

Berichte und Referate.

I.

(Aus der K. K. Hebammenlehranstalt in Wien.)

Ueber künstliche Sterilisirung des Weibes.

Von

Dr. HUGO HÜBL.

Die theoretisch denkbaren Methoden, um ein Weib unfruchtbar zu machen, sind fast alle practisch versucht worden.

Ich will diese Methoden in zwei getrennten Gruppen besprechen und rechne in die erste Gruppe jene Methoden, bei welchen aus dem weiblichen Genitale ein integrierender Bestandtheil eliminirt wird. Das Fehlen dieses Theiles macht die Frau unfruchtbar. Es wurden zu diesem Zwecke entweder die Ovarien allein entfernt, oder man exstirpirte den Uterus, oder endlich man nahm beides zusammen heraus. Es sei mir gestattet, alle diese Operationen unter dem gemeinschaftlichen Namen „Castration“¹⁾ zusammenzufassen, damit die Operationsmethoden der I. Gruppe auch durch die Bezeichnung von jenen der II. Gruppe verschieden seien.

In die zweite Gruppe zähle ich jene Methoden, durch welche eine Frau ohne die Entfernung eines integrierenden Genitalbestandtheiles unfruchtbar gemacht wird. Diesen Vorgang nennt man „Sterilisation“, welche Bezeichnung nur für die Methoden der II. Gruppe gebraucht werden wird.

Um eine Frau künstlich unfruchtbar zu machen, ist es heute noch fast allgemein üblich, an derselben die Castration im oben angegebenen Sinne auszuführen.

Zu diesem Zwecke wird erstens der Uterus allein entfernt. Es wird z. B. gelegentlich einer wiederholten Sectio caesarea nur aus dem Grunde, die Frau vor weiteren Schwangerschaften zu bewahren, der Uterus amputirt oder total exstirpirt.

Wenngleich eine Uterusamputation mit irgend einer Stielversorgung oder eine Totalexstirpation dem geübten Operateur an der Klinik als eine wenig gefährliche Operation erscheint, so ist doch jede Sterilisationsmethode ungleich weniger eingreifend. Freilich muss die Sterilisationsmethode sicher sein. Darüber wird später gesprochen werden.

¹⁾ „Castratio“ wird abgeleitet von castus, keusch, oder von castra = castrum, *ξέστρον*, Schneidemesser. Es ist also durch das Wort castratio nicht ausgedrückt, dass darunter nur die operative Entfernung der Geschlechtsdrüsen verstanden werden kann. Französische Autoren (Péan) nennen die Exstirpation des Uterus castration utérine.

Man hat ferner gesagt: Wozu braucht die Frau einen Uterus, wenn sie nicht mehr schwanger werden soll?

Die Gebärmutter hat aber noch andere Functionen, als die, eine Frucht zu tragen.

Wir wissen heute noch nicht genau, welchen Einfluss die Entfernung der Gebärmutter auf das übrige Genitale und auf das Allgemeinbefinden der Frau ausübt. Sicher aber ist, dass sich auch bei solchen Frauen, bei welchen nur die Gebärmutter entfernt wurde, nicht selten jene bekannten Zustände einstellen können, wie bei Frauen, welche die Eierstöcke verloren haben.

Es vertreten ferner auch mehrere Autoren, namentlich Baer, die Meinung, dass bei Totalexstirpationen das Scheidengewölbe durch Fortnahme des Schlussteines geschädigt werde und eine Disposition zum Prolaps gegeben würde. Allerdings sprechen gegen diese Ansicht die diesbezüglichen klinischen Erfahrungen. Und schliesslich hebt Chrobak hervor, was später auch Johannovsky beobachtet hat, dass sich nach Totalexstirpationen leicht Störungen der Blasenfunction einstellen.

Ich würde demnach glauben, dass wir heute eine gesunde Gebärmutter nicht mehr entfernen dürfen, wenn nur die Absicht besteht, die Frau unfruchtbar zu machen. Die Uterusexstirpation ist nur indicirt, wenn die Gebärmutter krank ist.

Hierher gehören natürlich auch jene Fälle, in welchen eine Infection des Uterus stattgefunden hat.

Wenn z. B. bei Ausführung eines Kaiserschnittes die Indication zur gleichzeitigen Sterilisirung besteht, kann die später zu besprechende Sterilisationsmethode nur dann ausgeführt werden, wenn der Fall rein ist. Ist die Frau als inficirt anzusehen, muss die Gebärmutter entfernt werden. Dann aber ist nach unseren Erfahrungen die Porrooperation mit extraperitonealer Stielversorgung am Platze.

Ich will auf diese Frage hier nicht näher eingehen und verweise nur auf die Arbeit aus unserer Klinik von Richard von Braun-Fernwald: „Ueber die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sectiones caesareae“.

