

Nur bei einer einzigen Geburtskomplikation sollte dieses Verfahren unbedingt angewendet werden: das ist die Eklampsie. Die Ätherwirkung, welche durch Morphin und Magnesiumsalze vergrößert wird und welche letztere eben gegen jeden Muskelkrampf mit Erfolg angewendet werden können, wird wahrscheinlich auch auf diese üble Komplikation einen wohlthätigen Einfluß ausüben. Bei unserer hart geplagten und wirklich Hunger leidenden Fabrikarbeiterbevölkerung (Ujpest ist eine Fabrikvorstadt von Budapest) ist die Eklampsie in den letzten Jahren so auffallend selten geworden, daß ich keine Gelegenheit hatte die Methode diesbezüglich zu erproben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die synergetische Methode gegen die Geburtsschmerzen warm empfohlen werden kann. Sie muß aber, wie jeder andere Eingriff oder jede Medikation, nach gründlicher Erwägung der Vor- und Nachteile strikt indiziert sein. Erfolg wird nur jener damit ernten, der den Beginn des Verfahrens auf das Geburtsende berechnet, pünktlich einstellt. Hier muß aber die Medikation in der Wahl des Zeitpunktes und auch in der Wahl der Menge des zu verabreichenden Äthers individualisierend verfahren.

Wann beginnt die Schwangerschaft¹?

Von

Dr. William Reni in Harbin (China),

I. Municipal Hospital.

Es gibt zwei Anschauungen über die Befruchtung des menschlichen Eies: nach der einen wird das Ei der letzten stattgehabten Menstruation befruchtet, nach der anderen das Ei der erstausgebliebenen Menses. Meines Wissens ist diese Frage noch nicht gelöst.

Ich habe Gelegenheit gehabt, Beobachtungen zu machen, welche für die erste Anschauung sprechen. Das Schwangerwerden habe ich bei Chinesinnen, Japanerinnen und Europäerinnen verfolgt. Von Zeit zu Zeit bemerkte ich während der Behandlung der Chinesinnen eine anscheinend zufällige, leichte arterielle hyperämische Schwellung der äußeren Geschlechtsteile, welche nach 1—2 Tagen etwas zurückgeht, als ganz geringe Schwellung doch bleibt; die nächstfolgenden Menses treten nicht ein, es beginnt die Schwangerschaft mit all ihren Symptomen. Auf den ersten Blick hin könnte man mutmaßen, daß der Untersuchung ein Koitus vorausgegangen sei, doch ist dem nicht ganz so. Für die Aufklärung dieser Hyperämie ist einige Kenntnis der Rasseeigenheiten der Chinesen erforderlich. Es sei mir im folgenden die Schilderung meiner Beobachtungen gestattet.

Chinesen (in Nordchina) leiden viel an tuberkulösen Mastdarmfisteln, welche häufig ohne irgendwelche andere Erscheinungen verlaufen. Die Art der Krankheit bringt es mit sich, daß man diese Pat. längere Zeit behandeln muß, und daß man dabei unwillkürlich die Genitalien sieht. Die äußeren Geschlechtsteile der Chinesinnen und Japanerinnen haben ein infantiles Aussehen; die großen Schamlippen sind meist schwach entwickelt, die Scheide ist kurz. Ich habe meine diesbezüglichen Beobachtungen hauptsächlich in japanischen und chinesischen Privathospitälern gemacht. Der Pat. nimmt sich ein Zimmer, in welches die eigene

¹ Übersetzung der im „Eesti Arst“, Dorpat, 1923. Nr. 11/12 erschienenen Arbeit: „Millal algat vaskejagus?“

