

F. H. Bardenheuer

Die Unfruchtbarkeit der Frau

Zweite Auflage



J. F. Lehmanns Verlag, München / Berlin

Die Unfruchtbarkeit der Frau

ihre Ursache und Behandlung
einschließlich der künstlichen Befruchtung

Von

Dr. med. Franz Hubert Bardenheuer

Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung
des St.-Josefs-Krankenhauses Düsseldorf

Mit 22 Abbildungen

Zweite, erweiterte Auflage



J. F. Lehmanns Verlag, München-Berlin 1944

z. B. der September und die erste Oktoberhälfte 1940 und 1941 als Folge der zahlreichen Weihnachtsbeurlaubungen (1939 und 1940) ein jähes Anschwellen der Geburtenzahl. Diese gesunde Urlaubspolitik verhindert im Verein mit einer positiven Einstellung des Volkes zum Kinde einerseits und seiner vertrauensvollen Zuversicht zu Führer und Reich andererseits einen derartig starken Geburtenrückgang, wie er in den letzten 2 Jahren des ersten Weltkrieges vermerkt werden mußte.

Ich bin mir wohl bewußt, daß nach Knaus eine Konzeption kurz ante menstruationem eigentlich unmöglich ist, weil durch eine derartige Spätovulation das Ei, das doch eine gewisse Zeit (mindestens mehr als 7 Tage) für den Weg bis zur Uterusschleimhaut braucht, mitten in die bereits menstruierende Mukosa hineingeraten, mit anderen Worten also keine optimalen Nidationsbedingungen antreffen, andererseits selbst noch nicht nidationsreif zur Zeit des Menstruationsbeginnes sein würde.

Aus diesen mehr scheinbaren Gegensätzen und ange deuteten Ausnahmen sehen wir, daß die ganze Frage noch im Fluß und nicht restlos geklärt ist. Theoretisch wäre also eine Befruchtung zu jeder Zeit möglich. Trotzdem müssen wir bestrebt sein, unseren Patientinnen die Tage der optimalen Konzeptionsmöglichkeit, soweit eine wissenschaftliche Klärung bisher erfolgt ist, individuell auszurechnen.

Eine besonders klare und anschauliche Zeichnung über den Vorgang der Eireifung im Ovarium, über die Ausstoßung des reifen Eies aus dem Follikel und die Aufnahme in den Eileiter mit der ersten Reifeteilung bringt Professor K. Ehrhardt-Graz anläßlich eines Vortrages zur 15. wissenschaftlichen Sitzung der Medizinischen Gesellschaft Steiermarks. Herr Prof. Ehrhardt war so liebenswürdig, mir die Wiedergabe dieser Zeichnung zu gestatten (s. Abb. 5). Wir sehen in dieser Zeichnung, wie die Spermien gegen das Ei vordringen, wie das Ei sich weiter teilt nach der Imprägnation, wie das Ei sich weiter furcht und wie es am sechsten bis achten Tage nach der Imprägnation sich der Mündung des Eileiters in den Uterus nähert und sich im Uterus einbettet.

Nach Knaus errechnet sich entsprechend dem Follikel-sprunge am 15. Tage vor der erwarteten Regelblutung das Optimum folgendermaßen:

Ct : Cytotrophoblast D : Decidua Ebl : Embryoblast M : Morulamesoderm S : Syncytium T : Trophoblast

