Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 66 (1968)

Heft: 6

Artikel: Die kinderlose Ehe : Gang der Untersuchung und Behandlung

Autor: Salis, R. Von

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951559

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes

Bern, 1. Juni 1968 · Monatsschrift · 66. Jahrgang · Nr. 6

PFINGSTGEBETE

Heiliger Geist, weile! Der du der Tröster heisst,
rette und heile, weil wir ohn' Ihn verwaist.
Bleib als sein Zeichen, dass er uns immer nah
auch in den Reichen, die noch kein Auge sah.

In seinem Namen bist du hergesandt
als Ja und Amen, dass Gott uns zugewandt;
dass er den Sündern längst seine Hand geliehn,
milde als Kindern in seinem Sohn verziehn.

JOCHEN KLEPPER

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor Prof. Dr. M. Berger)

Die Kinderlose Ehe

Gang der Untersuchung und Behandlung

Von *R. von Salis*

Einleitung

Familienplanung wird in unserer Zeit zumeist vom negativen Gesichtspunkt der Empfängnisverhütung aus betrachtet. Statistiker rechnen uns vor, in wie naher Zukunft sich die Erdbevölkerung verdoppelt haben wird. Besorgte Staatsmänner warnen vor Hunger und Mangel an Arbeitsplätzen. In zahlreichen Artikeln wird über die Steuerung der Fortpflanzung aufgeklärt, und unserm Zeitalter scheint die Empfängnisverhütung wichtiger zu sein als die Konzeption.

Der positive Aspekt der Familienplanung ist die Ermöglichung einer Empfängnis durch Untersuchung und Behandlung eines kinderlosen Ehepaares. Die ungewollt kinderlosen Ehen tragen ihr Problem nicht an die Oeffentlichkeit. Ihnen bedeutet es ein schweres Unglück, ihren sehnlichsten Wunsch nicht erfüllt zu sehen. Wird über Kinder diskutiert, so können sie nicht mitreden. Viele fühlen sich minderwertig, sind gehemmt und deprimiert, und ihre Leistungsfähigkeit im Beruf kann nachlassen. So sind sie denn oft bereit, alles auf sich zu nehmen, damit der Kinderwunsch erfüllt werde.

Allgemeine Erwägungen

Man spricht von einer ungewollt kinderlosen Ehe, wenn diese trotz zweijährigen Bemühungen beider Ehepartner im zeugungsfähigen Alter ohne lebenden Nachwuchs bleibt. Unter Bemühungen versteht man zwei bis drei Geschlechtsverkehre wöchentlich oder konzentriert um die Zeit des Eisprungs. Das zeugungsfähige Alter einer Frau bezüglich Erstschwangerschaft liegt zwischen 12 und ungefähr 40 Jahren, während sich die Zeugungsfähigkeit eines Mannes von den Pubertätsjahren bis ins Greisenalter erstreckt.

Die Prognose einer Sterilitätsbehandlung ist wesentlich durch das Alter der Frau bestimmt. Die folgende kleine Zusammenstellung gibt an, wieviele von hundert Frauen einer Altersklasse, die noch nicht geboren haben, noch Kinder bekommen werden.

Alter der Frau in Jahren	15	20	25	30	35	40
Von 100 Frauen bekommen noch Kinder	68	66	54	30	11	3

In allzu vielen ungewollt kinderlosen Ehen — deren Prozentsatz liegt zwischen 10 und 15%; weitere 10% der Ehen bleiben gewollt ohne Nachwuchs — wird auch heute noch der Grund für das Ausbleiben einer Schwangerschaft bei der Frau angenommen. Demgegenüber wird der Anteil der beim Manne liegenden Ursachen mit 35 bis 40% angegeben; 45 bis 50% gehen zu Lasten der Frau und die restlichen 10 bis 20% bleiben ungeklärt. Auf Grund dieser Erkenntnisse muss sich unbedingt auch der Ehemann einer Untersuchung unterziehen.