Ferner wurden zum Zwecke, um eine Frau unfruchtbar zu machen, die Ovarien exstirpirt.

Die grosse Bedeutung des Erhaltens der Eierstöcke für das Allgemeinbefinden der Operirten ist bekannt.

Der Werth der Ovarien für das übrige Genitale wurde in letzterer Zeit sehr ausführlich von Jos. Halban in seiner Arbeit „Ueber den Einfluss der Ovarien auf die Entwicklung des Genitales“ besprochen. Er hat durch seine interessanten Versuche im positiven Sinne bestätigt, dass das Ovarium das trophische Centrum des übrigen Genitales ist. Seine Untersuchungen zeigten, dass sich der Einfluss der Ovarien nicht nur auf den Uterus bezieht, sondern dass auch die Vagina, das äussere Genitale und die Brustdrüsen in ihrer Entwicklung aufgehalten werden, wenn die Castration ausgeführt wird.

Ferner hat Gottschalk in seiner ausführlichen Arbeit „Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter“ gezeigt, wie die Gebärmutter ohne die Eierstöcke atrophirt, und hat auch über einen Fall berichtet,

in welchem ein solcher atrophirender Uterus so bedeutende Beschwerden machte, dass er später total exstirpirt werden musste.

Trotz dieser Erfahrungen werden heute noch öfter gesunde Ovarieen entfernt, nur zu dem Zwecke, die Frau vor weiteren Schwangerschaften zu bewahren. Diese Methode sollte wohl nicht mehr ausgeführt werden.

Wenn aber beide Eierstöcke aus einem anderen Grunde herausgenommen werden müssten, dann wäre, dem Rathe Gottschalk's folgend, zu überlegen, ob man den Uterus nicht mit exstirpieren soll.

Gegen die Entfernung der Eierstöcke, um eine Frau unfruchtbar zu machen, ist noch Folgendes in Erwägung zu ziehen.

Pfister schreibt in seiner ausführlichen Arbeit „Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus“ auch über die Wirkung der Castration auf das Geschlechtsleben und bringt hier Erfahrungen über 99 beobachtete Fälle.

Ueber dieses Capitel Genaues zu berichten, ist mit Rücksicht auf die Delicatesse der Materie sehr schwer.

Die Ansicht der Gynaekologen geht hier deshalb sehr auseinander. Hegar sagt z. B., „der Geschlechtstrieb bleibt nach der Castration häufig erhalten“; Tissier: „am häufigsten bleibt die Sache beim alten“; Lawson Tait: „in den meisten Fällen wird der Geschlechtstrieb auffallend gesteigert“; Fehling: „der Geschlechtstrieb wird zum Theil abgeschwächt, zum Theil wird er erhalten“; Péan: „die Frauen behalten das gleiche Verlangen und die gleiche Empfindung“. Chrobak schreibt in seinen Ausführungen „Ueber Sterilität“, es entspräche normalen Sexualorganen auch eine normale Sexualempfindung. Pfister kommt zu dem Schlusse, dass bei Ledigen resp. Jungfrauen durch die Castration der Trieb vollständig verloren geht. Bei den übrigen Frauen, bei denen die Psyche bereits bleibende geschlechtliche Eindrücke erhalten hat, bei welchen also eine Libido centralis fortbesteht, kann der Geschlechtstrieb auch nach der Castration bleiben. Für den Ausfall der Libido sexualis, welche durch die Entfernung der Eierstöcke verloren gegangen ist, kommt nun die Libido centralis auf. So erklärt Pfister, dass bei vielen verheiratheten Frauen der Geschlechtstrieb, allerdings häufig geschwächt, nach der Castration weiter besteht.

Durch diese Erwägungen wird der Arzt gewiss nicht im geringsten beunruhigt werden, wenn er die kranken Eierstöcke entfernen soll. Wenn er aber eine Frau auch ohne die Entfernung der gesunden Ovarien sicher sterilisiren kann, dann wird man auch in dieser Erwägung die Eierstöcke belassen.

Es mögen also die Castrationsmethoden im oben angedeuteten Sinne, die Entfernung des Uterus oder die Exstirpation der Ovarien sammt der Gebärmutter, für gewöhnlich nur dann ausgeführt werden, wenn die Exstirpation dieser Organe durch deren Krankheit indicirt ist.

Ich komme hier auf die Operationsmethode bei Osteomalacie zu sprechen. Es besteht heute fast allgemein die Regel, bei dieser Krankheit nach dem Kaiserschnitt Uterus und Ovarien zu entfernen. Früher hat man den Uterusstumpf extraperitoneal versorgt, dann wurde an vielen Kliniken die im Jahre 1891 von Chrobak angegebene retro-

peritoneale Stielversorgung gemacht, und jetzt wird häufig die Total-exstirpation ausgeführt. Schauta hat schon am 23. Februar 1895 bei einer Osteomalacie an die Sectio caesarea die abdominelle Total-exstirpation angeschlossen, und hat in der Sitzung der geburtshülfigynaekologischen Gesellschaft in Wien am 26. März 1895 die Vortheile dieser Operationsmethode gegenüber der Porrooperation hervorgehoben.