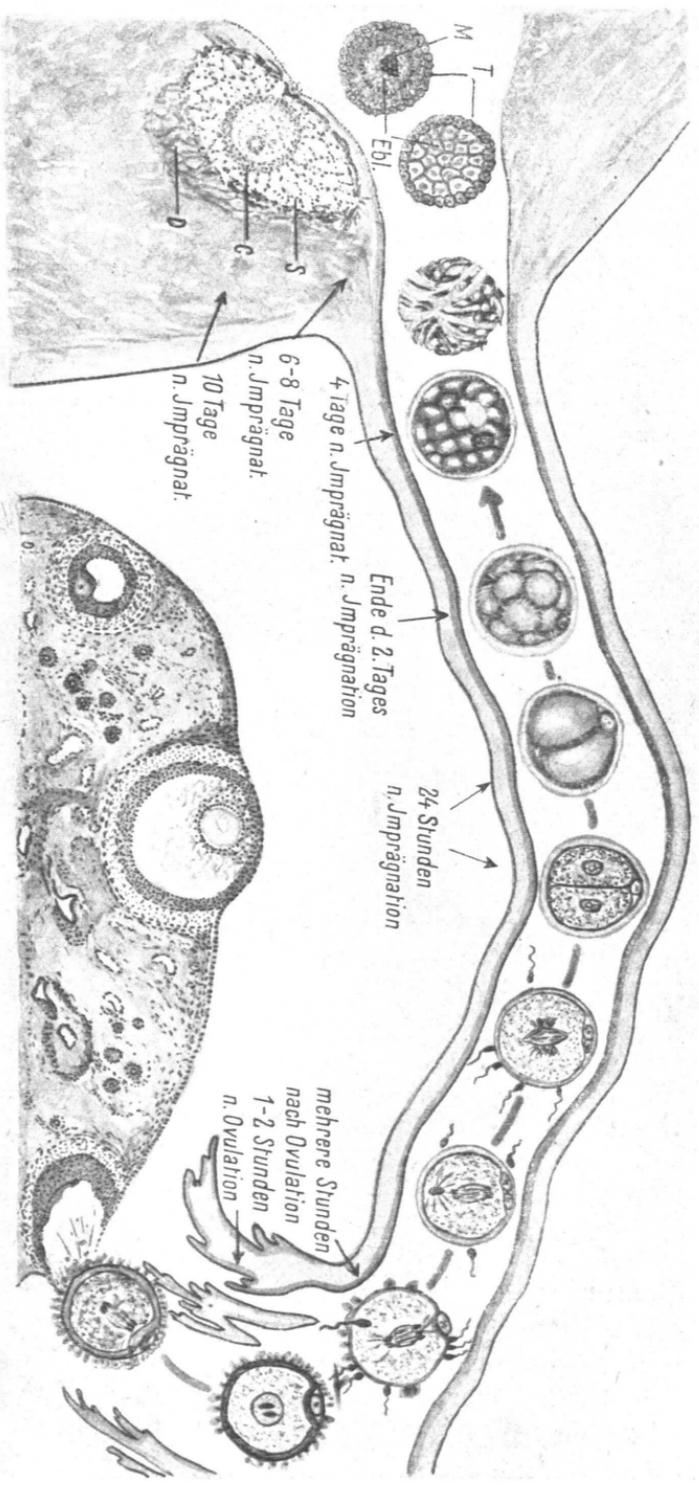


Abb. 3: Mechanismus der Eireifung, der Befruchtung und des Eitransportes.

(Nach einer Zeichnung von Prof. Ehrhardt-Graz und mit dessen gütiger Erlaubnis wiedergegeben.)

Zyklus minus 14 minus 5 als untere Grenze,
 Zyklus minus 14 plus 1 als obere Grenze.

Beispiel: Zyklus alle 28 Tage.

$$28 \text{ minus } 14 = 14, \text{ minus } 5 = 11$$

$$28 \text{ minus } 14 + 1 = 15.$$

Das Optimum liegt zwischen dem 11. und 15. Tag des Zyklus.

Beispiel: Zyklus 25—26 Tage.

$$25 \text{ minus } 14 = 11, \text{ minus } 5 = 8$$

$$25 \text{ minus } 14 + 1 = 12$$

$$26 \text{ minus } 14 = 12, \text{ minus } 5 = 9$$

$$26 \text{ minus } 14 + 1 = 15.$$

Das Optimum liegt also hier zwischen dem 8. und 15. Tag. Gezählt wird vom ersten Tage der Periode. Alsdann wird schematisch weitergezählt. Als **erster** Tag der Periode gilt der Tag, an dem sich schon vermehrter Ausfluß von leicht rötlicher Tinktion oder die üblichen vielfach geklagten ziehenden Schmerzen im Kreuz, in den Leisten oder Kopfschmerzen bemerkbar machen. Diese subjektiv verschieden empfundenen Molimina menstrualia kennen die Frauen jeweils genau und sie sind darauf vorbereitet, daß die Periode in einigen Stunden oder am nächsten Tage eintreten wird. Die normale Dauer der Periode ist 3—5 Tage, doch kommen selbst bei völlig gesunden Frauen mit normalem Genitalbefund Ausnahmen vor. Eine Blutungsdauer von 6 oder 7 Tagen ist keine Seltenheit und kann noch nicht als pathologisch bezeichnet werden. Besteht die Regelblutung noch am 8. Tage, dann gehört die Frau in ärztliche Behandlung.

Die vorhin errechneten Beispiele scheinen etwas unständig, doch wurde absichtlich rein didaktisch mit der Zahl 14 operiert, weil 14 Tage vor dem erwarteten Eintritt der Periode meistens das Ei nach erfolgter Ovulation bereits im Eileiter angetroffen wird. Abgekürzt kann man auch sagen: **Das Optimum liegt zwischen der niedrigsten Zykluszahl minus 17 und der höchsten Zykluszahl minus 15.**

Eine Befruchtung während einer Periode läßt sich ebenfalls in besonders gelagerten Fällen als etwas durchaus Natürliches erklären: nehmen wir z. B. einen Zyklus von 20 Tagen an bei einer Periodendauer von 6 Tagen. Das Konzeptionsoptimum würde also zwischen dem 3. und 7. Tag liegen, mithin in einer Zeit, wo die Frau u. U.