Auch die Verteilung der Sterilitätsursache auf die verschiedenen Organe der Frau hat in neuerer Zeit eine Aenderung erfahren. Galt früher die Undurchgängigkeit der Eileiter als Hauptursache, so liegt nach neuen Untersuchungen bei vier von zehn unfruchtbaren Frauen die Störung im Eierstock, bei drei in den Eileitern und bei einer in der Gebärmutter.

Untersuchungen

In Nord- und Südamerika, in England und Frankreich existieren Kliniken, welche speziell für die Untersuchung von Fruchtbarkeitsstörungen eingerichtet sind. Kinderlose Ehepaare sind dort unter sich; Mann und Frau werden als Einheit angesehen, und eine Störung im Zusammenspiel beider Partner kann unter diesen günstigen Umständen eher erfasst werden. Ganz allgemein darf die Rolle des mituntersuchten und wenn nötig mitbehandelten Partners nicht unterschätzt werden. In unserem Lande müssen die Ehepartner getrennt untersucht werden. Frauen werden von Gynäkologen, die sich speziell mit Sterilitätsfragen befassen, untersucht und behandelt, bei Männern übernehmen spezialisierte Dermatologen oder Urologen Abklärung und Behandlung. Sicher bringt nur eine systematisch durchgeführte Untersuchung der Sterilitätsursache und die konsequente Behandlung, wenn nötig beider Ehepartner, diesen eine wirkliche Chance zur Erfüllung ihres Wunsches.

Als Erstes soll bei beiden Ehepartnern die Vorgeschichte erhoben werden. Zeitlich nebeneinander folgt dann eine allgemeine Untersuchung für Mann und Frau getrennt. Bei beiden ist vor allem der Befund an den Geschlechtsorganen, das heisst beim Manne der urologische, für die Frau der gynäkologische Befund bedeutsam. Dem anschliessenden Spermiogramm, das heisst der Untersuchung des Samens, laufen zeitlich bei der Frau Laboruntersuchungen, die Kontrolle der Eierstocktätigkeit, der Eileiterdurchgängigkeit sowie die Abklärung der Funktion des Gebärmutterhalses parallel. Wird

der Samen vermindert fruchtbar oder unfruchtbar gefunden, muss der Grund dafür ermittelt werden. Man wird im Samen nach Bakterien suchen und die Hormonbildung der Hoden und ihrer übergeordneten Kommandostelle, der Hirnanhangdrüse, abklären. Wurde damit die Ursache der männlichen Unfruchtbarkeit nicht gefunden, so werden als eingreifendere Untersuchungen die Hodenbiopsie und die Seminografie herangezogen. Unter Hodenbiopsie versteht man die mikroskopische Untersuchung von Hodengewebe; die Seminografie stellt die ableitenden Samenwege dar. Nach Abschluss all dieser Untersuchungen weiss man Bescheid über den genauen Sitz der Störung, die die Unfruchtbarkeit einer Ehe bedingt. Jetzt erst kann entschieden werden, ob der Mann oder die Frau oder beide behandelt und welches Verfahren dabei angewandt werden muss.

