C 2816

inneren Wandschichten. Vielfach liegen in den Nischen zwischen den Tubenfalten große, krümelige, intensiv mit Sudan gefärbte, grobe, unregelmäßig geformte, vielfach kantige Schollen, welche keine Doppelbrechung aufweisen. Nur an sehr wenigen Stellen sieht man auch in der Tubenwand sudangefärbte Gebilde, die offenbar in Lymphbahnen eingelagert sind (Fig. 2).

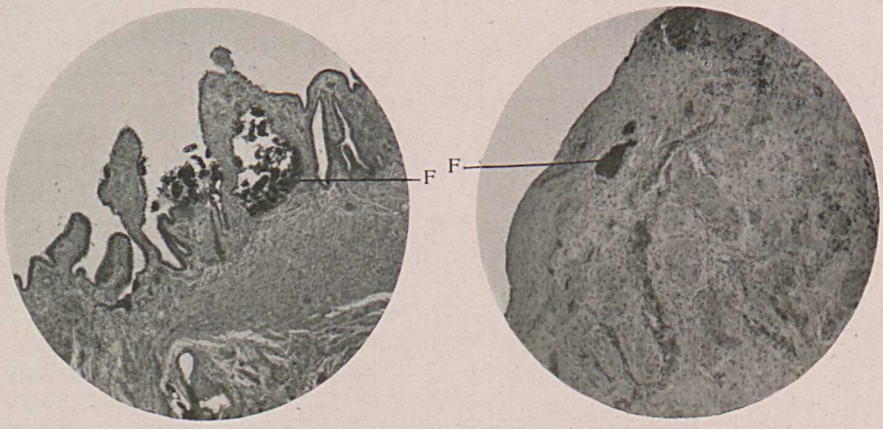

Fig. 1 Fig. 2

Fig. 1. F In Schleimhauttaschen befindliches Fett
Fig. 2. F In Lymphbahnen befindliches Fett

Der Fall beweist, daß das Lipojodol noch nach 15 Monaten in reichlichen Mengen in den verschlossenen Tuben zurückbleiben kann und zu Veränderungen neigt, welche wahrscheinlich auf die Dauer nicht gleichgültig für die Wandbeschaffenheit der Tuben bleiben dürften. Wir müssen freilich zugeben, daß die Tubenschleimhaut in unserem Falle keine schwereren Veränderungen aufwies. Ich wiederhole daher nochmals, daß die Salpingographie keineswegs die harmlose und ungefährliche Untersuchungsmethode ist, als welche sie von einer Reihe von Autoren noch immer hingestellt wird, und kann nur angelegentlich empfehlen, sie bei der Diagnostik der Sterilität durch die viel einfachere und harmlosere Tubendurchblasung zu ersetzen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin
Direktor: Geh.-Rat Prof. W. Stoeckel

Die Konzeptionsverhütung als Gegenstand des klinischen Unterrichts

Von W. Stoeckel

Die Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung E. V. in Berlin hat ihre Aufmerksamkeit auch der Konzeptionsverhütung zugewendet und in zwei »Fachkonferenzen für Geburtenregelung« zu dem Problem Stellung genommen.

Ich wurde aufgefordert, meine Ansicht als klinischer Lehrer bekannt zu geben und habe diesem Wunsch durch die Aufstellung der nachfolgenden Leitsätze für die zweite Konferenz entsprochen, die am 5. Februar stattgefunden hat.

Ich glaube, diese Leitsätze auch meinen Fachgenossen unterbreiten zu sollen, denn die beiden Fragen, ob die Universitätslehrer der Geburtshilfe und Gynäkologie zur Konzeptionsverhütung im klinischen Unterricht Stellung zu nehmen haben, und ob diese Stellungnahme der öffentlichen Kritik zu unterbreiten ist, sind sowohl im Interesse der Sache wie in unserem eigenen Interesse meiner Ansicht nach unbedingt zu bejahen.