Der Heilwerth der Castration bei Osteomalacie wurde in folgende drei Punkte verlegt:

1. In die Sterilisation der Frau.
2. In den Eintritt der vorzeitigen Klimax.
3. In den Eintritt der Ausfallserscheinungen, welchen die Entfernung spezifischer Drüsen für die Oekonomie des Körpers bewirkt.

Auf den zweiten Punkt legt namentlich Löhlein Werth, für ihn ist das Wegfallen der menstruellen und praemenstruellen Fluxion von Bedeutung.

Fehling wiederum bezieht die Heilwirkung auf die blosse Entfernung der Ovarien, weil er im Vorhandensein der Eierstöcke und in der erhöhten Thätigkeit derselben einen trophoneurotischen Reiz für das Knochensystem erblickt.

Allgemein ist bekannt, dass eine osteomalacische Frau nicht mehr schwanger werden soll, und so beziehen viele Autoren den Heilwerth der Castration darauf, dass die Kranke steril gemacht werde.

Frey meint, dass alle drei Factoren gemeinsam wirken. Derselbe Autor bespricht an der Hand von 41 Fällen den Einfluss der Castration auf die Osteomalacie.

Heute muss dieser Einfluss allgemein als ein guter bezeichnet werden. Es ist aber die Frage, ob nicht eine Sterilisationsmethode zu demselben Resultate führen würde, indem es keinesfalls sicher ist, dass gerade die Entfernung der Ovarien den Process günstig beeinflusst. — Es sind viele Fälle bekannt, bei welchen der Zustand der Osteomalacischen sich auch bei erhaltenen Ovarien bedeutend besserte, wenn die Frau nicht schwanger wurde. In dieser Beziehung scheint mir folgender Fall besonders instructiv:

Am 7. September 1900 (Prot. No. 2236 ex 1900) kam die 29 jährige Dienersgattin J. B. zum fünften Male schwanger mit hochgradiger Osteomalacie an die Klinik.

Ich kannte die Frau seit dem 24. August 1898; damals (Prot. No. 2266 ex 1898) wurde sie mit dem dritten Kinde in der Klinik entbunden; es zeigten sich die Erscheinungen einer beginnenden Osteomalacie. — In der Geburtsgeschichte steht namentlich eine bedeutende Schmerzhaftigkeit beim Auseinanderspreizen der Schenkel notirt, während die Knochen nur sehr wenig auf Druck schmerzten. Das an und für sich rachitische Becken war durch die neue Knochenerkrankung noch kaum verändert, das Kreuzbein flach, der Beckenausgang weit. Als Beckenmaasse sind verzeichnet: D. Sp. $24\frac{1}{2}$, D. Cr. 27, T. 30, C. ex 18, Cd. $10\frac{1}{2}$, Cv. 9. Es wurde wegen Wehenschwäche bei verstrichenem Muttermund ein 3900 Gramm schweres, lebendes Kind mit der soliden langen Schulzange entwickelt. — Das Wochenbett verlief regelmässig. Die Frau fühlte sich gesund und war ohne Schmerzen bis zur nächsten Schwangerschaft.

Im Februar 1899 verschlimmerte sich der Zustand der Kranken. Sie war von neuem schwanger geworden, und als sie am 20. September 1899

(Prot. No. 2353 ex 1899) an die Klinik zur Entbindung kam, konnte sie nur mühselig auf Krücken gehen. Die Frau litt sehr grosse Schmerzen. Das Becken war bedeutend enger geworden. Als Maasse sind folgende Zahlen notirt: D. Sp. $22\frac{1}{2}$, D. Cr. 27, Tr. 29, C. ex 18, Cd. $9\frac{1}{2}$, Cv. 8, transv. des Ausganges $6\frac{1}{2}$ cm. Wir schlugen der Kranken die Porrooperation vor, doch war sie zu derselben nicht zu bewegen. Sie willigte unter gar keiner Bedingung in diese Operation. So musste die Craniotomie gemacht werden; das enthirnte Kind wog 2500 Gramm. Die Osteomalacie machte so bedeutende Beschwerden, dass wir die Castration für dringend indicirt hielten. Wir wollten diese Operation nach der Entbindung per vaginam ausführen, doch war es ganz und gar unmöglich, die Einwilligung dieser Frau zu erhalten. Ich habe noch keine Kranke gesehen, welche sich mit solcher Hartnäckigkeit den ärztlichen Vorschlägen widersetzt hätte. Sobald man ihr von einer Operation sprach, drohte sie mit der Anzeige, wenn man ohne ihre Einwilligung operiren würde. So wurde die Castration nicht ausgeführt. Wir verordneten der Kranken Phosphor, ich glaube aber, dass diese Frau bei ihrer grossen Abneigung gegen Aerzte und Arzneien das Medikament nicht genommen hat. Jedenfalls konnte die Kranke im Januar 1900 ohne Krücken gehen, und die Schmerzen hatten vollständig nachgelassen.