noch nicht „ganz sauber“ ist. Nur so ist es jetzt zu verstehen, daß früher bei Sterilität dem Ehepaare geraten wurde, wenn alle bisherige Therapie vergebens war, den Kongressus einmal **während** der Menses zu vollziehen. Daraus resultieren dann auch die in der Literatur niedergelegten Erfolge über Konzeption intra menstruationem. Trotzdem gelingen bei so stark verkürztem Menstruationszyklus Befruchtungen während der Periode selten, weil gleichzeitig fast immer ein hypoplastischer Uterus vorhanden ist als Folge einer allgemeinen genitalen Unterentwicklung. Außerdem sind die überstürzt herangereiften Eier selten befruchtungsfähig.

Aus den wenigen angeführten Erläuterungen entnehmen wir, daß eine präzise Führung des Menstruationskalenders und dessen Auswertung die Grundlage jeder Sterilitätsbehandlung ist. Es soll darin aber nicht nur der erste Tag der Periode dick eingezeichnet werden, darüber hinaus sollte auch **jeder** Kongressus mit einem Punkt **vermerkt werden**. Wir werden daraufhin leicht nachrechnen können, ob die Zeit des Konzeptionsoptimums überhaupt berücksichtigt wurde. Sollte aufzeichnungsgemäß die günstige Zeit **stets** ohne Erfolg ausgenutzt worden sein, wird zwangsläufig unsere Therapie in andere Bahnen gelenkt. Wir müssen nun annehmen, daß noch weitere Hindernisse einer Befruchtung entgegenstehen. Ich werde dann nicht zögern, eine Kontrastölfüllung vorzuschlagen; sie gibt einen besseren Überblick als die Tubendurchblasung. Andere operative Maßnahmen, die früher vermieden werden sollten, müssen alsdann erneut durchgesprochen und in den Vordergrund gerückt werden.

Die Regel vom Konzeptionsoptimum muß jedem Arzte gewissermaßen in Fleisch und Blut übergehen. Doch welche Geduld muß aufgewendet werden, um diese Lehre den hilfeschuchenden Frauen mundgerecht und verständlich zu machen. Welche Enttäuschung wird trotz aller Mühewaltung dem Arzte bereitet, wenn er gelegentlich einer späteren Konsultation feststellen muß, daß entweder der Kalender nicht zuverlässig, daß er völlig falsch oder gar nicht geführt wurde, daß vor allem die Tage der besten Konzeptionsmöglichkeit weder im voraus berechnet und angemerkt noch genutzt wurden. Tatsachen, denen man in der gynäkologischen Praxis leider fast täglich begegnet.

Der Mann soll aber vom Konzeptionsoptimum keine Kenntnis haben; denn wenn er Wind davon bekommt, wird er erfahrungsgemäß meist vergrämt und hat „absolut keine Lust“. Er läßt sich nicht kommandieren; weibliche List wird voraussehend die Gelegenheit schaffen müssen!

Die Ausführungen mögen manchem Leser wohl etwas langatmig scheinen. Auf Grund vielfältiger praktischer Erfahrung schien mir eine breitere Behandlung aber notwendig; denn wie oft kommt es vor, daß, wenn nach eingehender Erklärung des Menstruationskalenders etc. die Konsultation abgeschlossen werden soll, schnell noch die Rückfrage getan wird: „Eine Frage noch, Herr Doktor, werden die Tage des Unwohlseins auch mitgerechnet?“ Geduld in diesen Sachen, Geduld, diese Rückfrage kommt in über 50 % der Beratungen täglich vor! Das ist auch der Grund, weshalb ich nicht nachlasse, mehrmals zu betonen: „Gezählt wird ab erstem Tag der Periode. Der Tag der ersten Anzeichen der nahenden Periode ist Tag Nr. 1. Dieser Tag wird sofort dick durchstrichen und es wird daneben eine 1 geschrieben, sodann wird stur weitergezählt!“

Die Erklärung des Menstruationskalenders könnte sich jedoch auch zu einer Gefahr auswachsen, wenn **nach** der Geburt des Kindes unsere Patientinnen in dem Bestreben, die Kinderzahl klein zu halten, unerwünschte Rückschlüsse ziehen und nunmehr die Zeiten der periodischen Unfruchtbarkeit ausnützen würden. Ich achte diese Gefahr meinen Erfahrungen nach für nicht groß; denn ich habe es in mehr als 90% der Fälle erlebt, daß, sobald die vorher wegen Sterilität beratene Frau sich Mutter fühlt, Kalender und alle bisherigen Anweisungen tatsächlich vollkommen aus dem Gedächtnis ausgelöscht scheinen. Sie hat sich zu sehr auf Mutterglück und auf die zu erwartenden neuen Aufgaben eingestellt. Bis das Kind geboren ist, gelingt der Durchschnittsfrau eine Rückerinnerung an die zyklischen Vorgänge mit dem Konzeptionsoptimum nicht mehr. Sie wissen nur noch, daß vor Eintritt der Gravidität subtrahiert und addiert werden mußte, doch nicht von was und wie!