Wir sind vor 30—40 Jahren in der Anschauung aufgewachsen, daß Konzeptionsverhütung lediglich eine im Schlafzimmer zu erledigende Privatangelegenheit ist. Darüber viel zu sprechen, galt früher als nicht sehr geschmackvoll — darüber eingehend zu lehren, hätte fast geschmacklos gewirkt. Die Verhältnisse haben sich so stark geändert, daß nicht nur die Scheu vor der öffentlichen Besprechung dieser Frage völlig geschwunden ist, sondern daß ihre theoretische und praktische Behandlung im klinischen Unterricht mit Nachdruck gefordert wird. Diese Forderung ist bei den jetzigen Zuständen in Deutschland durchaus berechtigt. Man kann bedauern, daß wir so weit gekommen sind, aber man kann und darf die Augen nicht davor verschließen, daß es für den ärztlichen Nachwuchs notwendig geworden ist, über die Bedeutung, Beurteilung und Berechtigung der Konzeptionsverhütung und über ihre Durchführung unterrichtet zu werden.

Die Alten und Älteren von uns werden beim völligen Durchdenken des Problems zwar in Konflikte mit wichtigen Grundanschauungen über die ärztliche und didaktische Berufspflicht kommen können, aber das ist kein Grund, um einer klaren Entscheidung darüber, was wir für richtig und was wir für falsch halten, auszuweichen. Stehen wir überheblich, abgestoßen oder resigniert beiseite, so trifft uns der berechtigte Vorwurf, daß wir unsere Pflicht versäumen. Wir sind verpflichtet, auszusprechen, wie weit wir der »öffentlichen Meinung« folgen wollen und können, und wo wir ihr entgegentreten müssen — was wir unter dem Druck der großen wirtschaftlichen Not unseres Volkes als Notmaßnahme noch billigen können, und was wir trotz dieser großen Not ablehnen und bekämpfen müssen.

Es ist unmöglich, darüber nutzbringend mit jemandem zu diskutieren, der sich mit dem Problem bis in seine letzten Konsequenzen nicht wirklich abgemüht hat, und es ist auch dann noch sehr schwer, und für manche Teile des Problems sogar unmöglich, bindende Regeln für das ärztliche Raten und Handeln aufzustellen. Ich habe das im Leitsatz 12 zum Ausdruck gebracht.

Für mich steht vor allem eins fest: Ein indikationsloses Handeln verträgt sich auch hier nicht mit der richtigen ärztlichen Berufsauffassung. Ich kann es durchaus verstehen, wenn 23 Kliniker bezüglich der Grenzziehung für die Indikationen 23 verschiedene und sehr weit auseinander gehende Ansichten vertreten. Aber daß jede Indikationserwägung für überflüssig erklärt wird, das geht gegen meine innerste Überzeugung. Ich habe das sehr gründliche Referat L. Fraenkel's für unseren diesjährigen Gynäkologenkongreß erst in die Hand bekommen, als ich meine Leitsätze schon aufgestellt hatte, und ich habe hinterher nichts mehr an ihnen geändert, obwohl sie einer Verbesserung und einer Angleichung an die Ansichten von Fraenkel in diesem oder jenem Punkt durchaus zugänglich sein würden.

Der wohl nicht auszugleichende Hauptgegensatz zwischen uns besteht jedenfalls in meiner Überzeugung von dem Festhalten an einer Indikationsnotwendigkeit und in der Fraenkel'schen Anschauung von einer erlaubten Indikationslosigkeit. (»Für die weder operative noch verstümmelnde, noch gefahrbringende Schwangerschaftsverhütung durch jeweilig anzuwendende Sicherungsapparate be-

darf es nicht des Nachweises der Notwendigkeit.«) Ich möchte glauben, daß dieser Punkt in den Brennpunkt der Kongreßdebatte zu stellen sein wird. Ich stelle ihn jedenfalls in den Mittelpunkt des klinischen Vortrags, den ich über die Konzeptionsverhütung halte. Ich spreche darüber schon seit Jahren zu meinen Hörern, aber ich gebe zu, daß ich es in so ausführlicher Form erst tue, seitdem ich in der konzeptionsverhütenden Propaganda eine große Gefahr für unseren Volksnachwuchs und auch für die Ethik des ärztlichen Nachwuchses klar erkannt zu haben glaube.