Wir waren selbstverständlich darauf bedacht, dass weitere Schwangerschaften vermieden würden, und wir gaben der Frau Schutzmassregeln.

Doch die Kranke kümmerte sich nicht darum, und so kam sie am 7. September 1900 abermals schwanger an die Klinik. Die Frau litt schwer. Das Becken war noch etwas enger geworden, namentlich war das Kreuzbein im unteren Theil nach vorn scharf abgeknickt. Die Kranke verweigerte abermals unter allen Umständen eine Porrooperation. Es wurde die Frühgeburt eingeleitet und nach Wendung eine 1800 g schwere Frucht todt zur Welt gebracht. — Für weitere ärztliche Massnahmen hat die Frau auch jetzt taube Ohren.

Ihr Zustand aber hat sich trotz der vorhandenen Ovarien wieder ganz bedeutend gebessert.

Ferner muss ich hier folgenden Fall erzählen:

Am 15. Februar 1901 wurde sub Prot. No. 431 ex 1901 die 36jährige III. geschwangerte N. im 7. Monate der Gravidität mit einem hochgradig, typisch osteomalacisch veränderten Becken an die Klinik aufgenommen. Die äusseren Beckenmaasse betrugen: D. Sp. 22, D. Cr. 27, D. Tr. 30, Cex. $17\frac{1}{2}$. Bei der inneren Untersuchung fand man den Schambogen schmal, die Transversa des Ausganges war $6\frac{1}{2}$ cm. Die Pfannenflächen waren hereingedrückt, rechts mehr als links. Der Vorberg sprang vor, die Conjugata vera betrug 8 cm. Das Kreuzbein war in seinem unteren Theil stark nach vorne abgeknickt. Der Beckeneingang spitzherzförmig, die rechte Mikro-chorde auf 4 cm, die linke auf 3 cm geschätzt. Ein Symphysenschnabel war deutlich zu tasten.

Anamnestisch konnten wir erfahren, dass die Kranke im Jahre 1891 und 1892 lebende Kinder geboren hatte. Seit dieser Geburt bestand ihre Knochenkrankheit, die Patientin hatte schwer zu leiden. Die Behandlung bestand in regelmässigem Einnehmen von Phosphorleberthran. Nach mehreren Jahren wurde die Kranke vollkommen gesund und hatte namentlich gar keine Knochenschmerzen.

Bei der Aufnahme in die Klinik fanden wir trotz der 7 monatlichen Gravidität die Knochen kaum schmerzhaft. Sehr auffallend war die bedeutend verminderte Spreitzbreite der Beine.

Die Schwangerschaft wurde dem dringenden Wunsche der Frau entsprechend vorzeitig unterbrochen.

Diese schwere Osteomalacie war trotz der vorhandenen Ovarien vollkommen ausgeheilt. Allerdings war die Frau seit dem Jahre 1892 nicht schwanger geworden.

Nach diesen Erwägungen wäre das Belassen der Ovarien für die osteomalacischen Frauen kein Nachtheil.

Es erscheint die Meinung berechtigt zu sein, dass der Heilwerth der jetzt fast ausschliesslich geübten Porrooperation oder Total-exstirpation bei Osteomalacie in der Sterilisation liege.

Wenn es aber nur auf die Sterilisation ankommt, dann liegt der Gedanke nahe, dass hier Porrooperation oder Totalexstirpation durch eine technisch viel einfachere Sterilisationsmethode zu ersetzen sei.

Die Operationsmethoden bei Osteomalacie zu vereinfachen, wurde schon durch den Vorschlag angeregt, bei Knochenerweichung nur die Ovarien zu exstirpiren und den Uterus zu belassen. Diesen Rath ertheilte Löhlein schon im Jahre 1890, und Zweifel empfiehlt diese Operationsmethode bei sonst gesundem Uterus im Centralblatt für Gynaekologie, 1890, No. 2.

