

Ovulation und Orgasmus

Von Dr. med. F. Besold, Berlin

Mit 1 Abbildung

in den Gefäßen kommt es zur Stase und Thrombosierung. R. Mayer fand die Gebärmutter gelegentlich einer solchen Infektion schaumig und ebenso auch die inneren Organe. Philipp, Bingold und Guthmann gelang es, schon bei Lebenden den Gasbazillus nachzuweisen. Die brandigen Schichten der Gebärmutter sind ödematös geschwollen und mit blutiger, eitriger Flüssigkeit durchtränkt. Histologisch wird die Wandung bis zu verschiedener Tiefe unkenntlich; es sind in ihr nur Leukocyten-trümmer und Bakterien nachzuweisen. Die hierbei eventuell entstehenden Thromben führen zu putriden Thrombophlebitis. Die Gasphegmone kann auf Uterusmyome übergreifen. Sie werden als Physomyome bezeichnet. Die mildeste Form der Infektion ist die Tympania uteri, welche durch Zersetzung des Fruchtwassers durch die Bakterien zustande kommt. Die Tympania uteri wird oft nicht durch den Fraenkel-schen Bazillus selbst, sondern durch den Bacillus oedematis maligni, durch den Aschoff'schen Gasbazillus oder den Pfeiffer-Besan'schen Bazillus hervorgerufen. Die Prognose der Tympania uteri ist meistens eine recht gute; nach Entleerung der Frucht und ihrer Hüllen ist auch die Gefahr geschwunden. Das augenscheinlichste Anzeichen der schweren Infektion ist die immer deutlicher werdende Gelbsucht. Dann sind meistens schon während des Lebens im Blute oder in den ergriffenen Organen die Bazillen nachweisbar (Guthmann). Das in der Uteruswandung sich entwickelnde Gas bläht oft die Gebärmutter mächtig auf. Infolge der Kontaktinfektion sind die Bazillen auch im subkutanen Bindegewebe feststellbar (Sigwart, Halban, Brütt). In solchen Fällen sind auf der entsprechenden Hautoberfläche schmutzig-braunrote Marmorierungen zu sehen. Die Haut knistert bei Druck, während bei ihrer Eröffnung sich zersetzte, blutig-seröse Flüssigkeit entleert.

Charakteristisch ist die Veränderung des Harns, welcher bei den meisten anderen Infektionen nicht so aussieht; er ist rötlich schwärzbraun, da Methämoglobinbildung vorliegt. Besonders schwer ist das Bild bei Bauchfellentzündungen derselben Ätiologie: die serösen Häute sind blutig durchtränkt, von braungrünlichen Auflagerungen bedeckt. In den parenchymatösen Organen ist die Veränderung die gleiche. Man findet einen ausgedehnten Gewebszerfall, ein »schaumiges« Parenchym. In den Gefäßen, im Gewebe und im Inneren der Gasblasen sind zu Klumpen geballte Bazillenhäufen zu finden.

Bei allgemeiner Infektion ist die Prognose sehr schlecht. Der Kranke stirbt fast in allen Fällen. In letzter Zeit werden jedoch mehrere geheilte Fälle im Welt-schrifttum mitgeteilt. Bei verzweifelten Fällen wird eine ausgiebige Bluttransfusion, die Serumbehandlung, die Anwendung von Sulfamidpräparaten, die gute Erfolge verspricht, die Auskratzung der infizierten Gebärmutter (Lehmann), und die völlige Exstirpation des Uterus von der Scheide aus (Heim, Brütt, Guthmann u. a.) empfohlen. In der Mehrzahl der Fälle jedoch hat die Infektion die Grenzen der Gebärmutter schon überschritten, so daß jede Hilfe zu spät kommt.

Den von uns beobachteten Fall hielten wir wegen seiner Seltenheit und wegen des raschen Überganges auf die inneren Organe einer Veröffentlichung für wert.

