

Deutsche Medizinische Wochenschrift

Begründet von Dr. Paul Börner

HERAUSGEBER:

Geh. San.-Rat Prof. Dr. Schwalbe

Berlin-Charlottenburg, Schlüterstraße 53

VERLAG:

GEORG THIEME / LEIPZIG

Antonstraße 15

Nummer 28

Donnerstag, den 14. Juli 1921

47. Jahrgang

Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität.

Von Prof. G. Winter in Königsberg i. Pr.

III. (Schluß.)

Sterilität ohne nachweisliche Erkrankung der Genitalorgane.

Es muß schon als eine recht schwierige diagnostische Aufgabe bezeichnet werden, die Sterilität durch eine positiv nachweisbare Abweichung vom normalen Zustand der Genitalorgane sicher zu begründen, und selbst der erfahrene Diagnostiker und Arzt wird hier vor Fehlschlüssen und dementsprechend auch vor falscher Behandlung nicht bewahrt bleiben. Bei Fällen von Sterilität aber, welche keine nachweisbare Erkrankung oder Abnormität der für die Konzeption wichtigen Organe aufweisen, fehlt jeder Boden für eine rationelle Bewertung der Ursachen. Man steht hier Fällen gegenüber, welche keinerlei Anhaltspunkte für die Erforschung der Ursache bieten. Damit soll keineswegs gesagt werden, daß keine Störungen in den Genitalorganen vorhanden sind; es fehlen nur die durch unsere klinischen Untersuchungen nachweisbaren Veränderungen, während Störungen in der Funktion oder feine, für uns nicht erkennbare Strukturveränderungen recht wohl bestehen können.

Wir müssen in solchen Fällen mit normalem Genitalbefund einen anderen Weg zum Auffinden der Ursache beschreiten, indem wir uns an gewisse Zustände und Vorgänge halten, welche erfahrungsgemäß in enger Beziehung zur Konzeption stehen. Ich möchte einzelne von ihnen, welche eine praktische Bedeutung gewonnen haben, besprechen.

Die Dyspareunie, die vollständige Empfindungslosigkeit während der Kohabitation oder das Fehlen der Voluptas, ist eine häufige Erscheinung und findet sich nicht selten auch bei sterilen Frauen; Kisch fand z. B. bei 69 sterilen Frauen 26mal Dyspareunie, Duncan unter 191 sterilen Frauen 39 ohne Libido und 62 ohne Voluptas. In einer Reihe von Fällen kommt es zur Dyspareunie, weil die Kohabitation mit Schmerzempfindungen einhergeht; die Voluptas, d. h. der ruhige Ablauf der sich steigernden Wollustempfindung bis zur terminalen Befriedigung, bleibt aus, weil der Beischlaf von Schmerzempfindung beherrscht wird; die Dyspareunie wird aus diesem Grunde begrifflich bei Vaginismus und bei entzündlichen Prozessen um Zervix und Corpus uteri, welche bei Berührung der Portio vaginalis durch die Spitze des Penis zu lebhaften Schmerzempfindungen führen; in diesen Fällen weicht die Dyspareunie gewöhnlich mit der erfolgreichen Behandlung ihrer Ursache.

Für die Dyspareunie bei vollkommen normalem Befund fehlt uns eine plausible Erklärung, nicht zum wenigsten deshalb, weil wir nicht in der Lage sind, das Wollustgefühl der Frau physiologisch einwandfrei zu erklären; man kann nur soviel sagen, daß die Erregbarkeit der Nerven ungenügend ist, um die Empfindung der Berührung bei der Kohabitation sich zum Wollustgefühl steigern zu lassen; ob diese mangelnde Erregbarkeit sich nur auf die Nerven der Genitalien erstreckt oder allgemein ist, inwieweit die Psyche und insbesondere die seelische Liebesempfindung dabei mitspricht, ist schwer zu sagen und sicher nicht immer gleich; Anamnese und Berücksichtigung des Temperaments und der Psyche geben oftmals Anhaltspunkte. Es steht fest, daß die Dyspareunie kein absoluter Hinderungsgrund für die Konzeption ist; denn Schwängerungen von Frauen, welche jeder Wollustempfindung entbehren, sind keine Seltenheit. Andererseits scheint aber die Konzeption leichter einzutreten bei Frauen, welche sich einer lebhaften Voluptas erfreuen und sie in Einklang mit der männlichen zu bringen imstande sind. Es ist deshalb zu empfehlen, bei Frauen mit Dyspareunie, welche keine andere Ursache für Sterilität aufweisen, die Erregbarkeit der Nerven durch andere Reizmittel (Faradisation der Klitoris oder des Introitus, mechanische Erregung durch den Ehemann vor der Kohabitation) zu steigern; daneben dürfte sich ein Versuch mit Ovarialpräparaten in Verbindung mit Yohimbin (Thelygan Bloch) empfehlen; protrahierte heiße Sitzbäder, Moorbäder, namentlich Kuren in Franzensbad und Elster, können sehr zur „Belebung“ der Genitalfunktion beitragen. Eine Allgemeinbehandlung des Nervensystems dürfte nur dann einen Wert haben, wenn Neurasthenie die Ursache der Dyspareunie ist.

