

Leben nie verlangen — wurde ich angenehm enttäuscht. Die Erfahrung bestärkte mich darin, schon prophylaktisch bei Frauen mit der besprochenen Anomalie und mehr als 30 Jahren, besonders wenn ihr Wohngebiet keine genügenden, leicht erreichbaren Entbindungsanstalten besitzt, rechtzeitig die Muttermundsspaltung mit Vernähung der Schleimhautränder zu empfehlen oder aber nach eingetretener Gravidität eine Geburt im Privathause entschieden abzulehnen.

Das vorgerückte Alter der angehenden Mutter allein braucht die Prognose nicht zu trüben, sein Zusammentreffen mit übergroßer Portio und engem Muttermund tut es fast immer.

Funktionelle Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane nach künstlichem Abort

Von Prof. Dr. N. Kakuschkin, Saratow

Um zu erfahren, wieweit der künstliche Abort die Funktionen der weiblichen Genitalien beeinflusst, untersuchte ich kranke Frauen, die im Laufe von fünf Sommern (1926—1930) in Kurorten durch meine Hände gingen.

Insgesamt wurden 1921 Kranke untersucht. Davon waren 416 (21,6%) absolut steril, das heißt sie waren keimnal schwanger gewesen. Von den übrigen 1505 Frauen hatten 1261 Aborte durchgemacht, das sind 83,8% der Gesamtzahl der Schwangergewesenen. Die geringe Anzahl von 244 Frauen (16,2% der Schwangeren) hatten nur rechtzeitige Geburten und keine Aborte durchgemacht. Ferner verdient die Zahl jener Frauen Beachtung, bei welchen nur Aborte stattfanden, rechtzeitige Geburten dagegen vollkommen ausblieben. Diese Zahl beträgt 388, was gegenüber der Gesamtzahl der Schwangergewesenen 25,8% ausmacht.

Aus der Tabelle I, in der die Zahlen noch einmal zusammengestellt sind, lassen

Tabelle I

Niemals schwanger gewesen	416 = 21,6%	
hatten nur rechtzeitige Geburten	244 = 16,2%	
hatten nur Aborte	388 = 25,8%	} 83,8%
hatten wie Geburten so auch Aborte	873 = 58%	

sich folgende Schlüsse ziehen: 1) Kaum ein Sechstel der Frauen im gebärfähigen Alter bleiben von Aborten verschont; 2) mehr als vier Fünftel der gebärfähigen Frauen greifen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft; 3) mehr als ein Viertel der gebärfähigen Frauen unterbrechen alle ihre Schwangerschaften frühzeitig.

Die Zahl der auf eine Frau entfallenden Aborte beträgt in unserem Material 2,34; die der rechtzeitigen Geburten 1,87. Daraus folgt, daß die gebärfähige Frau häufiger abortiert, als daß sie ausgetragene Kinder gebärt.

Bei der Untersuchung des Einflusses der Abortoperation auf die Funktionsfähigkeit des weiblichen Geschlechtsapparats bringe ich die Gebärfunktion, Menstrualfunktion und Geschlechtsgefühlsfunktion gesondert zur Sprache.

Bezüglich der Gebärfunktion gibt mir mein Material nur die Möglichkeit, die Frage der Sterilität im Anschluß an Abort zu entscheiden. Eine Sterilität

erkenne ich nur dann an, wenn die Frau seit der letzten, vor mehr als 2 Jahren erfolgten Fehlgeburt nicht schwanger war.

Der Prozentsatz der nach einem Abort sterilen Frauen gegenüber der Gesamtzahl der Frauen mit Abort beträgt an beiden Kurorten 54,17; berücksichtigt man aber das Material des Kurortes »Essentuki« allein, so beträgt die Zahl 65,8%. Ich werde nur die letzte Ziffer verwerten, weil ich das Essentukimaterial am eingehendsten bearbeitet habe, und alle die Sterilität und sonstige funktionelle Störungen betreffenden Detailziffern werden sich nur auf das Essentukimaterial beziehen.