Die erste Untersuchung des Ehepaares

Da stets dieselben Fragen interessieren, lässt man am einfachsten beide Partner getrennt einen ausführlichen Fragebogen beantworten und wertet diesen nachher aus. Wichtige Hinweise ergibt zum Beispiel das Alter der Frau. Ueber 40 Jahren soll man Abklärungen und Behandlungen nur noch beginnen, wenn die Frau früher schon geboren hat, wenn die Sterilitätsursache beim Manne liegt und in kurzer Zeit behoben werden kann oder wenn die Frau gegen den Rat des Arztes unbedingt darauf besteht. Nützlich ist es zu erfahren, ob ein Partner in einer früheren Ehe zeugungsfähig war. Wurden schon früher Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, müssen auch deren Ergebnisse in Erfahrung gebracht werden. Der Beruf kann unter Umständen zur Schädigung der Fortpflanzungsfähigkeit führen, z. B. die Hitze bei Heizern und Schweissern, Infektionen bei Landwirten, Metzgern und im Medizinalberuf Tätigen; Strahlen und Chemikalien sind ebenfalls gefährlich. Eine Diskrepanz zwischen erlerntem und ausgeübtem Beruf kann unter Umständen auf eine seelische Störung als Ursache der Unfruchtbarkeit hinweisen. Ueber den gleichen Wirkungsmechanismus können sich Unterschiede in Religion und Schulbildung zwischen den Eheleuten offenbaren. Auch sollten die Angaben der Ehepartner in bezug auf das Geschlechtsleben übereinstimmen.

In der persönlichen Vorgeschichte der Frau ist eine Tuberkulose, allenfalls mit Brustfellentzündung, wegen einem damit möglicherweise verbundenen Eileiterverschluss von Bedeutung. Operationen im Unterbauch deuten auf dort durchgemachte Entzündungen hin. Die Angabe einer verspäteten oder erst auf Verabreichung von Hormonspritzen aufgetretenen ersten Menstruation lässt auf eine Unterfunktion der Eierstöcke (Ovarien) schliessen. Diese Frage kann näher geklärt werden, indem man die Menstruationen auf ein Jahr rückgängig aufführen lässt. Dass allfälligen vorausgegangenen Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen grosse Bedeutung zukommt, liegt auf der Hand. Die persönliche Vorgeschichte des Ehemannes soll Auskunft über durchgemachte Hodenerkrankungen erteilen. Vor allem der Mumps kann das samenbildende Gewebe schädigen, wenn er nach der Pubertät auftritt und mit einer Hodenschwellung einhergeht. Die Tuberkulose, aber auch Geschlechtskrankheiten können sich durch einen Verschluss der ableitenden Samenwege verhängnisvoll auf die männliche Fruchtbarkeit auswirken. Bei Männern spielen auch Unfälle, vor allem Sportunfälle, die die Leistengegend betreffen, und eventuelle dadurch bedingte notwendig gewordene Operationen eine Rolle. — Zahlreich sind die wertvollen Hinweise, die eine zielgerichtete Erhebung der Vorgeschichte anlässlich der ersten und gemeinsamen Untersuchung des Ehepaares liefern kann.

Die Untersuchung der Frau

Sie erstreckt sich über mehrere Monate und wird ebenfalls nach einem bestimmten Plan durchgeführt. In der ersten Sitzung wird eine Frau allgemein und gynäkologisch untersucht, und die notwendigen Laborbefunde werden erhoben. Als Hinweise auf die Hormonbildung in den Eierstöcken und in der Nebenniere interessiert dabei der Haarwuchs in der Scham- und Bartgegend, an Brüsten und Gliedmassen. Bei der gynäkologischen Untersuchung ist vor allem die Grösse der Ovarien, die Lage und Beweglichkeit der Gebärmutter und der Zustand von Gebärmutterhals und Muttermund von Bedeutung. Laboruntersuchungen geben Auskunft über eine allfällige Entzündung, eine Rhesus-Unverträglichkeit und über die hormonale Aktivität der Schilddrüse und Nebenniere.

