	
2. Funktionelle Neurosen . . . . .	440
(Neurasthenie, Hysterie, Vaginismus, Pruritus vulvae, die „Süchtigen“.)	
3. Krampfartige Erkrankungen des Nervensystems . . . . .	443
(Epilepsie, andere Krampfzustände wie Chorea, Tetanie, Gefäßkrämpfe aller Art, Krämpfe der Skelett- und Eingeweidemuskulatur, der Aderlaß als stärkstes krampflösendes Mittel.)	
4. Schmerzhaftige Erkrankungen des Nervensystems . . . . .	446
(Der Schmerz als „Krampf“ der sensiblen Nerven. Humorale Entstehung der Schmerzen. Neuralgie und Migräne, Kopfschmerz, Muskelschmerz, Rheumatismus, Kreuzschmerz, Coccygodynie, Eingeweideschmerzen.)	
5. Entzündliche und degenerative Erkrankungen des Nervensystems (Lähmungen) . . . . .	452
(Meningitis, Faszialislähmung, Polyneuritis, Erkrankungen anderer Hirnnerven, multiple Sklerose, progressive Paralyse, Tabes dorsalis, heredofamiliäre Erkrankungen des Nervensystems, Myasthenie. Humorale Entstehung und Behandlung dieser Zustände.)	
6. Psychosen . . . . .	458
(Psychische Konstitutionsanomalien, Beziehung zu Habitus, Geschlecht, Komplexion, Blutdrüsen, Temperament, Tonus, Erblichkeit. Beziehung zu den Geschlechtsphasen. Melancholie, Dementia praecox und periodische Manie als die drei wichtigsten Psychosen beim Weibe. Humorale Auffassung und Behandlung der Psychosen, gegenüber der oft einseitig spezialistisch hirnanatomischen und psychopathologischen Richtung.)	
VI. Neoplasmen.	
1. Neoplasmen und Konstitution . . . . .	464
(Geschlecht und Geschlechtsphasen, Lebensalter, Komplexion, Dimension, Erblichkeit, familiäres Vorkommen, Status degenerativus, endogene und exogene Bedingungen der Krebsentstehung. Besondere Geschlechtsdisposition des Weibes zu Neoplasmen.)	
2. Stellung der bisherigen Krestheorien zur Konstitutionslehre . . . . .	473
(Vom Altertum bis in die neueste Zeit. Überlegenheit der alten humoralen Theorien über die zellularpathologische Auffassung. Lehre von der Atrabilis und der entzündlichen Schärfe. Beziehung zur dunklen Komplexion. Die Lymphtheorie. Rokitanskys Krebskrase. Benekes karzinomatöse Konstitution. Neuere Autoren)	

3. Eigene Auffassung über Ätiologie und Behandlung der Neoplasmen . . . . . 491  
 (Weibliches Geschlecht, höheres Lebensalter, Aufhören der Menstruation, robuster, vollblütig-plethorischer Habitus, dunkle Komplexion, entzündliche Diathese als Hauptbedingungen für die Krebserkrankung. Erblichkeit, äußere Reize, Ernährung und Lebensweise als ergänzende Bedingungen. Antiphlogistische, deplethorische und entgiftende Behandlung. Die Lehre vom Habitus und die Humoralpathologie als Wegweiser für die weitere Krebsforschung.)

- VII. Mißbildungen . . . . . 497  
 (Konstitutioneller Charakter. Übergänge zwischen Mißbildungen, Neubildungen und Blutdrüsenkrankungen. Erblichkeit oder Keimverschlechterung, Minderwertigkeit der Organe, Status degenerativus.)

Die vorliegende Arbeit ist im wesentlichen eine Zusammenfassung der Erfahrungen des konstitutionellen Moments zu den gynäkologischen Erkrankungen und den Generationenvorgängen der Frau.

Es will nicht nur über Frauenkrankheiten berichten, sondern nach möglichem Gesichtspunkte die „kranke Frau“ in Form einer konstitutionellen Pathologie des weiblichen Organismus wenigstens in ihren Grundzügen und Umrissen schildern.

Trotz verschiedener bereits vorhandener Ansätze dazu besitzen wir nämlich noch keine „Konstitutionslehre der Frau“ und auch sonst ist, wie überhaupt, die Pathologie so auch die allgemeine Darstellung der Konstitutionslehre vielfach auf den Mann zugeschnitten, ohne auf die spezifische Eigenart der Frau genügend Rücksicht zu nehmen.

So sind z. B. die vier Konstitutionsypen von Viola und Sigaud (Type reproductiv, musculaire, cerebral und digestif) nur durch reinliche Figuren illustriert und sind auch, wie J. Bauer richtig hervorhebt, auf die Frau durchaus nicht anwendbar.