Albrecht-München beschließt seine Abhandlung über die Frage der periodischen Unfruchtbarkeit des Weibes (Münch. med. Wschr. 1933) mit folgenden Worten, die wert sind, gerade in diesem Zusammenhange nochmals in Erinnerung gebracht zu werden:

„Es besteht im Menstruationszyklus des Weibes eine biologische Gesetzmäßigkeit der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage im Sinne der Theorie von Knaus und Ogino. Diese Kenntnis ist für unser ärztliches Handeln vor allem im positiven Sinne zu verwerten durch Regelung der Konzeptionszeiten bei geschwächter Potentia coeundi des Mannes.

Für die mathematische Vorausberechnung zur Empfängnisverhütung kann die Anwendung der Knaus-Oginoschen Regel keine absolute Sicherheit gewährleisten. Zur Bestimmung und Abgrenzung der möglichen Fehlerquellen (Phasenverschiebung) bedarf es noch umfangreicher Prüfungen an großem Material. Die populäre Propaganda der Empfängnisverhütung nach Knaus-Ogino muß vom wissenschaftlichen Standpunkt aus als nicht unbedingt sicher und vom bevölkerungspolitischen Standpunkt aus als zumindest nicht wünschenswert abgelehnt werden.

Zum Schlusse kann ich nicht umhin, die pastoral-medizinische Approbation der Empfängnisverhütung nach Knaus-Ogino durch Beschränkung auf die unfruchtbaren Tage zu kritisieren, weil ihr meines Erachtens ganz zu Unrecht das Prädikat einer ‚natürlichen‘ zuerkannt wird im Gegensatz zu der als ‚widernatürlich‘ abgelehnten kombinierten chemisch-mechanischen Verhütung. Das Mittel kann doch nicht den Zweck heiligen! Die rechnerische Methode ersetzt ja mit listiger Ausnützung der sterilen Tage die chemisch-mechanischen Mittel durch ein mathematisches, und bei der ethischen Bewertung einer Handlung kommt es doch wohl auf den Dolus an, der hier wie dort darin besteht, ‚das sexuelle Vergnügen von der realen Fortpflanzungsarbeit zu trennen (Sellheim)‘.

An dieser Stelle sei auch der sogenannten essentiellen Sterilität Erwähnung getan, die auf einem Keimplasma-schaden des Mannes oder der Frau beruht, obschon beide Teile sonst vollkommen gesund sind. Erst kürzlich berichtete R. Bayer-Graz über Beobachtungen von Keimschäden bzw. Keimschwächen: „Eine Frau zeugt mit dem ersten Ehepartner gesunde Kinder, mit einem zweiten nur abortive Fehleier und mit einem dritten Manne wieder gesunde Kinder. Hier war der zweite Mann keimgeschädigt. Ein anderer Fall weist auf den Sitz des Keimschadens bei der Frau hin: Ein Mann hat gesunde Kinder von zwei Frauen, während eine dritte Ehepartnerin nach sechsjähriger Sterilität Fehl-

er und nicht lebensfähige Frühgeburten ausstieß, die trotz voller Gesundheit der Mutter und ausreichender Abortusprophylaxe nicht zu halten waren.“

Manchmal wird man sich als gewissenhafter Arzt auch die Frage vorlegen müssen: Ist es denn bei dieser oder jener Frau überhaupt vom völkischen Standpunkt aus betrachtet erwünscht, erlaubt oder überhaupt mit unserem Gewissen vereinbar, daß eine so wenig wertvolle Erbmasse schließlich nach lang dauernder, vielleicht gar operativer Behandlung mühsam einer Nachkommenschaft übermittelt wird? Jeder Arzt wird mit solchem Krankengut in Berührung kommen: Gewissenskonflikte werden ihm in solchen Fällen nicht erspart bleiben. Man wird unterscheiden lernen, welchem Erbgut gegenüber erhöhter Zeitaufwand und höchste Mühewaltung gerechtfertigt ist. Gar viele Frauen werden die Sprechstunde aufsuchen, die selbst nicht die Initiative aufbringen, die vorgeschlagene Therapie voll durchzuhalten, ja sie werden sie nicht einmal begreifen. Um so mehr wird all unsere Fürsorge entschädigt durch Erfolge bei denjenigen Frauen, die in treuer Befolgung unserer Anordnungen von ihrer Sterilität befreit wurden — und das ist höchste Befriedigung und Lohn in unserem verantwortungsvollen Berufe.