Selbstverständlich prallen in der Diskussion die Ansichten hart gegeneinander, wenn sie in einem Kreis ausgesprochen werden, der Vertreter der verschiedensten politischen, wirtschaftlichen und weltanschaulichen Einstellung umschließt. Infolgedessen gaben meine Leitsätze auch zu sehr eingehender, zeitweise sehr erregter Aussprache in der Konferenz Veranlassung, und es stellte sich sehr bald heraus, daß sie in ihrer Gesamtheit nicht angenommen, und daß sie als Meinungsäußerung der Konferenz keinesfalls veröffentlicht werden konnten. Ich lehnte es aber mit aller Entschiedenheit ab, etwas daran zu ändern oder etwas davon wegzulassen. Ich bin natürlich weit davon entfernt, meine Meinung als nicht veränderungsfähig und verbesserungsbedürftig hinstellen zu wollen. Ich halte es aber für ganz besonders wichtig, daß wir Universitätskliniker in sehr sorgfältiger Erwägung uns unsere eigene Meinung bilden und so lange an ihr festhalten, bis wir von ihrer Veränderungsnotwendigkeit wirklich überzeugt sind. Dieser Wandel pflegt sich bei mir selten in Verhandlungen, sondern gewöhnlich erst auf Grund von weiteren Erfahrungen oder bei Belehrung durch Männer einzustellen, deren größere Erfahrung ich anerkenne. Keinesfalls sollten wir unsere Überzeugung allzu willig der Tagesmeinung und Zeitströmung anpassen. Ich glaube, wir haben gerade bei der Konzeptionsverhütung weniger die Mission, zu führen, als aufzuhalten. Ich habe mich bei der Verteidigung meiner Leitsätze zu den etwas drastischen Sätzen verleiten lassen, daß der Karren schon in den Dreck geschoben sei, und daß sich allzuviele danach drängen, ihn vollends in einen Sumpf weiter zu schieben, aus dem er nicht wieder herauszubringen sein würde. Es wäre deshalb ganz gut, wenn es auch Kräfte gäbe, die sich beizeiten von der anderen Seite entgegenstemmten und ich glaubte, dazu sollten die Universitätskliniker gehören.

Die Formulierung der Indikationen ist außerordentlich schwer — so schwer, daß es mir sehr fraglich geworden ist, ob auch nur unter den Klinikern eine Einigung möglich sein wird. Daß mein vorstehend skizzierter Versuch in dieser Beziehung unzulänglich ist, habe ich schon betont. Ich erblicke aber in der großen Schwierigkeit nicht einen Entschuldigungsgrund dafür, daß man auf die Indikationsformulierung überhaupt verzichtet, sondern im Gegenteil einen Anreiz, ja ein Pflichtgebot, sie zu versuchen. Wenn ein solcher Versuch ungenügend ausfällt, so fällt der nächste wohl besser aus. Eine erste Formulierung ist immer schwerer als ihre Verbesserung zu einer zweiten.

Über die medizinische Indikation ist wenig zu sagen; man kann und muß von Fall zu Fall entscheiden, ob man eine Schwangerschaft im gesundheitlichen Interesse widerraten muß, und es ist ohne weiteres klar, daß man bei dieser Entscheidung sehr viel weniger beengt ist, als bei der Entscheidung über den Abortus arteficialis.

Schwieriger schon ist die eugenische Indikation. Es kommt hier doch nicht sehr selten mehr auf ein Zureden als auf ein Abraten und Verhindern an. Die Angst der Eltern vor mißbildeten Kindern ist recht häufig zu groß oder auch durch traurige Erlebnisse so übersteigert, daß man eine weniger pessimistische Einstellung manchmal mit gutem Gewissen fördern kann. Freilich ist ja die Prognosenmöglich-

keit so schlecht, daß man fast von einer Prognosenunmöglichkeit sprechen darf. Die Fälle, die wirklich als aussichtslos zu bezeichnen sind, sind aber doch Seltenheiten. Bei ihnen wird gewöhnlich die operative Sterilisierung mehr als die nicht operative Konzeptionsverhütung am Platze sein. Anders als durch sorgfältigste Prüfung der Aussichten unter Hinzuziehung kompetenter Fachkollegen in jedem Einzelfall werden wir uns auch hier nicht helfen können.