Die Abneigung der Gatten gegeneinander steht nicht selten in enger Beziehung zur Dyspareunie und kann zweifellos die

Konzeption erschweren, namentlich wenn sie sich zum Ekel gegen die Berührung steigert. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die vollste Hingabe der Frau in warmer Liebe die Konzeption erleichtert, während psychische und damit oft in Verbindung stehende körperliche Abwehr sie erschwert. Ebenso wie es feststeht, daß die Dyspareunie bei Frauen sofort einer sehr lebhaften Voluptas Platz macht, wenn anstatt des von ihr ungeliebten Mannes sich ihr der sie heftig erregende Mann ihrer Wahl nähert, kann auch die Konzeption einer lange sterilen Frau durch denselben, wie viele Beispiele beweisen, erfolgen. Die Heilung der auf solcher Ursache beruhenden Sterilität ist keine ärztliche Aufgabe.

Das Effluvium seminis ist für die sterilen Ehegatten eine so begriffliche Ursache für das Ausbleiben der Konzeption, daß sie dieses Symptom häufig bei ihren Konsultationen sofort in den Vordergrund schieben; bei seiner Bewertung als Ursache der Sterilität müssen wir zwei ganz verschiedene Zustände unterscheiden, anatomische und physiologische.

Der Samen fließt z. B. vollständig oder fast vollständig ab, wenn der Introitus durch Dammrisse mit oder ohne Deszenzus zu weit geworden ist, ebenso, wenn die Vagina infolge von Infantilität zu kurz und eng ist und vor allem kein für die Aufnahme des Samens geeignetes Scheidengewölbe hat; ich habe die Behandlung dieser Zustände schon bei den Störungen in der Funktion der verschiedenen Organe behandelt.

Es kann aber auch zum Effluvium seminis bei ganz normal gebauten Genitalien kommen, wenn die zur Physiologie der Kohabitation gehörende Kontraktion des Constrictor cunni ausbleibt; der schlaffe Introitus hält auch dann den Samen nicht genügend zurück. Diese Erscheinung findet sich meistens vergesellschaftet mit Dyspareunie, weil sie ein Symptom der Voluptas und des Orgasmus der Genitalien unter kohabitationem darstellt; die Behandlung richtet sich gegen die Dyspareunie (s. o.). Gelegentlich kann man durch Einlegen eines Tampons, Kreuzen der Beine und Hochlagerung des Beckens post kohabitationem die Zurückhaltung des Samens erreichen.

Die Fettleibigkeit der Frauen steht zweifellos in enger Beziehung zur Sterilität; Kisch macht einige beweisende Mitteilungen darüber aus seiner Marienbader Praxis; er fand unter 215 Frauen mit ausgesprochener Obesitas 48mal Sterilität, d. h. 22%, während die Sterilität sich sonst in ungefähr 10% der Ehen findet. Die Ursache liegt sicher nur selten in mechanischen Störungen der Konzeption durch übermäßige Fettansammlung an den Genitalien oder in Mangel an Temperament und sexueller Frigidität, welche sich häufig bei diesen Frauen findet. Die Ursache haben wir wahrscheinlich in einer gestörten Funktion des Eierstocks zu suchen, welche durch Mangel an Eierstockshormonen zur Ansammlung von Fett führt, ähnlich der Fettbildung im Klimakterium; es finden sich Störungen in der Menstruation deshalb häufig verbunden mit Lipomatosis. Kisch fand unter seinen 215 fettüchtigen Frauen 49mal Amenorrhoe, 116mal schwache Menses. Wir dürfen meistens die Obesitas nicht als eine Ursache der Sterilität ansehen, sondern als eine Nebenerscheinung der Ovarialatrophie, und diese führt durch Hormonmangel zu Stoffwechselstörungen, welche sich in zunehmender Fettabbildung äußern. Die Behandlung dieser Zustände muß demnach durchaus an den Ovarien eingreifen, wie es oben geschildert ist. Trotzdem steht es fest, daß auch die direkte Beeinflussung der Obesitas einen günstigen Einfluß auf die Sterilität hat. Kisch führt einige Beispiele dafür an, daß durch gelungene Entfettungskuren in Marienbad nach langjähriger steriler Ehe (primär oder sekundär) Konzeption eingetreten ist; auch eine Behandlung mit Thyreothelegan (Bloch) wäre durchaus rationell; Erfolge sind mir nicht bekannt.