Als nächstes wird die Tätigkeit der Eierstöcke abgeklärt. Diese sind nicht selbständig, sondern werden durch drei Hormone (Botenstoffe), die zyklisch aus der Hirnanhangdrüse ins Blut ausgegeben werden, gesteuert. Sie selbst produzieren Oestrogene und Progesteron. Zur Menstruation kommt es, weil plötzlich fast keine Hormone mehr gebildet werden. Die Gebärmutterschleimhaut kann sich nicht mehr halten und wird abgestossen, was normalerweise vier bis sechs Tage dauert. Schon während der Monatsblutung und weiterhin bis zum Eisprung am 14. Tag nimmt die Oestrogenbildung der Ovarien zu. Diese Oestrogene bewirken das Aufhören der Blutung und den Aufbau einer neuen Schleimhaut, die am 14. Tag, wenn das Ovar die befruchtungsfähige Eizelle in die Eileiter abgibt, am saftigsten und zuckerreichsten gefunden wird. Danach wandelt sich der geplatzte Follikel, der die Eizelle und die Oestrógene bildete, in einen Gelbkörper um und bildet fortab bis zum 25./26. Zyklustag Progesteron. Dieses Hormon bewirkt die sekretorische Umwandlung der Schleimhaut und eine Ruhigstellung der Gebärmuttermuskulatur, um für das Einnisten der befruchteten Eizelle die günstigsten Bedingungen zu schaffen. Das Progesteron bewirkt aber auch eine sprunghaft eintretende und anhaltende Erhöhung der Körpertemperatur um rund ein halbes Grad, was gemessen und als Zeichen einer vollwertigen Eierstocktätigkeit gewertet werden kann.

Wurde das Ei nicht befruchtet, verkümmert der Gelbkörper, die Hormonbildung und infolgedessen auch die Körpertemperatur nimmt wieder ab, es kommt zur Menstruation.

Der Eisprung kann ausser durch Messung des Temperaturanstiegs *(Basaltemperaturkurve)* auch mit Hilfe der sogenannten Endometrialbiopsie festgestellt werden. Es handelt sich auch bei dieser Methode um einen indirekten Nachweis des Eisprungs indem unter dem Mikroskop an der Gebärmutterschleimhaut die Wirkung der Hormone nachgewiesen wird. Ein kleines Schleimhautstück genügt, das ambulant ohne Narkose in einem Strich entnommen werden kann. Besteht Verdacht auf eine gut- oder bösartige Geschwulst, dann wird in einer kurzen Narkose die gesamte Schleimhaut des Uterus ausgeschabt und untersucht. Im rechten Zeitpunkt ausgeführt, ist diese Methode die aufschlussreichste. Besonders erfreulich ist die Feststellung, dass hin und wieder eine Frau nach dieser Untersuchung schwanger wird.

Haben die bisherigen Untersuchungen gesunde Verhältnisse ergeben, werden jetzt die Eileiter auf Durchgängigkeit untersucht. Dazu stehen zwei Möglichkeiten zur Verfügung, die ebenfalls ohne Narkose und ohne Spitalaufenthalt vorgenommen werden: die *Pertubation* und die *Hysterosalpingografie.* Bei beiden Eingriffen wird eine Kappe durch Vacuum fest mit dem Muttermund verbunden. Bei der Pertubation wird langsam CO_2-Gas in den Uterus gepumpt und dauernd der Druck gemessen. Im Falle von durchgängigen Eileitern kann das Entweichen des Gases in die Bauchhöhle gehört werden. Sind die Tuben verschlossen, dann findet das Gas

keine Ausweichmöglichkeit, und der intrauterine Druck steigt fortwährend an. Unter der Hysterosalpingografie versteht man die Darstellung der Gebärmutter und der Eileiter, indem man sie nach der Füllung mit Kontrastmittel röntgt. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, dass auf den Röntgenbildern Missbildungen, Polypen, Myomknoten und andere Abnormitäten sichtbar sind. Werden diese Untersuchungen in der ersten Zyklushälfte, am besten vor dem Eisprung, durchgeführt, wird anschliessend ungefähr eine von zwanzig Frauen schwanger.

In seltenen Fällen wird die *Laparoskopie* angewandt. Durch ein unterhalb des Nabels eingeführtes Rohr mit einer Lichtquelle können dabei die Geschlechtsorgane direkt besichtigt und beurteilt werden.