Am schwierigsten steht es um die soziale Indikation. Hier richtig zu sehen und richtig zu handeln, ist sicherlich nicht immer möglich. Wir leben gerade jetzt in einem solchen allgemeinen wirtschaftlichen Elend, daß unsere Einsicht in neue Notwendigkeiten für unseren Rat und für unsere Mithilfe zu fordern ist. Dabei ist zu betonen, daß wir Kliniker das wirkliche Elend und die Grausamkeit der Not vielfach nur aus der Ferne sehen. Die Gefahr, daß wir falsch lehren, ist deshalb sehr groß. Wir kommen nicht immer nahe genug an die Not heran, und wer aus großer Not zu uns in die Kliniken kommt, dessen Hilflosigkeit und Zukunftsaussichtslosigkeit erkennen wir oft nur schwer und unvollkommen.

Die Arbeit in der Klinik fordert so viel anderes, daß wir von diesen Dingen, die jenseits der klinischen Therapie liegen, nicht genug in uns aufnehmen können. Wir können der nach der klinischen Entlassung weiter wirkenden, oft verschärft zupackenden Not auch nicht nachgehen. Zeit und Mittel fehlen uns dazu. Deshalb ist es ein ungeheurer Fortschritt, daß wir in der sozialen Fürsorge eine Unterstützung erhalten haben, deren Segen und Nutzen gar nicht hoch genug zu bewerten ist. Die Zusammenarbeit mit der sozialen Fürsorge allein macht es uns möglich, zu einer wirklichen Kritik unserer therapeutischen Leistung zu kommen und unsere therapeutische Einwirkung über den klinischen Aufenthalt der Kranken hinaus wirksam bleiben zu lassen. Sie ermöglicht es uns aber auch, über die wahre soziale Lage unserer Kranken zuverlässige Auskunft und somit auch eine zuverlässige Grundlage für die soziale Indikation, z. B. bei Entscheidung über die Konzeptionsverhütung zu erhalten.

Der Praktiker außerhalb der Klinik, der sich einer solchen Unterstützung nicht erfreut, hat es natürlich sehr viel schwerer, die Berechtigung der sozialen Indikation wirklich zu prüfen. Aber er sollte es doch immer versuchen, die wirkliche Not und die nur behauptete Not auseinander zu halten und sollte darin nicht erlahmen, auch wenn er oft nicht zum Ziel kommt. Was er als wirkliche Not ansprechen darf, ist nicht in Thesen zu fassen. Entsetzliches Nahrungs- und Wohnungselend, völliger wirtschaftlicher Ruin und beißender Hunger sind heute schon jedem erkennbar, der gar nicht besonders tief in die Armut hineinschaut. Aber es wäre falsch, auf Frauen, die um das Letzte kämpfen müssen, die soziale Indikation als berechtigt beschränken zu wollen. Man braucht nur die Arbeitslosenziffern zu lesen und nur die anamnestischen Feststellungen nach dieser Richtung ein wenig zu vertiefen, um sofort zu erkennen, daß es in allen Berufsschichten Tausende von Menschen gibt, denen die Familienbegründung faktisch unmöglich gemacht ist. Daß bei solchen widernatürlichen Zuständen der Begriff der sozialen Indikation für die Konzeptionsverhütung sehr, sehr weit zu fassen ist, das erscheint mir selbstverständlich.

Man wird mir vielleicht vorhalten, daß ich bei einer solchen Einstellung gar nicht so viele Worte zu machen brauchte, und daß meine Weitherzigkeit in diesem Punkte einer Überflüssigkeit der Indikationsstellung gleichgesetzt werden könnte. Das aber gerade bestreite ich. Man kann zur Bekämpfung der Not und der sich aus ihr ergebenden, sehr verschiedenartigen Notlagen sehr weitherzig sein und dabei gegen die falsche und unwahr geschilderte Not sehr hart bleiben.

Wie viele Ehepaare reden heute von der wirtschaftlichen Unmöglichkeit, ein weiteres Kind groß zu ziehen, die noch in sehr guten Verhältnissen leben, wie viele sind noch in gesichertem Verdienst und könnten mehr Kinder großziehen, als sie haben und wollen! Ihre Seufzer über Not wirken wie eine Kränkung der wirklich Notleidenden, und ihre Wünsche bezüglich der Konzeptionsverhütung aus angeblich sozialer Indikation zu erfüllen, degradiert den Arzt. Ich will nicht mehr darüber sagen; jeder wird wissen, was ich meine, und warum ich einen so scharfen Unterschied zwischen wahrer Not und falscher Not mache, und warum ich meine, daß dieser Unterschied auch in unserem Handeln zum Ausdruck kommen sollte.