Auch Hergenhach hat seine Einteilung der Habitusformen nach Körpergröße und Brustweite nur von männlichem Material hergenommen. Die sonst sehr tieferen und viel einschneidende Einteilung von Brunsch ist aber abgesehen von ihrer Unvollständigkeit (denn deshalb nicht auf die Organismen der Frau als allgemeines Prinzip der Klassifizierung anzuwenden, weil wir die größten Schwankungen und tiefstehenden Umänderungen des Habitus und der Körpergröße durch die Pubertät, Schwangerschaft und das Klimakterium erleben).

Aber auch umgekehrt bietet die Schwangerschaft wie kaum ein anderer Zustand im menschlichen Leben einen Prüfstein für Art und Wertigkeit der Konstitution.

Das gleiche gilt für den Ablauf der Geschlechtsreife, Pubertätszeit, der menstruellen Vorgänge und des Klimakteriums. Mit einem Worte die Geburtsbilie und Gynäkologie muß, so wie vorher von der Lehre der inneren Sekretion, jetzt von der Konstitutionslehre durchdrungen werden.

Es ist ja auch kein Zufall, daß die Lehre von der inneren Sekretion als medizinische Zeitströmung von der Konstitutionslehre abgelöst werden ist.

Auch der Titel der vorliegenden Arbeit ist schon bei der Niederschrift dieses Buches: „Die Blutdrüsenkrankungen des Weibes“ 1917 gerant, als dessen Fortsetzung gedacht und kommt bereits in der Grundzügen beim ersten Kapitel „Das Konstitutionsproblem in der Geburtsbilie und Gynäkologie“ zum Ausdruck. Bei der Darstellung der Blutdrüsenkrankungen selber diente es mir schon als Leitmotiv, sie als vorwiegend konstitutionell bedingte Krankheiten hinstellen.

Die moderne Konstitutionslehre, deren eigentliches Regium von mit dem Erscheinen von Martinus „Pathogenese innerer Krankheiten“ 1897 datieren kann, hat sich zunächst mit



über den allgemeinen Habitus der Frauen mit Genitalmißbildung noch keine Erwähnung.

Die praktisch so sehr wichtige Retroflexio uteri gravidi ist in konstitutioneller Hinsicht weniger interessant; gewiß kann man annehmen, daß ein sich nicht spontan aufrichtender retroflektierter schwangerer Uterus einer Trägerin mit besonders schlaffer Faser gehören mag, sofern es sich nicht um entzündliche Verwachsungen handelt. Die bisherigen Krankengeschichten darüber entbehren diesbezüglicher allgemeiner Hinweise noch vielfach.

Die Retroflexio uteri kann bekanntlich im Verlauf des Abortus zu gewissen Schwierigkeiten Anlaß geben. Abgesehen davon, daß solche Frauen oft überhaupt schwerer konzipieren und zu Spontanabortus neigen, vermögen sie, auch wenn der Abortus im Gange ist, schwerer das abgestorbene Ei bzw. Reste desselben spontan auszustoßen als andere.

Auch sonst stellen sich bei ihnen verhältnismäßig oft Komplikationen ein, wie Schmerzen, abnorm lange Blutungen infolge der Stauung, wenn nicht auf Grund allgemeiner konstitutioneller Minderwertigkeiten. Über die nach der Geburt erworbene Retroflexio siehe an anderer Stelle.

Die spitzwinkelige Anteflexion in höheren Graden ist verhältnismäßig oft mit Behaarung der Linea alba und Sterilität verbunden. Tritt Schwangerschaft ein, so gleicht sie sich vollständig aus, doch zeigt sich bei solchen Frauen oft Wehenschwäche (eigene Beobachtungen). Die Anteflexion des Uterus bei Hängebauch oder durch operative Anteflexion hat in diesem Zusammenhang geringeres Interesse.

## XIX. Das konstitutionelle Moment bei Abortus, Frühgeburt und Totgeburt.

Die überwiegende Mehrzahl der Abortus in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten ist wohl artefiziell. Der aus endogenen Ursachen erfolgende Abortus in den ersten und die Frühgeburt in den späteren Monaten der Schwangerschaft ist verhältnismäßig selten.

Zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führen vor allem Anomalien und Erkrankungen des mütterlichen Organismus sowie des Fötus und seiner Anhänge, von denen bereits die Rede war. Fieberhafte Prozesse, Entzündungen, Lageabweichungen und Geschwülste am Uterus können vorzeitige Blutungen und Wehen hervorrufen und dadurch die Ablösung und Austreibung veranlassen. Ein anderer Teil, wie z. B. Infektionskrankheiten und vor allem die Lues tötet zunächst die Frucht und ihre Ausstoßung ist die notwendige Folge des Absterbens. Andauernde krankhafte Zustände können wiederholt zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen, wie dies besonders bei Lues und auch bei lokalen Erkrankungen der Gebärmutter, wie z. B. Reflexionen, Verwachsungen, Zervixrissen oder Myomen beobachtet worden ist.