Ganz undefinierbar ist ein Zustand, welchen man nur als eine Funktionsschwäche der Genitalien bezeichnen kann, und es steht nicht einmal fest, ob man diese bei organisch ganz normalen Genitalien und bei regelrecht ausgeführter Kohabitation eintretende Sterilität mehr dem Manne oder der Frau zuschreiben soll. Jedenfalls ist durch vielfache Erfahrung festgestellt, daß Konzeption nach jahrelanger Sterilität (primär oder sekundär) eintreten kann, wenn die Ehegatten lange Zeit getrennt gewesen sind. Der Krieg hat in diesem Falle unsere Erfahrung bereichert, und Fehling teilt eine Reihe von Fällen mit, wo die Rückkehr der Männer aus dem Felde sofort zur Konzeption führte, nachdem jahrelang vorher eheliche Sterilität bestanden hatte. Diese Erfahrungen lassen sich sehr wohl für passende therapeutische Vorschläge verwenden. Den weiblichen Anteil an dieser Ursache der Sterilität kann man günstig beeinflussen

durch Hebung des Gesamtbefindens der Frau und vor allem durch Moorbäderkuren in Franzensbad und Elster.

Noch dunkler sind die ungünstigen Einflüsse, welche Blutsverwandtschaft der Gatten, ungünstige Lebensbedingungen, ungünstiges Klima auf das Zustandekommen der Konzeption haben sollen, wenngleich die Mitteilungen von Goehler über auffallend häufige sterile Ehen bei Regentenfamilien, welche, wie z. B. die Habsburger, Wettiner, Wittelsbacher, vielfach innerhalb ihrer Häuser Ehen geschlossen haben, den schädlichen Einfluß der Blutsverwandtschaft zu beweisen scheinen. Zu therapeutischen Vorschlägen ist hier kaum eine Grundlage vorhanden.

Jeder aufmerksame Leser meiner Ausführungen wird den Eindruck gewinnen müssen, daß die Auffindung der Ursache einer ehelichen Sterilität keine leichte Aufgabe ist. Die Gründe liegen darin, daß es nur wenig Krankheitszustände oder Abnormitäten an den Genitalien gibt, welche eine Sterilität machen müssen, also absolute Konzeptionshindernisse sind. Meistens handelt es sich um Zustände, welche die Konzeption wohl erschweren, aber nicht absolut verhindern; man wird niemals mit Sicherheit sagen können, daß die Sterilität auf ihnen beruhen muß. Die Diagnose wird deshalb meistens damit abschließen, daß man einen Zustand durch die oben beschriebenen Untersuchungsmethoden feststellt, welcher nach unseren Anschauungen über die Anatomie und Physiologie der Konzeption oder nach unseren ärztlichen Erfahrungen Sterilität machen kann; ob derselbe wirklich die Sterilität verursacht hat, wird vielfach unsicher bleiben. Noch unsicherer wird der Boden, auf dem wir mit unseren Diagnosen stehen, wenn keine Veränderungen oder Abnormitäten an den Genitalien nachweisbar sind; man wird hier die Gründe der Sterilität in Zuständen suchen müssen, von denen ich einige unserer Anschauungen wenigstens verständlich geschildert habe; nicht selten sind wir wirklich auf das Raten verwiesen.