Der wahren Not müssen wir helfen; das ist Volksdienst. Der behaupteten, aber nicht vorhandenen Not sollten wir nicht helfen; wir fördern damit die Degeneration unseres Volkes!

Mag die Ablehnung und die unmotivierte Rationierung der Fortpflanzung ein Symptom beginnender oder die Folge bereits eingetretener Degeneration sein, sie zieht die Volksentwicklung jedenfalls nach unten. Geht diese Entwicklung in der jetzigen Richtung und in dem jetzigen Tempo weiter, so werden wir bald zu der Fragestellung kommen, ob der Arzt gesunde Frauen und Männer durch Tubenausschaltung und Samenstrangunterbindung auf ihren Wunsch zum Zwecke des egoistischen »Sich-Auslebens« operativ sterilisieren soll und darf. Eine solche Frage aufwerfen, wird hoffentlich immer so viel heißen, als sie verneinen; wenn man sie bejaht, verneint man die Zukunft des deutschen Volkes völlig!

Was ich hier gesagt habe, bezieht sich auf die Darstellung der Konzeptionsverhütung im klinischen Unterricht; es behandelt nur das, was ich hierüber denke und lehre.

Was die Ehepaare ohne ärztlichen Rat tun, ist ihre Privatangelegenheit. Was sie auf ärztlichen Rat tun, und was der Arzt an den Frauen tut, an denen er die konzeptionsverhütenden Mittel anwendet, das ist nicht nur Angelegenheit der Ehepaare, sondern auch des ärztlichen Standes. Daß die Grenze dieses Handelns, über die hinaus ohne Schädigung des ärztlichen Ansehens nicht gegangen werden darf, möglichst scharf zu ziehen versucht wird, das ist eine Angelegenheit des ärztlichen Unterrichts.

Meine Leitsätze für den Unterricht lauten:

1) Die Rationierung der Kinderzahl ist eins der wichtigsten Probleme der Gegenwart; von seiner richtigen Lösung hängt die Zukunft des deutschen Volkes in hohem Maße ab.

2) Die Ärzte sind von Berufs wegen berechtigt und verpflichtet, bei dieser Problemlösung mitzuwirken, wenn nicht die Führung zu übernehmen.

3) Die Rationierung der Kinderzahl ist ein notwendiges Übel — ein Übel, weil die nicht rationierte Volksmehrung vom ethischen und vom nationalökonomischen Standpunkt das erstrebenswerte Ideal ist — notwendig, weil dieses Ideal im heutigen Deutschland unerreichbar ist.

4) Die Rationierung der Kinderzahl darf nicht mit falschen Thesen gestützt und begründet werden.

5) Solche falsche Thesen sind:

I. Verbesserung der Qualität auf Kosten der Quantität.

Jeder erfahrene Züchter weiß, daß die Hebung der Qualität am besten gelingt, wenn die Quantität groß ist, — daß insbesondere Spitzenleistungen in jeder Edelzucht um so seltener werden, je geringer die Quantität ist.

II. Die Kindererzeugung ist eine nur die Eltern angehende und nur von ihnen zu entscheidende Angelegenheit.
Sie ist außerdem auch eine Angelegenheit des Staates, der seine Wurzeln vernichtet, wenn ihm der zahlenmäßig groß bleibende Nachwuchs fehlt.

III. Die Erziehung von einem Kind, höchstens von zwei Kindern gelingt pädagogisch und wirtschaftlich leichter als die Erziehung von mehreren Kindern.

Die Fehler dieser Behauptung liegen in der Überwertung des Materiellen und in der »Versorgungskrankheit«, die jetzt in Deutschland grassiert.

6) Wenn die Rationierung der Kinderzahl als ein notwendiges Übel anerkannt wird, so muß die Bereitwilligkeit, sie zu unterstützen, durch eine klare und strenge Indikationsstellung geregelt werden.

7) Es ist notwendig, daß die Konzeptionsverhütung im klinischen Unterricht theoretisch und praktisch gelehrt wird, wobei auf die Indikationsstellung besonders großer Wert zu legen ist.

8) Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung und die Konzeptionsverhütung haben beide das gleiche Ziel, die Kinderzahl zu beschränken; die Schwangerschaftsverhütung ist nur eine Vorverlegung in der Technik.