Der eigentliche habituelle Abortus bzw. die habituelle Frühgeburt liegt in den seltenen merkwürdigen Fällen vor, wo es wiederholt und meist zu einer bestimmten Zeit der Schwangerschaft, gewöhnlich zu einem Menstruationstermin, zum Absterben und zur Ausstoßung der Frucht kommt, ohne daß sich oft eine greifbare Ursache dafür finden läßt.

Man nimmt an, daß es sich um Störungen der inneren Sekretion, vielleicht der Plazenta, noch wahrscheinlicher aber des Corpus luteum handelt. Aufklärung dafür dürfte sich am ehesten noch aus einer vergleichenden Betrachtung des Gesamthabitus solcher Personen finden. Bei fettleibigen plethorischen und dyskrasischen Frauen und solchen mit Hypertrichosis, wovon vornherein eine minderwertige Funktion des Ovariums anzunehmen ist, habe ich wiederholt selbst habituellen Abortus beobachtet.

Der Einfluß unbeabsichtigter traumatischer Einwirkungen auf die Hervorrufung des Abortus ist bekannt; ebenso die Einwirkung heftiger Gemütsaffekte; hierbei zeigen sich nun die denkbar größten individuellen Unterschiede. Während die einen sich auch absichtlich den allergrößten Insulten und Erschütterungen ohne Erfolg aussetzen, genügt bei anderen reizbareren Naturen oft eine einfache gynäkologische Untersuchung (eigene Beobachtung), das Einlegen eines Tampons in die Scheide, der Koitus, besonders um die Zeit des wiederkehrenden Menstruationstermines, um Blutungen und Abortus herbeizuführen.

Das gleiche gilt für chirurgische Operationen am Genitale oder am übrigen Körper.

Bei dieser Gelegenheit sei die fast vollständig vergessene Tatsache erwähnt, daß ein Aderlaß am Arm während der Schwangerschaft einen drohenden Abortus aufzuhalten imstande ist, indem er die Kongestion in der unteren Körperhälfte vermindert. Ein Aderlaß am Fuß in der ersten Zeit der Schwangerschaft ist dagegen geeignet, die Kongestion in der unteren Körperhälfte zu vermehren, außerhalb der Schwangerschaft menstruationsfördernd zu wirken und in der Schwangerschaft Abortus hervorzurufen, am Ende derselben die Wehentätigkeit anzuregen.

Habituelle Totgeburten müssen durchaus nicht immer, wie die landläufige Anschauung heute lehrt, auf Lues zurückzuführen sein. Es gibt eben auch noch andere Dyskrasien, infektiöser und nichtinfektiöser Natur, welche dasselbe machen können. A. Mayer hat serologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind und den intermediären Stoffwechsel dafür verantwortlich gemacht. In den wenigen Fällen, die ich selbst beobachtet habe, handelte es sich jedesmal um Personen aus stoffwechselkranken Familien mit dunklen Haaren, Neigung zu Fettsatz, Gicht, harnsaurer Diathese, Diabetes und Lipoidanreicherung (Xanthelasma), also Personen mit allgemeiner Neigung zu Dyskrasien (Übersäuerung des Organismus).

In einem speziellen mir bekannten Falle bestand auch Neigung zu Hautausschlägen (Urtikaria, Ekzeme). Ein lebendes Kind, geistig etwas zurückgeblieben, hierauf drei Totgeburten, sämtlich bei voll ausgebildeten, in einem Fall etwas übertragenen Kindern.

In diesem, wie auch in einem zweiten derartigen Falle bestand auffallende Neigung zu melancholischen Depressionszuständen während und auch außerhalb der Schwangerschaft. Auf entsprechende stoffwechselerbessernde Allgemeinbehandlung besserte sich das Allgemeinbefinden bei der betreffenden Kranken nach der letzten Totgeburt ganz außerordentlich, so daß man bei einer neuerlichen Schwangerschaft auf ein lebendes Kind hoffen konnte. Leider ließ sie sich in der Provinz zu einer Schwangerschaftsunterbrechung bereden, so daß das aller Voraussicht nach gute Resultat nicht abgewartet werden konnte.

## XX. Befruchtung und Schwangerschaftsdauer in ihrer konstitutionellen Bedeutung.

In unseren Lehr- und Handbüchern wurde bei der Besprechung der Physiologie der Schwangerschaft wohl den verschiedenen noch in der normalen Schwankungsbreite liegenden Varianten gerecht zu werden versucht.

