

Meder, Die Konzeptionsverhütung in der Hand des freipraktizierenden Arztes

nungsprüfung nicht von entscheidender Bedeutung sind, so wird diese Teilfrage doch noch sicher von anderer Seite nachgeprüft werden. Von ausschlaggebender Bedeutung bei allen Eignungsprüfungen wird aber eine Prüfung auf die Adhäsionsfähigkeit sein müssen.

Nach unseren Erfahrungen kann auch das spermagiftigste Präparat nicht zum geeigneten Antikonzipiens werden, wenn es nicht die notwendige Haftfähigkeit an den Schleimhäuten aufweist.

Die bekannten Sicherungsforderungen gehen dahin, daß zur Verhütung eine Kombination von mechanischen und chemischen Mitteln angewandt würde. Das mechanische Mittel soll den Muttermund verschließen, das chemische die Spermatozoen abtöten, ohne die Scheide anzugreifen. Der entscheidende Schutz liegt hierbei bei dem mechanischen Mittel, das den Zugang der Spermatozoen ausschaltet.

Es gibt indes Fälle, in denen die Frau aus berücksichtigenswerten Gründen den mechanischen Schutz ablehnt oder in denen dem Arzt selbst seine Anwendung nicht wünschenswert erscheint. In solchen Fällen muß ein chemisches Mittel angewendet werden, das zu der spermatozoiden Wirkung die abschließende des mechanischen Mittels hinzugesellt.

In Betracht kommen dabei nur die geleeartigen Pasten. Zu prüfen ist dabei, wie weit die Adhäsion die Oberflächenwirkung und das Eindringen der bakteriziden und spermatozoiden Masse in die Buchten und Falten der vaginalen Schleimhaut begünstigt und ob sie (die Adhäsion) den Abschluß des Muttermundes bewerkstelligt.

Entscheidend hierfür ist die Haftfähigkeit des Präparates im Muttermund. Das beste Präparat wird das sein, das unter gleichen Voraussetzungen die beste Adhäsion besitzt. Vergleiche der gebräuchlichsten Mittel, die vom Frankfurter Universitätslaboratorium (Prof. Seddig) überprüft worden sind, ergaben für das Tubenpräparat Patentex die stärkste Haftkraft. Es zeigte sich weiter, daß hinsichtlich dieser wichtigen Eigenschaft die verschiedenen Präparate sehr verschiedene Ergebnisse zeigen. Näheres darüber in dem Sammelwerk des Weltkongresses für Sexualreform, »Sexualnot und Sexualreform«, Wien, 16/23. September 1930 (S. 577, 693, 694).

Zusammenfassend: Experimentelle Prüfungen müßten mindestens neben der Spermagiftigkeit die Reizlosigkeit und vor allem die Adhäsionsfähigkeit der Mittel zum Gegenstand haben.

Experimentelle Prüfungen können auch niemals die praktischen Eignungsprüfungen vollständig ersetzen, die nur an ganz großem Material auf Grund einwandfreier Vergleichsmethoden in der Praxis durchgeführt werden können.

Aus der Privatklinik Dr. F. Meder, Ludwigshafen a. Rhein

Die Konzeptionsverhütung in der Hand des freipraktizierenden Arztes

Von Dr. Fritz Meder, Frauenarzt

Der Beweggrund zur Veröffentlichung dieser Gedankengänge ist ein doppelter: Erstens tritt die Forderung nach einem temporären Schwangerschaftsverhütungsmittel (Okklusivpessar, chemische Mittel, Kondom) fast in jeder Sprechstunde an den Allgemeinpraktiker und sehr oft an den Frauenarzt heran, an letzteren stets

zunehmend das Verlangen nach dauernder operativer Sterilisation, so daß eine Stellungnahme zu diesem Problem von den verschiedensten Seiten erwünscht erscheint, und zweitens sind es einige Gesichtspunkte Stoeckel's in seiner Arbeit im Zbl. Gynäk. 1931, Nr 17, die meiner Meinung nach eine andere Auffassung zulassen.