Im Jahrgange 1892 desselben Blattes, No. 38, theilt Solowij einen Fall von Osteomalacie mit, in welchem er bei Erhaltung der Gebärmutter nur die Ovarien exstirpirt hat, und schreibt dazu: „Da wir nun nach so vielen günstigen Erfolgen der Castration bei nicht schwangeren Osteomalacischen wissen, dass lediglich die Entfernung der Eierstöcke und nicht der Gebärmutter das Wirksame ist, kann ich nicht dem allgemein geltenden Grundsatz der Aufstellung der Osteomalacie als Indication für Porrooperation beipflichten.“

Czyzewicz beschreibt einen von ihm im Jahre 1891 operirten Fall von Sectio caesarea conservativa bei Knochenerweichung, in welchem nur die Eierstöcke entfernt wurden. Ferner tritt Velits für diese Operationsmethode ein, und schliesslich empfiehlt Solowij im Centralblatte für Gynaekologie 1898, No. 25 bei Osteomalacie abermals „den erhaltenden Kaiserschnitt mit Castration“.

Diese Operationsmethode möchte ich aus den oben angeführten Gründen nicht ausführen. Wenn man die Eierstöcke exstirpirt, dann soll der Uterus auch herausgenommen werden (Gottschalk).

Ich möchte aber den Versuch machen, bei einer Osteomalacischen gelegentlich der Sectio caesarea nur eine Sterilisationsmethode auszuführen, damit die Frau nicht wieder schwanger werde.

Diese Operationsmethode wäre viel einfacher, als die bis jetzt geübten; und vielleicht geht es den auf diese Weise operirten osteomalacischen Frauen ebenso gut, als jenen, welche zum Zwecke der Sterilisirung castrirt wurden.

Es fehlt über diesen Gegenstand jede Erfahrung, bekannt ist ja nur der Umstand, dass die Osteomalacie sich bessert, wenn die Kranke nicht wieder schwanger wird.

Es ergab sich uns noch nicht Gelegenheit, in dieser Weise zu operiren.

Ich möchte hier noch den Fall kurz erwähnen, welchen ich in der „Wiener klinischen Wochenschrift“, Jahrgang 1899, No. 34, beschrieb.

Es handelte sich damals um eine seit 4 Jahren dauernde schwere Osteomalacie. Der Zustand der Xgeschwängerten war ein sehr schlechter. Es bestanden Blutungen aus dem Genitale, welche nur wenig Hoffnung zuließen, dass die Kranke ihre Frucht austragen würde. Indem die Frau durch diese Blutungen immer mehr geschwächt wurde und die Knochenschmerzen von Tag zu Tag zunahmen, so entschlossen wir uns, die Schwangerschaft zu unterbrechen, um so mehr, als die Frau lebende Kinder hatte. Nach der erfolgten Frühgeburt sollte die Castration per vaginam gemacht werden. Es war während des artificiellen Partus praematurus eine Uterusruptur eingetreten, und so führte ich die Totalexstirpation per vaginam bei dem sehr verengten Becken mit einer Transversa des Ausganges von 6 cm aus, welche Operation sehr leicht gelang.

Wir würden glauben, dass in manchen Fällen von Osteomalacie ein ähnliches Vorgehen angezeigt sei.

Das Warten bis zum Ende der Schwangerschaft schadet der Mutter, die Osteomalacie schreitet von Tag zu Tag fort; der Arzt ist hier berechtigt, das Leben des Kindes in zweite Linie zu stellen, umso mehr, wenn die Mutter lebende Kinder besitzt.

Die Castration per vaginam unmittelbar nach der Geburt gelingt, wie wir uns in dem beschriebenen Falle überzeugen konnten, trotz des engen Beckens überraschend leicht. Natürlich wäre die Totalexstirpation auszuführen. Eine andere Methode, um die Frau zu sterilisieren, wäre bei einem so verengten Becken per vaginam technisch nicht möglich.

Allerdings ist in solchen Fällen die grosse Zerbrechlichkeit der osteomalacischen Beckenknochen nicht ausser Acht zu lassen. Wir besitzen in unserem Museum zwei osteomalacische Becken, an denen bei schweren vaginalen Entbindungen die Schambeine mehrfach zerbrochen wurden. Ein erfahrener Arzt wird leicht entscheiden können, ob ein bestimmter Fall von Osteomalacie noch für die vaginale Behandlung geeignet ist, oder ob die Sectio caesarea gemacht werden soll.

Es würde sich demnach für manche Fälle von Osteomalacie empfehlen, die Schwangerschaft vorzeitig zu unterbrechen und dann die Totalexstirpation per vaginam auszuführen.

Auf diese Weise wird der Kranken die Laparotomie erspart. Auf diesen grossen Vorthail brauche ich nicht näher einzugehen.

Ich komme nun an zweiter Stelle auf die Sterilisation im eingangs angegebenen Sinne zu sprechen.

Man definirt „Sterilisation“ in folgender Weise:

Eine Frau ist dann künstlich sterilisirt, wenn man den eindringenden zeugungsfähigen Spermatozoen den Weg vom Scheideneingang bis zu den Ovarien an irgend einer Stelle abschneidet.