Schrifttum

- Aschoff, Path. Anat. 1, 162/165. — Bingold, Virchows Arch. 1923, 246. — Bysske, zit. Zbl. Gynäk. 1939, 2151. — Cordua, Zbl. Gynäk. 1930, 186. — Dawbaru und Bryan, zit. Zbl. Gynäk. 1939, 1326. — Fraenkel, Virchows Arch. 1923, 241; Zbl. Gynäk. 1924, 2283. — Halban, Mschr. Geburtsh. 11, 88 (1900) (großes Schrifttum). — Heil, Zbl. Gynäk. 1924, 1595. — Heim, Zbl. Gynäk. 1, 156 (1924). — Henke-Lubarsch, 7, 1. — A. M. Hill, zit. Zbl. Gynäk. 1927, 1167. — Marx, Zbl. Gynäk. 1921, 773; Zbl. Geburtsh. 1922, 742. — Noltmann, Zbl. Gynäk. 1925, 85. — v. Novák, Orvosképzés (ung.) 1935; Orv. Hetil. (ung.) 1938, 41. — Ottow, Zbl. Gynäk. 1930, 2420. — Philipp, Verh. dtsh. Ges. Geburtsh. Berlin 1923, 16. — H. Th. Schreus, Klin. Wschr. 1941, 21. — Schreus und Peltzer, Klin. Wschr. 1941, 20. — Schroeder, Zbl. Gynäk. 1939, 738. — Tscherne, Zbl. Gynäk. 1939, 1725.

Ein interessanter Vortrag von Prof. Caffier über Sterilität und Sterilitätsbehandlung am 27. VI. 1941 in der Berliner Gynäkologischen Gesellschaft veranlaßt mich zu folgenden Ausführungen über das Thema: Ovulation und Orgasmus.

Die Ansichten über die Richtigkeit der Knaus'schen Lehre sind zwar noch geteilt, aber praktisch benutzt fast jeder Gynäkologe sein Schema als willkommenes Hilfsmittel im Kampfe gegen die Sterilität. Denn es bietet wenigstens einen Anhaltspunkt für das Optimum der Befruchtungszeit, und vor allen Dingen zwingt es den Pat. zu genauen Aufzeichnungen, welche man sonst nie so übersichtlich erhalten würde. Das zu betonen, halte ich für wichtig, weil ich immer wieder Schemata zu Gesicht bekam, welche unvollständig oder gar falsch geführt wurden. Vier Daten müssen im Knaus'schen Schema eingezeichnet sein, damit man etwas Brauchbares damit anfangen kann: rechts das schwarz ausgefüllte Quadrat des neuen Regel-eintritts neben dem links angeschriebenen Datum, ferner der die Ovulation anzeigende Kreis 15 Tage vor diesem Quadrat und die Kreuze, welche die Kohabitationen andeuten. Dann kann man ohne weiteres feststellen, daß es z. B. einen strengen 28tägigen Zyklus über 1 Jahr nicht gibt. Es treten immer Schwankungen auf, am Bild der Quadrate auf einen Blick festzustellen. Praktisch läßt sich also ein auf den Tag genau vorausberechneter Konzeptionstermin nicht voraussagen. Auf Grund von vorangegangenen Menstruationen können wir also nur eine Zeit »von — bis« als Optimum angeben. Zeichnet man das alles exakt auf, so macht man die immer wieder gegen Knaus vorgebrachte Erfahrung, daß eine Konzeption außerhalb dieses Optimums stattgefunden haben muß. Da stimmt also etwas nicht. Für diesen Tatbestand, welchen ich wiederholt in der Praxis erlebt habe, gibt es außer Ehebruch auch noch eine andere Erklärung.

Ich glaube, die Knaus'sche Anschauung ist nur bedingt richtig und nicht unbedingt. Der Mensch kann zwar sportan ovulieren, besser gesagt, terminmäßig, aber ebenso auch außerterminmäßig, in erster Linie infolge des Orgasmus. Wir wissen, welche Rolle die Hyperämie beim Zustandekommen der Ovulation spielt. Diese tritt terminmäßig am 15. Tage vor der zu erwartenden Menstruation ein. Die orgasmisch potente Frau — d. h. 66²/₃% aller Frauen — bekommt nun beim Orgasmus eine solche genitale Hyperämie, daß der Follikelsprung provoziert wird, wenn der Follikel schon einigermaßen reif ist. Das möchte ich so verstanden wissen: die frigide Frau wird zwar auch gravide, aber termingebundener und damit schwerer als die orgasmisch potente, welche ebensoviel leichter und außerplanmäßig zur Ovulation durch die Tätigkeit des vegetativen Nervensystems kommen kann. Hierin liegt meines Erachtens der Kern der alten Volksweisheit: Zum Kinderkriegen gehört der Orgasmus, welche dann einseitig übertrieben wurde, so daß Frauen sehr erstaunt sind, wenn sie schwanger werden, obgleich sie frigide sind. Koitus ist also nicht gleich Koitus.