Die zur Zeit ungeheuer schlechte Wirtschaftslage Deutschlands, die auch für die nächste Zeit keine Besserung wesentlicher Natur erhoffen läßt, und die dadurch bedingte völlige Aussichtslosigkeit, eine Existenzmöglichkeit zu erlangen, geschweige denn eine Familie gründen und ernähren zu können, bringt vor allem den verantwortungsbewußten Teil unserer Jugend in eine mißliche Lage. Die Forderung sexueller Abstinenz verhallt ungehört und muß es auch, da dieses Verlangen im Grunde genommen naturwidrig ist. Es hieße doch aber auch jede praktische Führung aus der Hand geben, wollte man sich mit verbundenen Augen dieser Krise einfach nicht annehmen und den Dingen ihren Lauf lassen. Die zunehmende Steigerung der Abtreibungsziffern lehrt anders. Und so glaube ich auch in dieser Frage als Arzt nicht engherzig sein zu dürfen mit der Verordnung von brauchbaren Verhütungsmitteln.

Auf der anderen Seite wird durch die Hydra unserer heutigen sozialen Versicherung — die man bald eine asoziale nennen kann — dem einzelnen fast jede Verantwortung um seine Existenz abgenommen, was bewiesen wird durch die Tatsache, daß gerade die Kreise, die es wirtschaftlich am wenigsten nötig hätten, sich gar keine Entsagung in dieser Hinsicht auferlegen und Kinder um Kinder in die Welt setzen, die dann »der Staat« übernehmen kann. Und auch hier könnte durch vernünftiges Eingreifen des Arztes viel geholfen werden. Das sind nämlich Aufgaben, die nur vom praktischen Arzt, der ja auch in der größten Stadt mit der Zeit seinen umgrenzten und ihm genau bekannten Patientenkreis versorgt, erfüllt werden können und nie von irgendeiner Zentralstelle aus. Das Übernehmen dieser Fürsorgestellen, wie sie auch alle heißen mögen und wie sie fast täglich neu aus dem Boden schießen, ist ein schwerer Schaden für das ideale Verhältnis zwischen Arzt und Pat.

Ich spreche absichtlich nicht von der medizinischen und eugenetischen Indikation zur Schwangerschaftsverhütung; darin hat Stoeckel sicher recht in seinem Urteil. Die soziale Indikation ist es allein, die dem verantwortungsbewußt denkenden Arzt Schwierigkeiten bereiten kann. Und da ist doch wohl streng zu unterscheiden zwischen der dauernden operativen Sterilisation und der zeitweiligen durch mechanische und chemische Mittel.

Die Frage, wann die Indikation zu einer operativen und damit praktisch genommen dauernden Sterilisation aus sozialen Gründen gegeben ist, läßt sich nicht so einfach beantworten. Im Gegenteil — sie ist noch schwieriger zu beantworten als die Frage einer Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Indikation, denn hier handelt es sich um einen nicht wieder gut zu machenden Eingriff, und wenn sich aus irgendwelchen Gründen die wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie bessern und der Wunsch nach weiteren Kindern wach wird, ist Hilfe unmöglich. Andererseits darf man aber auch nicht zu engherzig verfahren und kann doch wohl sagen, daß mit dem dritten Kind in einer Arbeiterfamilie bei den heutigen Verhältnissen das Elend anfängt. Aber gerade hier ist von Fall zu Fall zu entscheiden, und das kann niemand besser als der mit den familiären Zuständen vertraute Hausarzt. Man wird sich aber auch in besser situierten Familien, wenn eine medizinische und soziale Indikation zusammentreffen, wie z. B. bei Operation eines

Prolapses bei einer Frau in mittleren Jahren, die vielleicht drei Kinder hat, schneller zur anschließenden Sterilisation entschließen.