Es wird von manchen Seiten einer Ehefrau, welche aus Gesundheitsrücksichten nicht wieder schwanger werden soll, kurzweg Enthaltensamkeit empfohlen. Ein solcher Rath wird vielleicht in sehr seltenen Fällen durchführbar sein.

Chrobak schreibt: „Häufig hängt das Glück und bei manchen Confessionen auch der Fortbestand der Ehe von der Möglichkeit des sexuellen Verkehrs ab.“

Die Unverlässlichkeit, und die verschiedenen Schädlichkeiten des Coitus interruptus, der einzelnen samentötenden Mittel und der Irrigationen post coitum sind von den Aerzten allgemein gekannt.

Ein vom Manne anzuwendendes Praeservativ wird dann einen hohen Grad von Verlässlichkeit besitzen, wenn es aus gutem Material hergestellt ist und in zweckinässiger Weise benutzt wird. Doch schützen die aus thierischen Membranen hergestellten Praeservativs nicht vor Conception, weil Lott nachgewiesen hat, dass durch diese ein Durchwandern der Spermatozoen stattfinden kann.

L. Piskaček hat in seiner Praxis zwei sicher gestellte Fälle beobachtet, in denen durch unreine Praeservativs „Soor“ in die Scheide übertragen wurde. — Es wäre deshalb auf die entsprechende Reinigung der zu verwendenden Praeservativs strenge zu achten¹⁾.

Dann werden noch verschiedene Occlusivvorrichtungen zur künstlichen Sterilisation empfohlen.

Von den Wattekugeln und Schwämmchen ist man zu den Verschlussringen gekommen.

Die vielen Neuerungen verfolgen wohl meist den Zweck, den Verschluss zu einem möglichst sichern zu machen. Dass dieser niemals absolut sicher sein wird, ist selbstverständlich. Die Occlusion des Genitalweges unterhalb der Gebärmutterhöhle — darum handelt es sich bei diesen Vorrichtungen — kann natürlich nur provisorisch sein. Der Verschluss muss wieder entfernt werden können. Daran scheitert wieder die Möglichkeit, dass sich hier jemals eine für alle Fälle absolut sichere Occlusion herbeiführen liesse.

Wenn aber ein Occlusivring die für derartige Vorrichtungen überhaupt mögliche Garantie auf Verlässlichkeit bieten soll, dann müsste das Pessar von fachkundiger Hand in jedem einzelnen Falle eigens angepasst und eingelegt sein.

Ich spreche hier natürlich nur von solchen Fällen, in welchen die möglichste Vermeidung weiterer Schwangerschaften vom wissenschaftlichen Standpunkte strengstens indicirt ist.

Wenn z. B. eine Frau mit einer Lageveränderung der Gebärmutter oft durch Jahre hindurch alle vier Wochen zum Arzt oder auf die Klinik geht, um sich dort den Ring wechseln zu lassen, dann erscheint es auch gerechtfertigt, dass Frauen, deren Gesundheit durch neuerliche Graviditäten arg geschädigt werden könnte, aus diesem Grunde in gewissen Zeitabschnitten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Ferner sind unter dem Namen Matrisalus- und Bimatrixalus-Pessar Vorrichtungen in den Handel gekommen, bei welchen ein Occlusivring mit einem samentötenden Mittel in Verbindung gebracht ist. Eine derartige Verbindung würde die relative Sicherheit und Brauchbarkeit der Occlusivpessare erhöhen, wenn ein solches Mittel mit allen durch das Pessar nicht zurückgehaltenen Samenfäden in Berührung

¹⁾ Der Vollständigkeit halber zähle ich hier die innerlichen Mittel auf, welche erfahrungsgemäss die Conceptionsfähigkeit herabsetzen. Hierher gehören Jod, Quecksilber und besonders das Morphinum. — Es ist selbstverständlich, dass niemand derartige Mittel für die hier zu besprechenden Zwecke anwenden wird.

kommen könnte und das Medicament die Genitalschleimhaut nicht schädigen würde.

Es wird aber den Verschlussringen der Vorwurf der Unsauberkeit gemacht.

In diesem Sinne schreibt Kehrler im Centralblatt für Gynaekologie 1897 No. 31: „Ein passendes und richtig eingeführtes Pessarium occlusivum ist wohl ein relativ gutes Schutzmittel, hat aber, länger getragen, den Nachtheil grosser Unsauberkeit.“

Diesem Vorwurfe stimmen wir bei; es dürfte sich aber durch folgendes viel erreichen lassen.