Bedienung, oft auch Frau oder Mann, übersiedeln. Ich besuche sie hier konsultativ. Der Chinese ist ein eigenartiger Pat. Er ist stoisch geduldig, hält wenig von der Medizin, fürchtet aber den gewöhnlich operativen Eingriff nicht; aus seinem intimeren Familienleben macht er kein Hehl. Mir war dieses gerade die Hauptsache. Ich habe meine Pat. auch bei leichten Formen der Tuberkulose auf den Anspruch Auvard's aufmerksam gemacht: Jeune fille pas de mariage, femme pas d'enfants, mère pas d'alleitement; den letzten Satz akzeptiert der kleine Chinese, treu seinen Traditionen, leider nicht. Als ich die ersten Male die leichten Schwellungen der Genitalien bemerkte, fragte ich nach dem Koitus. Er hatte stattgefunden. Ich bat dann die Ehegatten, im laufenden Monat keinen Beischlaf weiter auszuüben, was mir von vielen auch versprochen wurde; und der Chinese hält Wort, auch dieses Versprechen, zumal er kein Erotomane ist. Daher vielleicht auch die infantilen Geschlechtsteile. Dann ließ ich die Frauen doch noch von der persönlichen und Hospitalsbedienung überwachen. Nach dieser Schwellung kamen keine Menses, es trat die Schwangerschaft ein. Nach diesen Erfahrungen fahndete ich nach passenden Paaren und bat sie um einen einmaligen Koitus, was sie auch gern versprachen. Die hyperämische Schwellung trat am 3.—4. Tage nach dem befruchtenden Koitus, allerdings nur bei einem Bruchteil der Beobachteten, auf. Der sehr viel größere Teil zeigte, wie üblich, bis zum Ausbleiben der Menses keine Anzeichen der Schwangerschaft. Ich habe fünf Chinesinnen mit einer arteriellhyperämischen Schwellung der Genitalien am 3. bis 4. Tage nach dem befruchtenden Koitus gesehen, drei in der ersten Woche nach Ablauf der Menses, zwei in der zweiten Woche. Außerdem habe ich eine grazil gebaute Russin, Werra R., mit infantilen Genitalien während der Behandlung einer Oberschenkelverbrennung nach einem einmaligen befruchtenden Koitus beobachten können, bei welcher auch eine arterielle, hellrote, persistierende, leichte Schwellung der Genitalien am 4.—5. Tage auftrat. Sie war gesund, 3 Monate verheiratet, eine Erstgebärende, 24 Jahre alt; der Mann gesund, ohne Gonorrhöe. An welchem Tage des Monats der Koitus gewesen war, ist bei mir nicht notiert. Auch habe ich die genaue Dauer der Schwangerschaften nicht feststellen können.

Die inneren Genitalien im Anfang der Schwangerschaft habe ich bei Laparotomien betrachtet. Es kam mir der hiesige eigenartige Brauch vieler Europäerinnen, sich Jod vor und nach den Menses gegen Konzeption in den Uterus spritzen zu lassen, zustatten. Im Laufe der ersten Tage nach solchen Einspritzungen haben die Tuben ein geschwelltes, ödematöses Aussehen, ich subtrahiere hierbei die physiologische Hyperämie und Exsudation des Peritoneums während der Menses. Diese Schwellung erinnert an die Entzündungen der Tubenwand, wie sie in Europa, z. B. von E. Kratzseisen, B. Thomson und anderen »Zur Pathologie der Tubargravidität« beschrieben sind; ich bitte zu wissen: Jodeinspritzungen werden dabei nicht erwähnt. Auffallend groß ist die Zahl der zu uns ins Hospital zwecks Laparotomie dirigierten Pat., fast ausschließlich Russinnen und Jüdinnen, mit blutender Tubargravidität. Daraufhin habe ich das bei mir vorhandene diesbezügliche statistische Material durchgesehen. In der Vorkriegszeit machten in Petersburg Pat. mit Extrauterinravidität im Durchschnitt in Hospitälern mit einer chirurgischen und gynäkologischen Abteilung 1—2% der Gesamtzahl der Pat. dieser Abteilungen aus, bei uns sind es 2%. Augenscheinlich kommt das vom Jod. Die häufigen Tubenusuren haben unsere Damen veranlaßt, gleich nach den ersten Anzeichen einer Extrauterinravidität die Laparotomie zu wählen, den gewissermaßen zu einer Frühoperation geworden ist. Zwei gravide, nicht geplatze Tuben mit befruchtetem Ei aus den ersten Tagen der nicht eingetroffenen