Als letzter Organteil verdient auch der Gebärmutterhals (die Cervix) das Interesse des Untersuchers. Zwei Hauptfunktionen kennzeichnen ihn. Er bildet mit seinem Schleimpfropf eine Barriere zwischen Scheide und Gebärmutter und schützt sie so vor aufsteigenden Infektionen. Er stellt aber auch den eigentlichen Aufenthaltsort für die männlichen Samenzellen dar. Während diese in der sauren Scheide höchstens wenige Stunden leben, beträgt ihre Lebenszeit im Halskanal rund zwei Tage, während denen sie befruchtungsfähig bleiben. Diese Aufgabe kann der Gebärmutterhals allerdings nur erfüllen, wenn er gesund ist. Risse oder andere anatomische Veränderungen müssen gesucht und allenfalls operiert werden. Eine Besiedlung des Schleims durch Colibakterien muss behandelt werden, weil diesen und andern Krankheitserregern eine starke, abtötende Wirkung auf die Samenzellen innewohnt.

Die Cervixkontrolle ist aber vor allem für die rechtzeitige Voraussage des Eisprungs nützlich. Auf diesen Tag hin öffnet sich der Muttermund, und aus dem kleinen, zähen, undurchsichtigen Schleimpfropf wird eine gallertige, glasklare Schleimmasse. Findet also in dieser Zeit — in einem 28tägigen Zyklus zwischen dem 12. und 14. Tag — ein Geschlechtsverkehr statt, dann fällt es den Samenzellen leicht, in die Cervix und weiter bis zur Eizelle aufzusteigen. Man spricht vom sogenannten Konzeptionsoptimum, d. h. von den günstigsten Bedingungen für eine Befruchtung, in diesen Tagen. Die Frau muss bei dieser Untersuchung vom 10. bis 16. Zyklustag täglich kurz kontrolliert werden, wobei auch die Zahl und Beweglichkeit der Samen im Cervixschleim mikroskopisch ermittelt werden kann.

Die Behandlung der Frau

Wenden wir uns zuerst den hormonal bedingten Störungen der Eibildung zu. Liegt z. B. die Ursache der Unfruchtbarkeit in einer Ueberfunktion der Nebenniere, dann bremst man diese durch Prednison. In rund der Hälfte der Fälle kommt es danach zu einer Schwangerschaft. Eine Unterfunktion dieser Drüse ist selten und praktisch nie für eine Sterilität verantwortlich. Dies gilt nicht für die Schilddrüse. Ein Hormonmangel kann aber auch hier ausgeglichen und eine Ueberproduktion auf normale Werte gesenkt werden.

Wie wir bereits gesehen haben, wird die Tätigkeit der Eierstöcke von der Hirnanhangdrüse gesteuert. Während sich deren Unterfunktion bis vor wenigen Jahren jeglicher Behandlung entzog, können heute die entsprechenden Hormone aus menschlichen Placenten und aus dem Urin von Frauen in der Abänderung gewonnen werden. Mit diesen Hormonen und auch mit Clomiphen, einer künstlich hergestellten Substanz, können die Eierstöcke zur Bildung und Ausreifung befruchtungsfähiger Eizellen veranlasst werden. Sind die Ovarien nicht in der Lage, Hormone in genügender Menge zu bilden, können die fehlenden leicht ersetzt werden.

Eine Uterushypoplasie, das heisst eine Unterentwicklung der Gebärmutter, behindert die Einpflanzung einer befruchteten Eizelle nicht; dagegen kommt es häufig zum Abort, da dem wachsenden Kind zu wenig Raum zur Verfügung steht. Diese erste, von der Natur abgebrochene Schwangerschaft stellt dann gleichsam eine Behandlung dar, sodass eine zweite Schwangerschaft meist komplikationslos ausgetragen wird.