Eine Frau soll zwei Pessarien zur Verfügung haben und eines mit dem anderen abwechselnd tragen. Das herausgenommene Pessar wird gründlich gereinigt und bis zum nächsten Einlegen in einer Desinfectionsflüssigkeit aufbewahrt. Wie oft das Pessar gewechselt werden soll, wird von der Empfindlichkeit der Genitalschleimhaut und von dem Grade der normalen Secretion aus dem Uterus abhängig sein. Während der Periode muss der Verschlussring entfernt werden. Die von uns beobachteten Frauen haben sich vor dem Eintritt der Regel ihre Pessarien gewöhnlich selbst entfernt und sind nach der Menstruation zum Einlegen der Ringe gekommen. Mit aller Strenge ist dafür zu sorgen, dass sich die Frau täglich eine Scheidenspülung mit einem Desinficiens mache. Wir liessen diese Spülungen im Liegen ausführen, damit die Spülflüssigkeit möglichst ins hintere Scheidengewölbe eindringen kann.

Wenn die Frauen diese Vorschriften gewissenhaft befolgen, dann dürften viele ein Occlusivpessar durch längere Zeit ohne Schaden für ihre Gesundheit tragen können.

Manche Fälle werden sich allerdings für das Tragen von Occlusivpessarien nicht eignen; es wird Sache des Arztes sein, zu bestimmen, ob und wie lange das Occlusivpessar getragen werden kann. Dann könnte wohl der Arzt nur den Rath ertheilen, dass männliche Praeservative zu verwenden wären, denn die anderen gebräuchlichen Mittel haben nur ganz geringen Anspruch auf Verlässlichkeit.

Ich mache seit zwei Jahren über die unsere Ambulanz besuchenden Frauen, welche wegen Lageveränderungen der Gebärmutter gewöhnliche Pessarien tragen und zum Ringwechsel an die Klinik kommen, genaue Aufzeichnungen, ob sie die Reinigung des Genitales ordentlich durchführen, wie oft sie die Ringe wechseln lassen, ob Reizungszustände der Genitalschleimhaut, namentlich Fluor auftreten; und ich habe diese Frauen auch darüber befragt, ob der Ring beim Ausführen des Coitus hinderlich sei.

Ferner sei hier erwähnt, dass heute noch häufig zur Verhütung der Conception den Frauen Rathschläge ertheilt werden, welche von der Annahme ausgehen, dass nur alle vier Wochen und zwar um die Zeit der Menstruation ein Graaf'scher Follikel platzt und ein befruchtungsfähiges Ei liefert. Aus diesem Grunde sollte ein Coitus zwei Wochen nach der Menstruation am wenigsten Aussicht auf Schwängerung haben. Doch verliert diese Annahme immer mehr den Boden. Schauta schreibt: „Nimmt man aber den anatomischen Thatsachen entsprechend an, dass befruchtungsfähige Eier jederzeit vom Ovarium geliefert werden können, so

braucht man nicht zur willkürlichen Annahme einer längeren individuellen Lebensfähigkeit von Ei und Samenfäden zu greifen, sondern wird es begreiflich finden, dass von dem Zeitpunkt des Eintretens der Spermatozoen bis zu dem Zeitpunkte des Zusammentreffens derselben mit einem Ei in der Regel ein weit kürzerer Zeitraum erforderlich ist, als nach den früheren Anschauungen angenommen werden musste.“

Durch diese Erkundigungen habe ich erfahren, dass auch die eine klinische Ambulanz besuchenden Frauen, welche doch meistens ihren Lebensunterhalt durch schwere Arbeit verdienen und für ihre Körperpflege nur wenig Zeit haben, die Reinhaltung ihres Genitales für gewöhnlich so durchführen, dass sie Jahre lang Pessarien ohne jeden Schaden tragen.

Ferner wurde mir verlässlich berichtet, dass ein gut passendes Pessar beim Coitus kaum hinderlich ist. Es haben mir viele Frauen angegeben, dass deren Männer vom Pessarium gar nichts wissen.

Chrobak schreibt: „Die meisten Pessarien stören auch die Cohabitation nicht“.

Ich liess einige gewöhnliche Pessarien mit losen Gummiplatten bespannen und verwendete diese als Occlusivpessarien bei jenen Frauen, welche wegen einer Lageveränderung der Gebärmutter einen Ring tragen mussten und bei welchen gleichzeitig die stricte Indication bestand, sie vor weiteren Schwangerschaften zu bewahren.