Menses sind in meinen Besitz gelangt. Der Durchmesser des Eies mit Hüllen ist 1 cm. Dieses spricht dafür, daß das Ei der letzten Menstruation befruchtet worden ist, und nicht das Ei der erstausgebliebenen Menstruation, wie es die zweite Anschauung unter anderem aus embryologischen Erwägungen behauptet; ich glaube, solch einen Riesenwuchs kann die Embryologie sich kaum leisten. Beiläufige bakteriologische Untersuchungen des Cervixsekrets haben uns ergeben, daß die Bakterienflora bald nach dem Eintreten der Schwangerschaft, schon vor dem Ausbleiben der Menses, Mutationen unterliegt. Biologische Untersuchungen im Anfangsstadium der Gravidität habe ich nicht unternommen, denn das Schwangerwerden war eine Nebenbeobachtung bei Tuberkuloseuntersuchungen in meiner Abteilung.

Von den klinischen Beweisen der zweiten Anschauung ist der Vomitus gravidarum, welcher doch fast immer erst nach der ersten ausgebliebenen Menstruation auftritt, sehr schwerwiegend. Doch sprechen große Zahlen für die Befruchtung während der ersten 10 Tage nach der letzten Menstruation; zudem wissen wir nicht, wie lange die Spermatozoen im weiblichen Leibe befruchtungsfähig sind, ob sie das nächste Ei imprägnationspotent abwarten können. Jedenfalls zeigen rassenhygienische Beobachtungen der Hochzeitsbräuche und die Prima nox verschiedener Völker, daß die Schwangerschaft meist aus dem Anfang des Konkubinats stammt; das Ovulum hat offenbar schon keine Möglichkeit spätere »nüchterne« Spermatozoen aufzunehmen.

Das Auftreten des Schwangerschaftserechens erst nach dem Ausbleiben der Menses erkläre ich mir folgendermaßen: Ich betrachte die Zeit von der Befruchtung des Eies bis zum Zeitpunkt der ersten ausgebliebenen Ovulation als eine gewöhnliche Inkubationszeit, würde sie Implantationszeit nennen. Die Inkubation wird ja üblich nicht wahrgenommen und gefühlt, die Infektion hingegen bleibt oft in Erinnerung.

Zusammenfassung: Die Schwangerschaft beginnt im Laufe von 1—3 Tagen nach dem befruchtenden Beischlaf. Es wird das Ei der letzten Menstruation befruchtet.

Aus der Geburtshilflich-Gyn. Abteilung der Kahlenbergstiftung.

Zur Antefixation des retroflektierten Uterus bei Laparatomien.

Von

Dr. M. Penkert in Magdeburg.

Für die Retroflexio uteri mobilis ist für die meisten Gynäkologen heute die Alexander-Adams'sche Operation die Operation der Wahl. In den verhältnismäßig wenigen Fällen, in denen heute noch die Retroflexio uteri mobilis überhaupt, z. B. wegen starker Beschwerden mit Blutungen oder wegen Sterilität in der Ehe, operiert wird oder werden sollte, wird sie wohl von allen Operateuren wegen ihrer Einfachheit und anatomischen Korrektheit bevorzugt.

Anders ist es mit den Operationen, die zur Vorlagerung des retroflektierten Uterus nach Eröffnung der Bauchhöhle ausgeführt werden, also bei Operationen wegen Verwachsungen, wegen alter chronischer oder subakuter Pelveoperitonitis, alter Adnexveränderungen oder der Varicocele mulieris u. a. m. Hier sind die