Eine akute Entzündung der Eileiter wird in den ersten Tagen mit Bettruhe, Antibioticis gegen die Krankheitserreger und Nebennierenhormonen gegen Verklebung, später mit Wärme und Kurzwellen behandelt. Bei chronischen Eileiterentzündungen wirken Moorbäderkuren günstig.

Eine zu enge Scheide lässt sich operativ erweitern oder vollständig neu bilden. Ein klaffender Muttermund kann nach verschiedenen Methoden wieder auf die normale Grösse gebracht werden. Shirodkar hat 1954 eine Operation beschrieben, welche Aborte infolge eines schwachen Gebärmutterhalses durch Zuschnürung der Cervix verhindert. Cervixengnisse werden erweitert, wobei meist zusätzlich Hormone zur Förderung der Schleimbildung gegeben werden. Mit einigen Erfolgen werden auch Gebärmuttermissbildungen operiert.

Zahlreiche Operationen wollen die Durchgängigkeit der Eileiter wieder herstellen. Die höchste Erfolgsquote hat die einfache Lösung von Verwachsungen des Eileiters mit der Umgebung. Gute Resultate können auch erwartet werden, wenn nur das neben dem Ovar gelegene Ende verklebt ist und geöffnet werden muss. Die Aussichten auf eine Schwangerschaft sinken, wenn verklebte Stücke herausgeschnitten werden müssen. In verzweifelten Fällen wurden schon Ovarien in die Gebärmutter eingepflanzt. Eine erfolgreiche Methode in Südamerika besteht in der Durchspülung der Eileiter mit einer Flüssigkeit, die Verklebungen löst und Infektionen bekämpft.

Die Untersuchung des Mannes

Auch hier wird zuerst der Körper als Ganzes beurteilt. Dabei können allfällige weibliche Merkmale wie charakteristischer Haaransatz, Brustbildung, typische Fettverteilung und ungebrochene Stimme erkannt werden.

Bei der urologischen Untersuchung interessiert die Beschaffenheit der äussern und innern Geschlechtsorgane. Ein Leistenbruch kann vorliegen oder das Glied kann zu gross, gespaltet oder verhärtet gefunden werden. Durch den Hodensack tastet man allfällige Verhärtungen oder Knoten an den Samenleitern und Nebenhoden und stellt die Grösse und Beschaffenheit der Hoden fest. Die Samenbläschen und die Vorsteherdrüse (Prostata) sind einer Untersuchung vom Darm her zugänglich.

Zentrale Bedeutung für die Fruchtbarkeit des Mannes kommt dem Samen zu. Für die Untersuchung wird er durch Masturbation nach mindestens dreitägiger, sexueller Enthaltsamkeit gewonnen. Als normal bezeichnet man eine Menge von zwei bis fünf Kubikzentimeter, milchig-weissliche Farbe und süsslich-faden Geruch; die chemische Reaktion ist leicht alkalisch. Damit Zeugungsfähigkeit vorliegt, muss ein Kubikzentimeter 40 bis 200 Millionen normal bewegliche und zu mindestens 75% normal geformte Samenfäden enthalten.

Finden sich im Samen keine oder ungenügend wenig Samenfäden, gibt eine Hodenbiopsie, die mikroskopische Untersuchung eines kleinen Hodenstückes, Auskunft, ob die Störung durch eine Unterfunktion der samenbildenden Zellen oder durch einen Verschluss im Samenleiter bedingt ist. Der Eingriff, dem eine mindestens dreitägige sexuelle Enthaltsamkeit vorauszugehen hat, kann ambulant in örtlicher Betäubung ausgeführt werden. Eine sitzende Tätigkeit kann sofort, körperliche Arbeit nach drei Tagen wieder aufgenommen werden.