Unter dieser Unsicherheit über die Ursachen der Sterilität leidet die Behandlung natürlich sehr; sie beruht im allgemeinen darauf, daß wir den Zustand, welchen wir nach unseren Anschauungen für eine begreifliche oder durch Erfahrung festgestellte Ursache der Sterilität halten, beseitigen; ob wir damit die wirkliche Störung der Konzeption treffen, bleibt meistens fraglich; besonders unsicher wird natürlich die Indikationsstellung wieder dann werden müssen, wenn sich durch unsere klinischen Untersuchungsmethoden keine Abnormität nachweisen läßt. Es wird deshalb wohl jedem erfahrenen Frauenarzt ähnlich wie mir gegangen sein, daß die Zahl der Frauen, welche er durch eine rationelle Behandlung wirklich von ihrer Sterilität befreit hat, nicht sehr groß ist; methodische Nachforschungen nach den Erfolgen der Kuren würden manche Enttäuschungen bringen. Die Art meines Materials — es überwiegen die polnischen Juden, welche einer Nachforschung im weiten Rußland unzugänglich sind — bringt es mit sich, daß die Zahl der Fälle, bei welchen ich Nachforschungen nach dem Erfolg der Kur anstellen lassen konnte, sehr gering ist; es sind nur 22 Fälle; davon haben nur 6 Frauen nach der Behandlung konzipiert, d. s. 27%. Klein hat Nachuntersuchungen an dem Material der Charité in Berlin angestellt, welche von Franz wegen Sterilität operiert worden waren (Dilatation des Zervikalkanals und Diszision des Os internum mit nachfolgender Tamponade); von 17 Frauen, bei denen der Erfolg kontrolliert werden konnte, hatten 4 konzipiert, d. s. auch nur 24%, also das gleiche unbefriedigende Resultat. Die Ursachen der Sterilität waren in meinen Fällen Endometritis 2mal, Kolpitis 1mal, Stenose am Os internum 2mal; einmal war die Ursache nicht auffindbar. Nach meinen und wohl aller Fachkollegen Erfahrungen liegen diagnostisch und therapeutisch die Verhältnisse am klarsten bei Stenosen im Gebiet des Zervikalkanals, besonders an den beiden Ostien; hierbei werden am häufigsten erfolgreiche Behandlungen gemacht.

Der diagnostischen Forschung steht noch ein großes Gebiet offen; erst wenn wir in den Ursachen, namentlich in denen, welche sich nicht in charakterisierten gynäkologischen Erkrankungen ausdrücken, klar sehen, werden unsere Kuren sich erfolgreicher gestalten.

Aus der II. Medizinischen Klinik der Universität in der Charité zu Berlin. (Direktor: Geh.-Rat Kraus.)

Zur Lehre vom katarrhalischen Ikterus.¹⁾

Von Dr. Karl Retzlaff, Assistent der Klinik.

M. H.! Der Zweck meiner heutigen Ausführungen kann nicht darin bestehen, über das in Betracht kommende Gebiet des Ikterus auch nur einigermaßen umfassend zu sprechen; dazu ist die zur Verfügung stehende Zeit zu gering. Ich möchte nur einige prägnante Punkte in der Pathologie des Ikterus hervorheben und im wesentlichen gegen die Ueberschätzung und Verallgemeinerung des mechanischen Momentes in der Genese des Ikterus eintreten.

Die ursprünglichste und einfachste Erklärung des Zustandekommens des Ikterus war die mechanische. Nichts war sinnvoller, als daß ein im Verlauf der galleabführenden Wege bestehendes Hindernis eine Stauung der Galle und Uebertritt derselben ins Blut bewirkte. In den Ikterusfällen, in denen man Obstruktionen der Gallengänge nicht finden konnte, hielt man dennoch an der mechani-

schon Erklärung fest und nahm eine Verlegung der Gallenwege durch einen Katarrh des Choledochus bzw. der Gallengänge oder durch den berühmten Schleimpfropf oder durch Spasmen am Eintritt des Choledochus ins Duodenum an. Da diese Erklärungen für manche Ikterusfälle nicht zu genügen schienen, so entstand die Lehre vom akathestischen Ikterus (v. Liebermeister), von der Parapedese (Minkowski) oder Paracholie (Pick) der Galle und vom Suppressionsikterus. Daneben lernte man den hämatogenen Ikterus kennen, der Stadelmann bewog, seine These von der Pleiochromie der Galle und der dadurch bedingten Zähflüssigkeit und Stauung in den feinen Gallengängen aufzustellen. In neuerer Zeit hat dann Eppinger, indem er durch besondere Verfahren die feineren Gallengänge und -kapillaren sichtbar machte, beim mechanischen Stauungsikterus, aber auch bei anderen Ikterusfällen, bei denen ein mechanisches Abflußhindernis nicht vorhanden war, in den erweiterten Gallenkapillaren seine Gallenthromben und Einrisse der Kapillarwände beschrieben und diese Verhältnisse als die Ursachen der Gallenstauung und des Uebertritts der Galle in die Lymph- und Bluträume der Leber angesehen. Seine Befunde wurden von einer Reihe von Autoren bestätigt und fanden zum Teil begeisterte Aufnahme. Und so faßte man die verschiedenen Ikterusformen nach Eppingers Vorgang zum großen Teil als mechanisch, nur im Bereich der kleinen Gallenkapillaren bedingten Stauungsikterus auf, teils brachte man sie, wie manche Formen des Ikterus bei Vergiftungen und Infektionskrankheiten, mit dem pleiochromen Ikterus, also auch wieder mechanischen Momenten, in Beziehung.