In bezug auf die Frequenz der nachabortiven Sterilität sprechen aber die beiden ebenerwähnten Ziffern klar und deutlich dafür, daß mehr als die Hälfte aller abortierenden Frauen steril wird.

Bemerkenswert ist, daß bei der Mehrzahl der Fälle ein einmaliger Abort genügt, um die Frau fruchtlos zu machen.

Tabelle II

Nach wieviel Aborten		Anzahl der sterilen Frauen
Nach	1	49,1 %
»	2	16,5 %
»	3	13 %
»	4	7,5 %
»	5	5,7 %
»	6	2,9 %
»	7	1,3 %
»	8	0,8 %
»	9	1,02%
»	10	0,5 %
Nach mehr als 10		1,02%

Aus der Tabelle II ist ein etwas paradoxer Schluß zu ziehen: je öfter die Frau abortiert, desto seltener wird sie im Anschluß an Aborte fruchtlos. Selbstverständlich läßt sich solch ein die Harmlosigkeit des Abortes betonender Schluß in Wirklichkeit nicht ziehen. In der Tat ist der Abort insofern schädlich, als bei 50% der Frauen die Sterilität bereits nach einem Abort eintritt. Wenn die andere Hälfte der Frauen ihre Gebärfunktion selbst nach wiederholten Aborten bewahrt, so erklärt sich das durch die hohe Widerstandskraft der Genitalien bei den Frauen, die hochfruchtbar sind. Je fruchtbarer die Frau, desto leichter widersteht sie dem üblen Einfluß des künstlichen Abortes. Es gibt Frauen, die ihre Aborte zu Zehner rechnen, sie leiden dennoch nicht an Fruchtlosigkeit.

Nach der Zahl der Aborte teilen sich unsere Pat. folgendermaßen ein:

Je	1 Abort hatten	638 Kranke	(50,6%)
»	2 Aborte	» 245	» (19,4%)
»	3 »	» 159	» (12,6%)
»	4 »	» 78	» (6,2%)
»	5 »	» 45	» (3,5%)
»	6 »	» 37	» (2,9%)

Je	7 Aborte hatten	13 Kranke	(1,02%).
» 8	»	8	»
» 9	»	13	»
» 10	»	8	»
» 11	»	5	»
» 12	»	4	»
» 14	»	1	»
» 15	»	5	»
» 18	»	1	»
» 24	»	1	»

Die Frage nach der Dauer der Sterilität entscheiden wir durch die Zahl der Jahre, die seit dem letzten Abort verflossen sind, wobei es zwei Krankengruppen gibt. Bei der einen liegt eine sogenannte beständige Sterilität vor, wo eine Schwangerschaft nach dem Abort bis zum Moment der Untersuchung (nach mehr als 2 Jahren) nicht mehr aufgetreten war; bei der anderen besteht eine zeitweilige Sterilität, bzw. die Schwangerschaft trat erst nach mehr als 2 Jahren nach dem Abort ein.

Bei der ersten Krankengruppe vergingen seit dem letzten Abort:

2—5 Jahre	= 203 Kranke	(51,6%)
6—10 Jahre	= 122	» (31,04%)
mehr als 10 Jahre	= 64	» (16,3%).

Bei der zweiten Krankengruppe dauerte die Sterilität:

2—5 Jahre	= 20 Kranke
6—10 Jahre	= 7 »
11—14 Jahre	= 9 »

Die Anzahl der Kranken der zweiten Gruppe beträgt 5,3% gegenüber der Gesamtzahl der nach einem Abort sterilgewordenen Frauen. Folglich wird die temporäre Sterilität nach Abort sehr selten beobachtet; meistens ist die nach-abortive Sterilität als ein sehr stabiler Prozeß aufzufassen.

Wir suchten, wie stets, die Ursache der Sterilität in objektiven Alterationen der Geschlechtsorgane zu finden.

Die Untersuchungsergebnisse (objektive) der nach Abort steril gewordenen Frauen erwiesen sich wie folgt:

Entzündliche Alterationen in Uterusadnexen	242 (35,5%)	} 69,65%
Entzündliche Überreste im Becken	167 (24,5%)	
Katarrhalische Prozesse in Uterus und Vagina	52 (7,6%)	
Athrophische Prozesse	14 (2,05%)	
Pathologische Uteruslage	87	
Unterentwicklung des Uterus und der Vagina	72	
Neubildungen des Uterus und der Ovarien	48.	