Das alles würde also nur eine Konzeption »nach vorn« (im Schema) erklären durch verfrühten Follikelsprung infolge des Orgasmus. Auch die verspätete Konzeption »nach hinten« (im Schema) findet durch den gleichen Vorgang ihre Erklärung. Nach der ersten normalen Ovulation kann es infolge des Orgasmus zu einer zusätzlichen zweiten kommen. Bei Operationen — z. B. wegen Retroflexio uteri — ist es mir schon mehrmals aufgefallen, daß im das Corpus luteum tragenden oder anderen

Ovar Gebilde festzustellen waren, welche fast sprungreife Follikel sein konnten. Der direkte Beweis war aber nicht zu erbringen, weil wissenschaftliche Neugierde keine Indikation zur Entfernung der Ovarien zwecks histologischer Untersuchung bildet. Aber indirekt ist er zu erbringen: eben durch die Knaus'schen Schemata selbst, wenn nach dem Geburtstermin die Konzeption ganz hinten im Schema stattgefunden haben muß, d. h. jenseits des Optimum. Für die Möglichkeit einer doppelten Ovulation spricht auch die Tatsache der gleichzeitigen, doppelseitigen Extrauterin gravidität. Dabei sind doch zwei Eier — wahrscheinlich zu verschiedenen Zeiten innerhalb eines Intermenstruum — befruchtet worden. Für gleichzeitigen, mehrfachen Follikelsprung könnte man die mehreiigen Zwillinge anführen. Der Mensch ist eben kein Karnickel, bei dem alles nach Schema F geht, sondern eine Leib-Seele-Einheit mit entsprechendem, nervösem Apparat.

Diese Seite der Infertilitätsbekämpfung — nämlich die Psychotherapie der Frigidität — ist meines Wissens noch kaum erwähnt worden, obgleich sie ihren Platz im großen Programm der Sterilitätsbehandlung — wie ich gezeigt zu haben glaube — eindeutig verdient! Der Koitus ist beim Menschen viel komplizierter als beim Tier, dessen Verhältnisse man eben nur bedingt auf den Menschen anwenden darf. So neige ich zu der Ansicht: Knaus hat nur bedingt recht, womit seine Verdienste keineswegs geschmälert sein sollen. Denn er gibt uns Ärzten in der Beratung einen wertvollen Anhaltspunkt, dessen wir unbedingt bedürfen. Ich glaube, daß meine Betrachtungsweise einen gemeinsamen Nenner für sich heute noch bekämpfende Anschauungen abgeben kann.

Zum Schluß ein Beispiel aus meiner Praxis für das Gesagte: 22jährige, orgasmisch potente Pat., mit unbedingtem Kinderwunsch, deren Schema folgendermaßen aussieht:

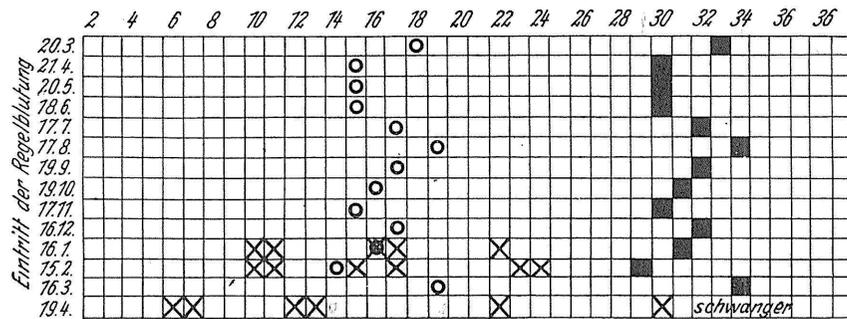


Abb. 1

Es liegt eine Schwankungsbreite der Ovulationen von 6 Tagen vor. Letzte Menstruation am 19. IV. 1941. Danach finden Kohabitationen unmittelbar vor und einige Zeit nach dem Optimum statt, aber keine einzige im Optimum. Dennoch ergibt die Untersuchung am 11. VI. 1941 eine Gravidität im 2. Monat. Die Entscheidung, ob hier ein vorzeitiger oder ein zweiter Follikelsprung stattgefunden hat, dürfte erst bei der noch zu erwartenden Geburt zu fällen sein. Ich glaube jedenfalls, mit Sicherheit annehmen zu dürfen, daß die Pat. im Optimum nicht empfangen hat, denn ich kenne die Pat. so gut, daß ich sie als zuverlässig ansehen muß. Gerichtliche Entscheidungen möchte ich mit dem Knaus'schen Schema nicht fällen.