Auf die ursächliche Bedeutung der Cholangitis oder des Virchow'schen Schleimpfropfes bzw. eines Spasmus für die Gallestauung wird heute mit Recht wohl kaum noch Wert gelegt.

An der Existenz des mechanischen Stauungsikterus bei Verlegung der Gallenwege durch Steine, Krebse, Narben usw. ist nicht zu zweifeln. Aber gegen die mechanische Anschauungsweise der anderen Ikterusformen, als einer Gallenstauung nur im Bereich der kleinen Gallengänge hoch in der Leber, lassen sich gewichtige Einwände erheben. So ist z. B. beim pleiochromen Ikterus die Verlegung der kleinen Gallenwege durch die pleiochrome Galle bzw. durch die Eppingerschen Gallethromben nicht mit dem reichlichen Farbstoffgehalt der Duodenalgalle und der Fäzes bzw. mit dem Auftreten der Thromben in der Blasen- und Duodenalgalle in Einklang zu bringen, abgesehen davon, daß die Viskosität der Galle durch den Farbstoffgehalt nicht allzu wesentlich beeinflußt wird, sondern vielmehr durch die Gallensäuren.

Vor allem widerspricht aber die Art der Gallenstauung der Annahme eines mechanischen Stauungsikterus. Wenn nämlich, wie beim mechanischen Stauungsikterus, im Bereich der galleabführenden Wege eine Rückstauung der Galle eintritt, so erfolgt ein Uebergang sämtlicher Gallebestandteile ins Blut. Die Franzosen haben auf die Bedeutung dieses Umstandes besonders hingewiesen und den sogenannten „dissoziierten Ikterus“ aufgestellt, der im Gegensatz zu der totalen Rückstauung der Galle beim mechanischen Stauungsikterus steht. Während in diesem Falle Bilirubin, Cholesterin und Gallensäuren im Blut vermehrt sind, betrifft bei dem dissoziierten Ikterus die Vermehrung im Blut nur einzelne Komponenten der Galle, also z. B. nur den Gallefarbstoff oder die Gallensäuren. Beim pleiochromen Ikterus liegt nun der Fall eines dissoziierten Ikterus vor. Es findet sich zwar ein erhöhter Bilirubinspiegel im Blut, aber keine Hypercholesterinämie, wie schon vor Jahren Chauffard, Laroche und Grigaut nachgewiesen und deutsche Autoren (Bürger und Beumer, Eppinger und neuerdings Strauß und Rosenthal und Holzer) bestätigt haben. Und ebenso enthält weder der Urin beim pleiochromen Ikterus Gallensäuren, wie schon Leyden 1866 für den hämatogenen Ikterus erwähnt hatte, noch finden sich dabei Anzeichen einer Gallensäurevergiftung im Blut, sondern die Gallensäuren werden nach den Untersuchungen von Lemierre und Brulé ungestört in den Darm abgesehen. Da demnach also der pleiochrome Ikterus ein dissoziierter ist, so entfällt für ihn die Möglichkeit einer pathogenetischen Erklärung durch mechanische Stauung, sei es durch zähflüssige Galle, sei es durch die Gallenthromben.

Ähnliche Erwägungen, wie beim pleiochromen Ikterus, insbesondere aber das Vorkommen des dissoziierten Ikterus bei den verschiedenen Ikterusformen, auf dessen Vorkommen besonders Brulé hinweist, lassen sich gegen die mikromechanische Pathogenese des Ikterus durch die Eppingerschen Gallethromben auch bei den anderen Ikterusformen ins Feld führen und die durch ein stromabwärts von den Leberzellen bestehendes Hindernis bedingte Gallenstauung als unannehmbar hinstellen. Es zeigt sich also, daß das mechanische Moment für die Entstehung des Ikterus allein bei dem sogenannten mechanischen Stauungsikterus berechtigt angenommen wird, daß aber bei allen anderen Ikterusformen die Stauung geradezu auszuschließen ist.

Eine der wichtigsten Fragen bei der Ikterusgenese ist die Frage nach dem Orte der Gallenfarbstoffbildung, oder präziser, ob der Gallenfarbstoff nur in der Leber oder auch extrahepatisch gebildet werden kann. Nachdem schon Virchow 1817 bei der Umwandlung von Blutextravasaten die Bildung von Bilirubin beobachtet und die Möglichkeit eines auf diesem Wege entstandenen Ikterus anerkannt hatte, stellten Minkowski und Naunyn durch ihre bekannten Versuche an entlebten Gänsen fest, daß es nicht

¹⁾ Nach einem im Verein für Innere Medizin und Kinderheilkunde am 21. III. 19:1 gehaltenen Vortrag.