Trotzdem dürfen sie in praxi nicht gleichgestellt werden.

Bei dem Abortus artificialis wird eine bereits zustande gekommene Schwangerschaft und damit wachsendes menschliches Leben vernichtet und zugleich das Leben der Mutter — oft in hohem Maße — gefährdet. — Bei der Konzeptionsverhütung bleibt es zweifelhaft, ob eine Schwangerschaft ohne Verhütungsmaßnahmen überhaupt zustande gekommen wäre. Bei ihr wird das erstrebte Ziel also sehr viel früher und auch in einer sehr viel ungefährlicheren — gewöhnlich gefahrlosen Weise erreicht.

9) Daraus wird die falsche Folgerung abgeleitet, daß die Konzeptionsverhütung von Ärzten sehr viel öfter und ohne nennenswerte Hemmung durch die Berufsauffassung angeraten und in die Wege geleitet werden darf und soll.

10) Infolgedessen ist Konzeptionsverhütung vielfach bereits zu einer »Spezialität« geworden und wird von Ärzten, deren gynäkologisches Wissen und Können nur geringen Anforderungen entspricht, als leichte und ergiebige Erwerbsquelle geschätzt und erstrebt. Die Konzeptionsverhütung wird von ihnen wahllos und ohne daß sie nach ihrer Begründung und nach ihrer Berechtigung fragen, vorgenommen.

11) Weil die Schwangerschaftsunterbrechung und die Schwangerschaftsverhütung nicht gleich gestellt werden dürfen, darf auch die Indikationsstellung für beide Maßnahmen nicht gleich sein. Die Indikationsgrenzen dürfen bei der Schwangerschaftsverhütung sehr viel weiter gezogen werden als bei der Schwangerschaftsunterbrechung.

12) Bezüglich dessen, was bei der Konzeptionsverhütung richtig oder falsch, erlaubt oder unerlaubt ist, lassen sich bindende und allen Situationen völlig gerecht werdende Vorschriften nicht geben.

Die Entscheidung darüber hängt sehr oft so sehr von der Berufsauffassung und von der Weltanschauung ab, daß jeder nur das tun kann und darf, was sich mit dieser Auffassung und mit dieser Anschauung vereinigen läßt.

Es ist aber zweifellos, daß eine leichtfertige Handhabung oder eine völlige Ablehnung der Indikationen das ärztliche Ansehen schädigt.

13) Für Schwangerschaftsunterbrechung und Schwangerschaftsverhütung in gleicher Weise gültig ist die ärztliche Indikation.

Wird das Leben oder die Gesundheit der Frau durch eine Schwangerschaft schwer bedroht und läßt sich diese Bedrohung nur durch Ausschaltung der Schwangerschaft abwenden, so sind sowohl die Verhütung wie die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendige therapeutische Maßnahmen.

Die Konzeptionsverhütung ist aber auch schon berechtigt, wenn eine Schwangerschaft aus ärztlichen Gründen als nicht vorteilhaft bezeichnet werden muß.

14) Die eugenetische Indikation ist für die Konzeptionsverhütung dann gegeben, wenn genügend überzeugende Beweise für die Vererbung von Mißbildungen, die das Leben unmöglich machen, oder von Defekten, die das Leben lebensunwert machen, in dem betreffenden Fall vorliegen.

15) Die soziale Indikation ist für die Konzeptionsverhütung nicht nur in Verbindung mit der ärztlichen Indikation, sondern auch für sich allein dann anzuerkennen, wenn eine gründliche und objektive Prüfung der sozialen Lage zu dem Ergebnis führt, daß Kinderzuwachs als wirkliches Familienunglück zu bezeichnen sein würde. Eine momentane Verschärfung der wirtschaftlichen Lage durch die Geburt eines weiteren Kindes ist nicht immer eine zureichende Indikation.

16) Die Schwangerschaftsabneigung der Frau ist für den Arzt keine Indikation für konzeptionsverhütende Maßnahmen. Der Arzt, der sich jedem unmotivierten oder mangelhaft motivierten Wunsch nach dieser Richtung unterwirft, verhütet nicht Krankheiten und Gesundheitsschädigung, sondern stellt sich als »Gewerbetreibender« in den Dienst des »Publikums«. Das ist dann Gelderwerb unter Benutzung ärztlicher Kenntnisse, aber nicht Ausübung des ärztlichen Berufes.