Besteht Verdacht auf einen Verschluss der Samenwege — als Ursache kommen Entzündungen, Geschwülste, Missbil-

dungen aber auch eine Tuberkulose oder eine Operation in der Leistengegend in Frage — dann zeigt eine Seminografie deren genauen Sitz auf. Die Untersuchung bedingt einen Spitalaufenthalt von zwei bis drei Tagen. Ebenfalls in örtlicher Betäubung werden die abführenden Samenwege gesucht, eröffnet, mit Kontrastmittel gefüllt und anschliessend geröntgt. Die Arbeitsunfähigkeit für sitzende Berufe beträgt zwei, für körperlich Arbeitende fünf Tage; Geschlechtsverkehr ist nach einer Woche wieder erlaubt. Die Beurteilung der Röntgenbilder ist schwierig und muss spezialisierten Fachärzten überlassen werden.

Die Behandlung des Mannes

Im Gegensatz zu den Frauen fehlt es den Männern oft an der nötigen Ausdauer. Auch muss häufiger ein übermässiger Nikotin- und Alkoholkonsum eingeschränkt werden.
Liegt eine Störung im hormonalen Gleichgewicht vor, muss diese als mögliche Ursache der männlichen Unfruchtbarkeit behoben werden. Beim Mann spielen aber vor allem Veränderungen in der Menge und Qualität des Samens eine Rolle. Zu wenig Samen findet man bei teilweisem oder einseitigem Verschluss der Samenleiter oder Samenbläschen. Ist die Störung durch eine Tuberkulose bedingt, dann wirken die entsprechenden Medikamente. Liegt der Grund der Unterproduktion in einem Hormonmangel, dann stellt das Hodenhormon Testosteron das Medikament der Wahl dar. Wird zu viel Samenflüssigkeit gebildet, liegt meist eine Entzündung vor, die mit Penicillin oder andern Antibioticis geheilt werden kann. Da in diesen Fällen die Samenfäden oft ungenügend konzentriert sind, können sie durch Zentrifugieren angereichert und zur künstlichen Besamung verwendet werden. Es kann aber auch die Gesamtzahl der Samenfäden herabgesetzt, die Beweglichkeit vermindert oder erhöht und der Anteil abnormer Formen zu gross sein. In vielen solchen Fällen zeitigen Kuren mit Hoden -und Hirnanhangdrüsenhormonen Erfolge.
Findet sich in der Samenflüssigkeit kein einziger Samenfaden, muss eine Missbildung oder ein vollständiger Verschluss beider Samenleiter angenommen werden. Je nach Sitz und Ausdehnung des Verschlusses werden die beiden funktionsfähigen Teile nach Entfernung des undurchgängigen Samenleiterstückes miteinander verbunden oder die Samenleiter werden neu in den Nebenhoden oder Hoden eingepflanzt. Wichtig ist die zeitliche Koordination der Operation mit dem Eisprung der Frau. Da die Erfolge der Operation eher bescheiden sind, können gleichzeitig Samenzellen für die künstliche Besamung gewonnen werden.
Auch ein Leistenbruch kann für die Unfruchtbarkeit eines Mannes verantwortlich sein und soll operiert werden. Die enge Vorhaut einer Phimose kann den normalen Geschlechtsverkehr durch Schmerzen behindern oder verunmöglichen und ist einfach zu beheben. Eine angeborene Spaltung des Gliedes muss zur Behebung des Samenverlustes operativ geschlossen werden.
Kryptorchismus, die Lage der Hoden in der Bauchhöhle statt im Hodensack, ist immer mit Unfruchtbarkeit verbunden, da die Hoden bei Körpertemperatur nicht arbeiten können. Bis zum zehnten Lebensjahr kann die Verlagerung der Hoden medikamentös versucht werden; später, und bei geringer Beweglichkeit ohnehin, ist nur eine Operation erfolgreich.