Feste Beziehungen dieser Schwankungen zur individuellen Körperbeschaffenheit, zum Habitus, im weiteren Sinne zur Konstitution sind aber nur vereinzelt und nicht systematisch aufgesucht worden. Desgleichen wurden die pathologischen Vorgänge während der Schwangerschaft und Geburt vorwiegend nach den Grundsätzen der pathologischen Anatomie abgehandelt und auf die Neigung bestimmter Konstitutionsformen zu bestimmten Erkrankungen (z. B. zur Wehenschwäche, Eklampsie usw.) noch nicht regelmäßig Rücksicht genommen.

Das genaue zeitliche Verhalten zwischen Ovulation und Menstruation ist noch immer nicht zuverlässig bekannt. Ebensowenig wissen wir sicheres über den Ort, wo beim menschlichen Weibe Samen-

fäden und Ei zusammentreffen, desgleichen über den Zeitpunkt, wie lange nach dem Geschlechtsakt die Befruchtung stattfindet. Der Graafsche Follikel platzt nach den neueren Ansichten in den meisten Fällen etwa acht Tage nach der Menstruation, daher findet die Befruchtung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle am leichtesten auch innerhalb der ersten zehn Tage nach der Menstruation statt. Der Graafsche Follikel kann aber auch, namentlich unter dem Einfluß sexueller Erregung, schon am ersten oder zweiten Tag nach der Menstruation springen, aber auch erst nach 14—18 Tagen (L. Fränkel, R. Meyer, R. Schröder u. a.) und, wie Bumm angibt, sogar in allerdings nur seltenen Fällen erst kurz vor der nächsten Menstruation platzen.

Bei wildlebenden Tieren sind diese Vorgänge ebenso wie der Trieb zur Kopulation durch die Brunstzeit viel mehr geregelt als beim Menschen, wo nebst der Verschiedenheit der sexuellen Konstitution noch die zahllosen äußeren Einflüsse hinzukommen, um unzählige zeitliche Varianten zwischen Menstruation, Follikelsprung, Kohabitation und Imprägnation herbeizuführen.

Wie verhält sich die Schwangerschaftsdauer bei Frauen mit abnorm kurzen und bei solchem mit abnorm langen Menstruationsintervallen?

Vor allem: Wie groß ist die genaue Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft und ihre Beziehungen zur jeweiligen Konstitution? Das alles sind Fragen, die noch ungelöst sind, vielleicht unter Rücksichtnahme auf die konstitutionellen Typen eher werden lösen lassen, als wenn man nach einem gleichen Durchschnitt für alle sucht.

Menschliche Eier im Zustande der Furchung und Keimblasenbildung sind bis jetzt nicht beobachtet worden, um so weniger besitzen wir demnach Kenntnisse darüber, ob schon zu dieser Zeit individuelle Varianten sich erkennen lassen.

Nach Ißmer scheinen Konstitution und Habitus einen gewissen Einfluß auf die Schwangerschaft zu haben. Bei Kräftigen betrug sie 278,6, bei Schwächlichen nur 276,8 im Mittel. Wenn wir unter Schwächlichen Infantile, Hypoplastische und Asthenische verstehen, so erscheint manches plausibler. Noch nicht einwandfrei erwiesen ist, ob der Typus der Menstruation einen Einfluß auf die Schwangerschaftsdauer hat, was ja schon wegen deren grundlegenden Bedeutung für die Berechnung der Schwangerschaftsdauer überhaupt von höchstem Interesse wäre. Man weiß noch nicht einmal, ob das Geschlecht des Kindes oder die Heredität von Belang sind. Von konditionellen Momenten wird angegeben, daß die Ruhe entschieden verlängend auf die Dauer der Schwangerschaft wirkt, so daß auch bei Verheirateten eine längere Tragdauer resultiert als bei unehelichen Schwangerschaften. Eine interessante Übereinstimmung mit dem Tierreich findet sich auch darin, daß je kleiner die Frucht, desto kürzer die Schwangerschaftsdauer ist. v. Winckel gibt auch an, daß in geburtshilflichen Kliniken sehr schwere übertragene Kinder viel seltener sind als in der Privatpraxis.

## **XXI. Varianten des Fötus in Größe, Lage, Haltung und Stellung. Mißbildungen der Frucht.**

Wie weit sich solche konstitutionelle Verschiedenheiten bis in das früheste embryonale Leben zurückverfolgen lassen und ob man auch hier schon eine begrenzte Anzahl häufig wiederkehrender Typen feststellen kann, wie z. B.