Alle diese Bedenken lassen sich aber beim Überlegen der Frage, ob temporär wirkende Maßnahmen zur Verhütung einer Schwangerschaft angewandt werden sollen, viel leichter zerstreuen. Denn diese Maßnahmen sind heutzutage praktisch genommen doch fast jedermann bekannt, und der Coitus interruptus ist das meist angewandte Verfahren. Es ist meiner Ansicht nach vor allen Dingen Aufgabe des Arztes, auch hier Führer und Berater zu sein; die Mittel, die hier zur Verfügung stehen, sind ebenso zahlreich wie unvollkommen, und man hat sich vor allen Dingen mit aller Schärfe gegen die Intrauterinpressare, welcher Konstruktion sie auch seien, zu wenden und seine Pat. über ihre Gefährlichkeit und keineswegs größere Sicherheit aufzuklären. Ich persönlich halte immer noch den Kondom für das zuverlässigste Mittel, das nur den Nachteil hat, daß die Männerwelt sich meist aus egoistischen Gründen dagegen sperrt; in diesen Fällen rate ich zum Coitus condomatosus in Verbindung mit den Anthibiontabletten. Meine persönlichen Erfahrungen mit letzterem Verfahren sind durchaus gute! Sofern der Kondom abgelehnt wird, ist ein gut sitzendes Ramsesspessar in Verbindung mit den Anthibiontabletten zu empfehlen. Daß es sicherlich richtig wäre — um das hier gleich anzuführen —, in ärztlich für notwendig erachteten Fällen die Kassen zur Übernahme der Kosten für die jeweiligen Verhütungsmittel zu veranlassen, sollte nicht bestritten werden; allerdings muß dann auf strengere Indikationsstellung gedrungen werden.

Stoekel bringt in seiner Abhandlung auch die Sprache auf einige seiner Meinung nach »falsche« Thesen, die als Indikation zur Schwangerschaftsverhütung herangezogen werden und die er widerlegt zu haben glaubt. Die erste These ist die, daß »Verbesserung der Qualität auf Kosten der Quantität« gehe. Stoekel hebt nun dagegen hervor, daß es eine Erfahrungstatsache jedes erfahrenen Züchters sei, daß die Hebung der Qualität am besten gelingt, wenn die Quantität eine große ist, — daß insbesondere Spitzenleistungen in jeder Edelmutter um so seltener werden, je geringer die Quantität ist. Aber gerade hier liegt meines Erachtens der Fehlschluß. Handelt es sich denn in der kinderüberreichen Proletarierfamilie um eine Edelmutter? Hier ist doch die ausschlaggebende Vorbedingung, nämlich gleichbleibende gute Aufzuchtbedingungen, eben nicht gegeben! Und so erscheint mir die Wahrscheinlichkeit, aus einer einigermaßen gut versorgten Minderzahl von Kindern einen guten Durchschnitt zu erzielen eine viel größere, als das Hervorbringen von Spitzenleistungen aus einer Schar notleidender und unter ungenügendsten Lebensbedingungen stehender Kinder.

Auch die zweite sogenannte falsche These, daß die Kindererzeugung nur eine Angelegenheit der Eltern sei und von diesen zu entscheiden, besteht leider heutzutage in gewissem Sinne zu Recht. Denn der Staat hat heute nicht mehr die Möglichkeit, für den Nachwuchs, den die Familie nicht ernähren kann, zu sorgen, ja er hat nicht einmal die Möglichkeit, die Familie selbst zu ernähren, was durch die Zahl von fast fünf Millionen Arbeitslosen bewiesen ist. Auch hier erscheint es mir richtiger zu sein, wenn die verantwortungsbewußte Familie eingreift und nicht die Sorge um ihre Mitglieder dem Vater Staat überläßt, der daran zugrunde gehen muß.