Anshr. d. Verf.: Berlin O 17, Große Frankfurter Straße 120

Über Koitusverletzungen

Von Dr. W. Strakosch, Frauenarzt in Wiesbaden

Im folgenden möchte ich über drei im Verlaufe von 10 Jahren selbstbeobachtete Koitusverletzungen berichten, deren verschiedene Ätiologie beachtenswert erscheint.

Fall 1. 21jährige Hausmädchen, 0 Partus, 0 Abortus, früher regelmäßig menstruiert, letzte Periode vor 8 Tagen. Die Pat. kommt nachts um 3 Uhr in völlig durchblutetem Maskenkostüm an und gibt an, vor 2 Stunden nach einem Koitus eine starke Blutung bekommen zu haben. Sie war bei zwei Ärzten und wurde von dem einen mit Watte tamponiert. Es fand sich in der Scheide ein stark blutgetränkter Wattetampon, es blutete stark und hellrot weiter. Nach Entfernung des Tampons und Entleerung der stark gefüllten Blase mit Katheter ließ sich der Uterus als klein anteflektiert tasten. Der Muttermund war grubchenförmig, es blutete nicht daraus. Der anfänglich wegen der heftigen Blutung angenommene Abort (trotz der Regelanamnese, bei den äußeren Umständen) bestand also nicht. Bei genauerer Untersuchung und Spiegeleinstellung ließ sich nun im hinteren Scheidengewölbe eine quere, ziemlich glattrandige Rißverletzung feststellen, aus der es stark blutete. Blase und Darm sowie Peritoneum waren intakt. Nach Jodierung wurde die Scheide fest mit Jodoformgaze tamponiert. Da es trotzdem weiter blutete, wurde die Pat. in die Klinik aufgenommen und am Vormittag gegen 11 Uhr die exakte Naht des Risses durch Knopfnähte in Narkose vorgenommen. Der Riß erstreckte sich besonders rechts ins Scheidengewölbe. Feste Scheidentamponade. — Der Verlauf war völlig glatt, die Blutung stand, und die Pat. konnte am 9. Tag beschwerdefrei entlassen werden. Die Nachuntersuchung 1 Woche später ergab: Wunde primär geheilt, bis auf eine erbsengroße, granulierende Stelle im rechten Wundwinkel. Über die Positio intra coitum war leider nichts Näheres zu erfahren. Alkoholeinwirkung dürfte — nachts um 1 Uhr nach einem Maskenfest! — wohl anzunehmen sein.

Fall 2. 31jährige Büroangestellte. Menarche mit 12 Jahren, die Periode war vierwöchentlich, 2—3 Tage, mittelstark, ohne Schmerzen. Die letzte Periode vor 24 Tagen. Geburten oder Fehlgeburten waren nicht vorhergegangen. Der erste Verkehr hatte mit 22 Jahren stattgefunden, Beschwerden hatten nie dabei bestanden. Der letzte Verkehr lag 6 Jahre zurück. Die Pat. gab an, gegen 12 Uhr nachts in einem Auto in Rückenlage den Koitus ausgeübt zu haben, der in normaler Weise ohne besonders brüskes Vorgehen vor sich gegangen sei. Das Membrum sei ebenfalls nicht von besonderer Dicke gewesen. Sofort nach dem Koitus trat eine Blutung auf. Die Pat. kam nach 12 Stunden in recht ausgeblutetem Zustande zur Aufnahme. Es fand sich ein großer, quere Riß im hinteren Scheidengewölbe, etwa 6 cm lang, aus dem es stark blutete. Spritzende Gefäße waren nicht zu sehen. Darm und Douglas waren intakt. In Narkose wurde der Riß durch Knopfnähte exakt primär vernäht. Scheidentamponade. Wegen der bedrohlichen Anämie mußte Kampfer und Cardiazol gegeben werden. Die Pat. erholte sich aber bald, die Tamponade wurde nach 3 Tagen entfernt, es blutete nicht mehr nach. Glatte Heilung, Entlassung am 9. Tag. Die Periode trat 4 Wochen nach der Verletzung wieder auf, schwach, 2 Tage lang. In der Nachbehandlung wurde eine granulierende Stelle noch einige Male geätzt. Folgerscheinungen traten keine auf. Eine Nachuntersuchung nach 1½ Jahren ergab einen kleinen, anteflektierten Uterus mit glatter, kurzer, zapfenförmiger Portio. Im hinteren Scheidengewölbe, mehr nach rechts, war eine quere glatte Narbe zu fühlen. Scheide und Vulva waren eng, es bestand deutlicher Muldendamm, also Zeichen einer gewissen Hypoplasie.