Die ersten vier Erkrankungsgruppen sind als Folgen des künstlichen Abortes im Anschluß an Infektion und hormonales Trauma anerkannt worden.

Ob alle diese pathologischen Veränderungen sowie die übrigen Erkrankungsgruppen als wirkliche und dabei einzige Ursache der Sterilität für alle Fälle gelten dürfen, bleibt dahingestellt. So können anderweitige, bei objektiver Untersuchung nicht feststellbare Alterationen, die aber nicht weniger wichtig sind und

z. B. die sekretorische Funktion betreffen, vorhanden sein. Nicht ohne Grund hatten wir in 150 Fällen von Sterilität auch Störungen der Menstrualfunktion beobachtet.

Der schädliche Einfluß des Abortes auf die Gebärleistung der betreffenden Frau hängt vor allem von dem Verlauf des Abortes, ob er glatt oder mit Komplikationen vor sich gegangen ist, ab. Hierin traten in unserem Material sehr charakteristische Beobachtungen zutage.

Tabelle III

Abort mit nachfolgender Sterilität:		Abort ohne nachfolgende Sterilität:	
glatter Verlauf	234 (61,6%)	glatter Verlauf	129 (66,5%)
kein glatter Verlauf	146 (38,4%)	kein glatter Verlauf	65 (33,5%)

Aus der Tabelle III erhellt, daß in beiden Abortgruppen mit oder ohne nachfolgende Sterilität die Zahl der Fälle mit glattem Verlauf fast ebensogroß ist, wie die Zahl der Fälle mit kompliziertem Verlauf, und dort, wo nach dem Abort die Sterilität beobachtet wurde, die Zahl der Fälle mit glattem Verlauf fast doppelt so groß war, als die Zahl der Fälle mit ersichtlichen Komplikationen. Im großen und ganzen, wenigstens in zwei Drittel der Fälle, läuft der Abort ohne merkliche Komplikationen ab und diese Komplikationen sind nicht die einzigen und nicht die Hauptursachen der nachfolgenden funktionellen Störungen.

Außer der postabortiven Sterilität beobachteten wir die nachfolgende pathologische Schwangerschaft in 18 Fällen (3,2%) und zwar:

Extrauterin gravidität	10
willkürlicher Abort	6
Missed abortion	1.

Den Einfluß der Abortoperation auf die Menstrualfunktion prüften wir an 597 Frauen. Von diesen zeigten 197 Pat. (33%) charakteristische Abweichungen der Menses von der Norm.

Als einzelnes Symptom wurden Menstrualstörungen bei 33 Kranken (16,7%) gefunden. Am häufigsten fielen diese Störungen mit Sterilität zusammen (150 Fälle oder 76,1%). In 72 Fällen fielen die Menstrualstörungen mit den Veränderungen des Geschlechtsgefühls (36,5%) zusammen.

Die Formen der Menstrualstörungen sind folgende:

Spärliche Menses	119 Fälle (60,4%)
arhythmische Menses	43 » (22%)
unterbrechend-dauernde Menses	27 » (14%)
reichliche Menses	25 » (13%)
schmerzhaftes Menses	19 » (10%).

Spärliche Menstruation drückte sich in verringerter Menge der Blutungen und in geringerer Zahl der Mensesstage aus. Bei arhythmischen Blutungen ließen sich verschiedene, bald verlängerte, bald verkürzte Menstrualabstände verzeichnen.

Nicht immer wurden in der Praxis die obigen Formen von Menstrualstörungen in scharf ausgeprägten Abgrenzungen beobachtet: es kamen gemischte und Übergangsformen vor. In einigen Fällen hatten die Mensesstörungen einen vorübergehenden Charakter, in anderen nahmen sie im Laufe der Zeit an Stärke zu. Das letztere betraf namentlich die spärlichen Menses.