Die dritte als falsch angeführte Behauptung, daß die Versorgung von einem, höchstens zwei Kindern leichter gelänge in pädagogischer und wirtschaftlicher Hinsicht als die von mehreren Kindern, muß gerade nach dem, was ich als Gegenbeweis zur zweiten These angeführt habe, als richtig befunden werden. Stoekel schreibt ja selbst: Der wahren Not müssen wir helfen! und die Not ist gegenwärtig

nur allzu wahr. Bei diesem ganzen Problem dreht es sich — hoffentlich! — nur um ein zeitlich begrenztes, und es ist meine feste Überzeugung, daß mit dem wirtschaftlichen Aufschwung in Deutschland auch diese Frage wieder an Bedeutung verlieren wird. Ich bin auch heute noch des Glaubens, wie auch Frau Dr. Hermine Heusler-Edenhuizen bei Erörterung einer anderen Frage im Deutschen Ärzteblatt 1931, Nr 13, daß für die Frau das Kind letzte Erfüllung ist, und daß die Frau das Kind will! Wenn aber diesem Naturwunsch außergewöhnliche äußere Verhältnisse hemmend gegenüberstehen, dann sollen wir Ärzte uns bemühen, das doppelte Leid zu lindern mit fachmännischem und indikationsbewußtem Rat.

Aus der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien
Stellvertretender Leiter: Dozent Dr. Hans Heidler

Zur klinischen Anwendung von Progynon-Schering

Von Ernst Preisseecker und Johann Stur

Unser Bericht umfaßt klinische Erfahrungen mit dem von Prof. Steinach geschaffenen weiblichen Zyklushormon Progynon, das bei 49 ambulanten Pat. unserer Klinik nach sorgfältiger Auswahl während rund 1 Jahres (ab Anfang März 1930) in Anwendung genommen wurde. Wir wollten nicht gewissermaßen neue Beweisfälle für bereits bewährte Indikationen sammeln, wenn wir auch — allerdings in zweiter Linie — solche Pat. in ziemlicher Anzahl mit gutem Erfolg behandelten; es war uns vielmehr darum zu tun, durch die Heranziehung bisher mit Progynon nicht behandelte hormonale Störungserscheinungen die Grenzen der Wirksamkeit des Mittels zu untersuchen. So kommt es, daß wir uns bei der Indikationsstellung für die Behandlung mit Progynon eigentlich recht wenig an die von Schering-Kahlbaum bzw. von der bisherigen Literatur¹ gegebene Zusammenstellung gehalten, sondern im Gegenteil auch Fälle in Angriff genommen haben, bei denen man derzeit noch Kontraindikationen aufstellt².

Es sei gleich vorweg gesagt, daß sich unter unseren Pat., insbesondere mit Ausnahme je eines Falles von Röntgenkastration bzw. Totalexstirpation, weder ein physiologischer noch sonst ein pathologischer Klimax befindet, weil wir im Sinne der konservativen Auffassung des normalen Klimakteriums als eines physiologischen Vorganges hier keinen Anlaß zu therapeutischem Eingreifen erblicken. Wieweit die Behandlung unserer Pat. zu Erfolgen geführt hat, die eine Deutung etwa im

¹ Novak und Last, Med. Klin. 1929, Nr 46 u. a.

² Arnulf Streck (Z. Geburtsh. 98 [1930]): »Als Kontraindikationen betrachten wir alle genitalen Funktionsstörungen, die mit entzündlichen und neoplastischen Genitalveränderungen, sowie bei Anämie, Kachexie, Tuberkulose auftreten.« Während wir uns daran nicht gehalten haben, stimmen wir überein mit Streck's Antwort auf die Frage, wann Zyklushormonpräparate angewendet werden sollen: »Grundsätzlich bei jeder subjektiven und objektiven Störung im weiblichen Organismus, die in kausalen Konnex mit dem Ovarinkretensystem gebracht werden kann«, wenn sich auch unsere Ansicht mit seinen besonderen Indikationsstellungen nicht deckt: I. Alle zyklischen quantitativen und qualitativen Menstruationsstörungen auf der Basis ovarhormonaler Hypo- bzw. Dysfunktion. II. Die als Krankheit empfundene Klimax. III. Intern-neurologisch-dermatologische Erkrankungen als wahrscheinliche Folgen ovarhormonaler Hypo- bzw. Dysfunktion.