17) Es gibt operative und nicht operative Maßnahmen zur Schwangerschaftsverhütung.

18) Die operativen Maßnahmen bestehen gewöhnlich in der Unwegsammachung oder Ausschaltung der Tuben und vernichten, sofern sie völlig gelingen, die Konzeptionsmöglichkeit dauernd.

Die temporäre operative Sterilisierung ist methodologisch noch nicht genügend durchgebildet und deshalb wohl gelegentlich zu versuchen, nicht aber als Methode der Wahl anzuwenden.

19) Auch andere Versuche, eine temporäre Sterilisierung herbeizuführen, haben zu keinem praktisch brauchbaren Resultat geführt.

I. Die temporäre Röntgensterilisierung ist unsicher und besonders deshalb abzulehnen, weil die Ergebnisse der Erbforschung vor ihr warnen. Sie kann zur Schädigung der später befruchteten Ovula führen, die sich im Erbgang erst in späteren Generationen auswirkt.

II. Die zeitweise Sterilisierung durch Luteinisierung der Ovarien, um eine Follikel- und Eireifung zu verhindern, befindet sich noch im Stadium einer Arbeitshypothese. Es ist auch fraglich, ob eine solche Luteinisierung ohne dauernde Schädigung der Eierstocksfunktion möglich sein wird.

20) Bei der mechanischen Konzeptionsverhütung soll das Zusammentreffen von Ovulum und Sperma ohne Schädigung der Genitalorgane unmöglich gemacht werden.

21) Die sicherste Methode dafür ist der Coitus interruptus. Mißerfolge sind möglich, wenn die Unterbrechung zu spät erfolgt, oder wenn das Sperma zu nahe am Introitus deponiert wird.

22) Der Coitus interruptus, gewohnheitsmäßig sehr oft und Jahre hindurch ausgeführt, pflegt beide Ehegatten zu schädigen. Sie werden »nervös«. Bei der Frau kann auch der Genitalapparat anatomisch und funktionell Schaden erleiden. Kreuzschmerzen, Beckenneuralgien, Fluor und Menorrhagien sind sehr gewöhnliche Symptome bei Frauen, die den Coitus interruptus erdulden. — Methropathie, Endometritis, Myome, Parametritis posterior werden von manchen Autoren mit auf den Coitus interruptus zurückgeführt. Brüske Störung der Vaskularisation durch die willkürliche Verhinderung des Aufflutens und Abebbens der genitalen Blutwelle intra coitum wird als Ursache angenommen.

Die Tatsache, daß derartige Folgen durchaus nicht immer eintreten, deutet auf eine konstitutionell verschiedene Reaktion der Frauen auf die Schädigung durch den willkürlich unterbrochenen Coitus. — Der nur gelegentlich und selten durchgeführte Coitus interruptus pflegt schadlos zu bleiben.

23) Die besten mechanischen Mittel zur Konzeptionsverhütung sind für den Mann das Kondom, für die Frau das Okklusivpessar (Mensinga); die meisten Frauen können die Einführung des Pessars leicht erlernen.

24) Mißerfolge kommen zustande, wenn Kondom oder Pessar defekt werden — wenn der Mann im entscheidenden Moment den Kondom, dessen er bald überdrüssig wird, nicht benutzt — oder wenn das Pessar sich vor dem Coitus verschoben hat oder sich während des Coitus verschiebt.

25) Die Gefahr des Mensingapessars liegt in seiner Fremdkörperwirkung auf die Scheidenwand und darin, daß es den Abfluß der Sekrete erschweren oder verhindern und die Biologie der Vagina schädigen kann. Seine Anwendung ist deshalb nur dann unbedenklich, wenn sie mit richtigen und gewissenhaft durchgeführten hygienischen Maßnahmen vereinigt wird.

Die »Portiokappen« sind weniger zu empfehlen, als das Mensingapessar; ihre Einführung ist umständlicher, ihre Wirkung unsicherer, und die Möglichkeit einer Schädigung (Sekretstauung) ist bei ihnen größer.