An unserem Material konnten wir auch die nach Abort auftretenden Veränderungen im Geschlechtsgefühl nachweisen. Sie bestanden in Herabsetzung des Geschlechtstriebes, sowie in gänzlichem Fehlen einer Geschlechtsbefriedigung. Es wurden insgesamt 96 (16,1%) Kranke mit solchen Abweichungen beobachtet. Möglicherweise ist diese Ziffer etwas unterhalb der wirklichen. Als solitäres Symptom von postabortiven Störungen war die Herabsetzung des Geschlechtsgefühls bloß in sieben Fällen (7,3%) zu verzeichnen. Die übrigen Fälle fielen mit Menstrualstörungen und mit Sterilität oder anderen Störungen zusammen. So traf die Herabsetzung des Geschlechtsgefühls 74 mal (77%) mit Sterilität zusammen.

Es ist schwer, die Ursache dieser Herabsetzung des Geschlechtsgefühls nach artefizieller Schwangerschaftsunterbrechung aufzudecken. Wahrscheinlich liegt hierbei, und zwar mehr als bei anderen postabortiven Störungen, ein Hormonaltrauma zugrunde, aber auch die Möglichkeit der anatomischen Verletzungen, verbunden mit Abrasio der schwangeren Gebärmutter, ist hier nicht ausgeschlossen. Kräftige Herabziehung des Uterus, gewaltsame Ausdehnung des Cervicalkanals und traumatische Ausschabung der Uteruswand können den Nervenapparat der Sexualgefühlleitung, die in der Gegend der Ligg. sacrouterina sich befindet, schädigen (siehe Arch. Frauenkde. u. Konstitutionsforsch. 16, H. 1 (1930)).

Neue Bücher

- ◆ **B. Valentin (Hannover). Dieffenbach an Stromeyer.** Briefe aus den Jahren 1836—1846. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1934. 58 S. m. 1 Tafel. RM 1.50.

Das kleine Büchlein ist August Borchard vom Verf. zu seinem 70. Geburtstag gewidmet und vom Verlag den Teilnehmern der 93. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte als Festgabe überreicht. Es enthält 17 Briefe, die durch sehr sorgfältige Anmerkungen V.s ergänzt und bezüglich der genannten Persönlichkeiten erläutert sind. Nach dem ausgezeichneten Buch von R. Lampe über Dieffenbach werden die Briefe sicherlich besonders großes Interesse finden. Sie lassen die Originalität Dieffenbach's und seine ganze Persönlichkeit klar erkennen und enthalten viele Proben köstlichen Humors. »Ich bin gleich wieder gut, wenn einer so aussieht, als meinte er es doch gut.« — »Er sah so gelb aus, aber ich habe ihn doch so lieb, als wenn er frisch und rot wäre.« »Im ganzen kommen mir aber die jungen Leute rückgängig vor, Trotz unter dem Hut, Hochmut im Herzen sind die charakteristischen Merkmale der meisten.« — Auf der von Dieffenbach herausgegebenen Zeitschrift sollte stehen: »Die Redaktion bittet, ihr keine Beiträge zuzusenden, damit ich alles Dumme zurückschicken kann.« Es lohnt sich sehr, die Briefe zu lesen.

W. Stoeckel (Berlin).

- ◆ **J. Amreich. Ergänzungsband zur gynäkologischen Operationslehre von v. Peham und Amreich.** Berlin, S. Karger, 1934. RM 14.—.

Die Operationslehre von Peham-Amreich, die allgemein großen Anklang gefunden hat, erfährt hier noch einige notwendige Ergänzungen. Der Schwerpunkt des Ergänzungsbandes liegt im Kapitel des Vulvakarzinoms. Ausgezeichnete Abbildungen, die denen des Hauptbandes an Klarheit und Vollendung nicht nachgeben, erläutern topographische Anatomie und chirurgisches Vorgehen aufs beste. Die geschilderte Operationstechnik ähnelt dem Kehrerschen Vorgehen, unterscheidet sich davon aber dadurch, daß die iliacalen und inguinalen Drüsen in zwei geson-