Die 35jährige Erstgebärende J. W. wurde am 20. August 1899 (Prot. No. 2081 ex 1899) fiebernd an die Klinik überbracht. Die schlecht genährte elend aussehende Frau hatte ein rachitisch plattes Becken mit einer C. v. von $9\frac{1}{2}$ cm. Die Frucht in II. Hinterhauptslage war über 4000 g schwer. An der Klinik wurden wegen Fieber und Erschöpfung der Mutter nach 48stündiger Geburtsdauer, 24 Stunden nach dem Blasensprunge bei 6 cm weitem Muttermund und bei mit der Kopfgeschwulst im Beckeneingang fixirtem Schädel 3fache Hysterostomatomien ausgeführt und die Extraction der noch lebenden Frucht mit der langen Schulzange versucht. Der Versuch führte nicht zum Ziele, und es wurde die Craniotomie mit der Naegele-Scheere und dem Braun'schen Cranioclasten gemacht. Das enthirnte Kind wog 3700 g. In der Scheide war eine Platzwunde entstanden, welche bis ins linke Parametrium reichte und welche tamponirt wurde. Die Frau verliess 14 Tage später nach dieser schweren Entbindung sehr entkräftet das Spital. Ich sah sie nach 10 Wochen wieder. Sie klagte über heftige Schmerzen im Unterleib, namentlich über starke Kreuzschmerzen. Es bestand eine Retroversio uteri mobilis. Ausserdem hatte die Frau einen Lungenspitzenkatarrh. Die herabgekommene Kranke — sie war im zweiten Jahre verheirathet — hatte grosse Angst vor einer neuerlichen Schwangerschaft und bat um ein Mittel, diese möglichst zu verhüten, „weil sie eine abermalige Schwangerschaft bei ihrem jetzigen Kräftezustande gewiss nicht aushalten würde“. Nachdem von ärztlicher Seite feststand, dass eine baldige Schwängerung, namentlich in Anbetracht der bestehenden Tuberculose, für die Frau sehr nachtheilig wäre, und weil die Retroversio uteri behoben werden musste, wurde die Gebärmutter aufgerichtet und ein mit einer Gummiplatte bespanntes Pessar eingelegt. Der Uterus blieb durch den Ring in der regelmässigen Lage, und die Kreuzschmerzen sistirten. Der Ringwechsel und die Reinigung wurden in der oben beschriebenen Weise durchgeführt. Ich fand den Uterus jedesmal regelmässig gelagert; die Frau klagte nie über Schmerzen im Bauche oder im Kreuze.

Der Ring war beim Coitus nicht hinderlich, der Mann wusste nicht, dass die Frau einen Ring trage. Ebenso hat sich kein nachtheiliger Einfluss auf die Genitalschleimhaut ergeben. Eine Schwangerschaft ist bis heute nicht eingetreten.

Eine zweite Frau, D. M., kam am 15. October 1898 zur Beobachtung. Die 29jährige, sehr schlecht aussehende Kranke klagte über Kreuzschmerzen und Ziehen zu beiden Seiten der Gebärmutter und erzählte, dass sie seit dem Jahre 1891 sechs lebende Kinder geboren und einmal abortirt habe. Dieser Abortus hätte vor 3 Monaten stattgefunden, und die Kranke könne sich seit dieser Zeit nicht erholen. Die Untersuchung ergab einen Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand, Retroversio uteri mobilis, und ferner bestand eine beiderseitige Lungenspitzeninfiltration. Der Uterus wurde aufgerichtet und ein ähnlicher Ring eingelegt, wie bei der ersten Patientin. Diese Frau wird seither regelmässig beobachtet, und es ergeben sich auch hier dieselben Erfahrungen, wie im ersten Falle.

Ueber die Form der eingelegten Ringe möchte ich noch bemerken, dass längsovale Ringe verwendet werden, welche der Fläche nach, hinten und vorne nach oben, gekrümmt sind. Die hintere Krümmung ist breiter als die vordere. Ich stelle mir diese Ringe so her, dass ich an einem gewöhnlichen Hodge-Pessar die vordere, nach unten sehende Krümmung nach oben umbiege. Die Gummiplatte ist nicht gespannt, sondern lose in den Ring eingefügt. Diese Form hat den gewünschten Zwecken am besten entsprochen.

G. Braun hat schon vor 30 Jahren runde, mit Gummiplatten bespannte Ringe zum Zwecke der Sterilisation verwendet und hatte keine gesundheitsschädlichen Nachtheile beobachtet. Allerdings kam trotz der Ringe hin und wieder Schwängerung vor.

(Fortsetzung folgt.)

II.

Aus der französischen Litteratur im letzten Quartal 1901.

Von

Dr. LECÈNE-Paris.

Dr. A. Zimmern: Hémorrhagies utérines (Uterus-Blutungen)
— Indication et contreindication de leur traitement par l'électricité. Thèse de Paris 1901.

Nachdem Verf. die Symptome der Uterusblutungen aufgeführt hat, beschreibt er besonders ihre Behandlung. In den Blutungen, welche man in den septischen Retentionen beobachtet, ist natürlich die Ausschabung indicirt. In den durch eine frische Endometritis verursachten Blutungen kann die galvanocaustische Behandlung der Ausschabung vorgezogen werden, weil sie keine allgemeine Narkose und keine Bettruhe verlangt. In den alten Fällen, besonders bei fungösen Endometritiden, soll die Curettage vorgezogen werden. Bei Blutungen des myomatösen