Die künstliche Besamung

Viele knüpfen die kühnsten Erwartungen an diese Möglichkeit. Man versteht unter Insemination die künstliche Uebertragung von Samen in die Gebärmutter. Aus ethischen Gründen soll nur Samen des Ehepartners Verwendung finden.
Während die Frau ein Entspannungsmittel erhält, gewinnt der Mann den Samen durch Masturbation in ein keimfreies Gefäss. Der Samen kann nun durch eine lange Kanüle direkt in die Gebärmutter eingespritzt oder besser in einer Kappe an den Gebärmutterhals angelegt werden.
Die Insemination ist in denjenigen Fällen angezeigt, in denen der Samen nicht auf natürliche Weise tief in die Scheide unter den Gebärmutterhals gebracht werden kann. Seit kurzem können Samenzellen über Monate bei —196° C tiefgekühlt werden, ohne die Fähigkeit der Befruchtung zu verlieren. So gelingt es, viele kleine Portionen zu sammeln und schliesslich mit einer genügenden Menge eine Besamung vorzunehmen.
Gibt man sich Rechenschaft über die Bedeutung des Alters der Frau und die Vielfalt der Ursachen einer ehelichen Unfruchtbarkeit, dann wird klar, dass die Feststellung, ungefähr jedem dritten Ehepaar könne geholfen werden, im Einzelfall wenig aussagt. Die Erfolgsquote mag auch recht bescheiden erscheinen. Vor dem Glück aber, das die Erfüllung des Kinderwunsches einem erfolgreich behandelten Ehepaar bedeutet, treten statistische Erwägungen in den Hintergrund.

Sie entsetzten sich aber alle

Apostelgeschichte 2, 7

Pfingsten! — da klingt uns im Ohr Goethes Gesang: «Pfingsten, das liebliche Fest war gekommen, es grünten und blühten Feld und Wald ...»

Ja, sind nicht auch in unserem Gesangbuch fast alle Lieder auf diesen Klang gestimmt: Pfingsten, das liebliche Fest?

Seltsam, in der Pfingstgeschichte herrscht ein ganz anderer Ton: «Da kam die Menge zusammen und wurden bestürzt ...» Und ein paar Sätze weiter: «Sie entsetzten sich aber alle und wurden bestürzt ...»

Die Menge, die da am ersten Pfingsttag zusammenkam, hatte offenbar gar nicht den Eindruck von einem «lieblichen Fest». Nein, nicht einmal von einem Fest. Sie machten viel eher den Eindruck von Leuten, die einer Katastrophe beiwohnen; von Leuten, die in einen grossen Schrecken geraten sind.

Jawohl! Eine Katastrophe erlebten diese Leute: Sie wurden vom heiligen Geist vor den lebendigen Gott gestellt. Es waren ja wohl fromme Leute. Sie waren zu einem der Tempelfeste nach Jerusalem gekommen. Es heisst in der Bibel sogar ausdrücklich, es seien «gottesfürchtige Leute» gewesen.

Aber es ist doch etwas anderes, wenn man plötzlich vor den Lebendigen gestellt wird. Da entsetzt sich der Mensch. Da wird das Herz aufgedeckt mit all seiner Schande und Sünde. Da wird das Gewissen erschreckt.

Aber gerade das will der heilige Geist. Denn nur ein erschrockenes Gewissen kann recht Jesu Stimme hören.

Aus: Andachten von Wilhelm Busch

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin: Frl. Thérèse Scuri
2012 Auvernier NE, Tel. (038) 8 22 04,
zur Zeit in 2400 Le Locle, Maternité,
Tel. (039) 5 11 56

Zentralkassierin: Mme. A. Bonhôte
Beaux-Arts 28, 2000 Neuchâtel
Tel. (038) 5 30 22

Fürsorgefonds-Präsidentin: Sr. Elis. Grütter
Schwarztorstrasse 3, 3000 Bern
Tel. (031) 45 09 48

Zentralvorstand

Bitte beachten!

Die Adresse der Redaktorin lautet ab 1. Mai
Frl. M. Lehmann, bei Frl. Binggeli, Heb.
3555 Trubschachen