26) Alle Intrauterinpessare, die mit einem Ende in der Scheide, mit dem anderen Ende im Uterus liegen, sind gefährlich und völlig zu verwerfen. Durch sie kann eine Konzeptionsverhütung nur mittels der nie ausbleibenden Endometritis traumatica erreicht werden. Ob der Silberring Graefenberg's sicher und unschädlich wirkt, bedarf noch der Klärung.

27) Die medikamentösen Mittel allein wirken unsicherer als die mechanischen, weil die Spermatozoen nicht nur verschiedener Männer, sondern auch in einem Ejakulat verschieden resistent gegen chemische Schädigung sind, und weil die Wirkung der Mittel in hohem Maße von ihrer rechtzeitigen und richtigen Applikation abhängt. Auch sie schädigen die Biologie der Scheide — um so mehr, je spermagiftiger sie sind.

28) Als Unterstützung und zur Sicherung der mechanischen Konzeptionsverhütung sind die medikamentösen Mittel zu empfehlen, und zwar in Form von Spülungen unmittelbar post coitum (2 Eßlöffel Essig, Alkohol, Eau de Cologne auf 1 Liter Wasser), besonders nach dem Nachweis eines Kondomdefektes post coitum.

29) Tabletten, Salben, Pulver sind weniger zuverlässig, weil es stets unsicher bleibt, ob sie mit allen ejakulierten Spermatozoen in Kontakt kommen.

C2817

30) Es ist wünschenswert, daß aus der großen Zahl der oft mit marktschreierischer Reklame angepriesenen medikamentösen Mittel die wirklich brauchbaren herausgefunden werden. Das ist nur durch eine systematische, objektive und wissenschaftlich zuverlässige Prüfung möglich, die am besten an einem wissenschaftlich anerkannten Institut als der Zentralstelle solcher Prüfungen erfolgen sollte.

31) Als Kontraindikationen sowohl für die mechanische wie für die medikamentöse Konzeptionsverhütung haben Erkrankungen der Genitalien, insbesondere solche entzündlicher Natur zu gelten.

32) Die Behauptung, daß die ungehemmte Konzeptionsverhütung nicht nur zu einer Abnahme der Abtreibung, sondern auch zu einer Zunahme der Geburten führen wird, ist weniger gut begründet, als die Vermutung, daß eine lange Zeit durchgeführte Schwangerschaftsverhütung zu einer nicht mehr reversiblen Sterilität führen kann. Diese Gefahr darf nicht gering geachtet werden; es muß sehr sorgfältig geprüft werden, in welchem Maße sie tatsächlich besteht und gegebenenfalls wie ihr vorzubeugen ist.

Experimentelle Untersuchungen über chemische Antikonzipientien

Von Dr. **M. Rodecurt**, Hannover

Die heutige Zeit fordert immer dringender eine vernünftige Geburtenregelung durch Änderung des § 218 und eine wirksame, möglichst einfache und unschädliche Schwangerschaftsverhütung.

Die jetzige Fassung des Abtreibungsparagraphen nützt nichts, sondern treibt nur Tausende und Abertausende in Tod und schwerstes, oft lebenslanges körperliches und seelisches Leid, ganz abgesehen von dem Verlust an wertvollen Menschenleben durch die hohe Sterilitätsziffer nach Pfuschaborten.

Aber trotz aller hier nötigen Änderungen ist der Nachdruck auf Schwangerschaftsverhütung zu legen.

Operative Eingriffe kommen nur selten in Frage, schon weil es sich meist nur um eine temporäre Maßnahme handelt.

Physikalische Methoden — vom Präservativ sehe ich hier ab — sind umständlich, nicht immer anwendbar (bei Virgines überhaupt nicht), keineswegs unschädlich und häufig versagend.

Eine hormonale Methode ist noch nicht genügend ausgebaut und bei unseren Kenntnissen über innere Sekretion auch ein recht erheblicher Eingriff in das Hormongleichgewicht.

Am angenehmsten und »überall« anwendbar wäre demnach die chemische Antikonzeption.

Der eine lobt dieses, der andere jenes Mittel. Im Gegensatz zu zahlreichen Anerkennungen sieht man jedoch immer wieder Mißerfolge, die natürlich mit dadurch begründet sind, daß sämtliche vaginal angewandten chemischen Mittel nicht sicher an alle Spermatozoen herankommen und nicht immer den Zugang zum Uterus verlegen.

Aber welches ist nun das sicherste chemische Antikonzipiens?