

Kretzschmar, Zur Frage des Ovulationstermins beim verkürzten Zyklus

Wir schließen daraus, daß eine Hemmung der Wehentätigkeit bei einmal im Gange befindlicher Geburt durch intravenöse Injektion von Gelbkörperhormon in einer Dosierung bis zu 40 mg nicht möglich ist. Ob bei höherer Dosierung des Corpus-luteum-Hormons dieser Effekt am Menschen zu erreichen ist, wagen wir heute noch nicht zu entscheiden. Es ist aber denkbar, daß ein intravenös injizierbares, höher konzentriertes Progesteronpräparat auch bei der Frau instande ist, die am Ende der Gravidität allmählich versiegende Gelbkörperhormonwirkung im Sinne einer Ruhigstellung der Uterusmuskulatur zu unterstützen und zu verlängern, mit dem Erfolg einer Herabsetzung der Wehentätigkeit oder sogar einer Verzögerung des Eintrittes der Geburt. Es müßte zu diesem Zweck eine Dosis erreicht werden, die instande ist, die Wirkung des Corpus-luteum-Hormons in so hohem Maße zu ersetzen, daß die Uterusmuskulatur weiter unempfindlich gegenüber der Wirkung des Hypophysenhinterlappenhormons bleibt. Wir kennen heute diese Dosis noch nicht, können aber aus unseren Ergebnissen schließen, daß bei der Frau die stoßweise Verabreichung von 40 mg Progesteron keineswegs ausreicht, um die begonnene regelmäßige Wehentätigkeit bei rechtzeitiger Geburt zu hemmen.

Zusammenfassung

Die Anwendungsgebiete der Progesterontherapie in Gynäkologie und Geburtshilfe wurden mit Hilfe des von der Ciba-AG. hergestellten intravenös injizierbaren Präparates Lutocyclin i. v. geprüft. Während die Therapie der Dysmenorrhoe als fraglich erfolgreich bezeichnet werden muß, sind die Erfolge bei durch Überproduktion von Follikelhormon verursachten Metrorrhagien, besonders bei der Metrorrhagia juvenilis, als gut zu bezeichnen, wenn auch Rezidive nicht ausbleiben. Beim drohenden Abortus halten sich Erfolge und Versager das Gleichgewicht. Die drohende Frühgeburt kann vorübergehend zum Stillstand gebracht werden. Die Wehentätigkeit bei rechtzeitiger Geburt bleibt durch das Präparat in einer Dosierung bis zu 40 mg unbeeinflusst.

Schrifttum

Corner u. Allen, Amer. J. Physiol. 88, 326 (1929). — Elert, Zbl. Gynäk. 1943, 1178. — Knaus, Arch. exper. Path. 151, 371 (1930). — Wolf, Münch. med. Wschr. 1942, 914; Zbl. Gynäk. 1943, 1575.

Zur Frage des Ovulationstermins beim verkürzten Zyklus

Von H. Kretzschmar, Berlin

Mit 1 Abbildung

Die Frage des Ovulationstermines beim verkürzten Zyklus hat in letzter Zeit mehrere Bearbeitungen gefunden. Sie dürften bei den Lesern dieses Blattes wohl annähernd bekannt sein. Es sei deshalb nur in äußerster Kürze wiederholt: Göcke (Zbl. Gynäk. 1942, S. 1863) errechnet entsprechend der Schröderschen Lehre den Zeitpunkt des Follikelsprunges aus dem Schleimhautbild. Seine Resultate wurden von Riebold (Zbl. Gynäk. 43, Nr. 25) aus Erfahrungsgründen in Zweifel gezogen, da die Anamnesen nicht genau zu sein schienen. Nun hat Stieve (Zbl. Gynäk. 42, S. 866 und 977) infolge besonderer Umstände die sonst sicher seltene Möglichkeit gehabt, bei zahlreichen Frauen in geschlechtsreifem Alter die

Gebärmutterschleimhaut und die dazugehörigen Ovarien anatomisch-histologisch zu untersuchen und ist zu dem Resultat gekommen, daß »das Schleimhautbild und der Follikelsprung resp. Gelbkörperbildung, im Entwicklungsalter nicht immer in so regelmäßiger Beziehung stehen, wie man bis jetzt allgemein annimmt«. Damit sinkt natürlich auch aus anderen als erfahrungsstatistischen Gründen die Beweiskraft der Goeckeschen Untersuchungen nicht unerheblich. In dem Pro und Contra des Ovulationsstreites wird man somit in Zukunft immer wieder auf genaue Einzelbeobachtungen zurückgreifen müssen (s. a. Besold, Zbl. Gynäk. 41, Nr. 48 und 42, Nr. 18; Runge, Zbl. Gynäk. 42, S. 1858), die besonders interessant bei den von der Regel abweichenden »Regel«-Typen sind. Daher sei folgende Beobachtung mitgeteilt.

Frau K. F., 31jährig, Schwiegertochter einer Hebamme in B., sucht mich am 22. 5 1943 wegen Sterilität auf. Seit 1 Jahr verheiratet, seit 2 Jahren Coit. norm. mit dem jetzigen Ehemann. Nie Präventivmaßnahmen. Coit. tgl. 1—2mal, kein Orgasmus, keine Libido. Regelanamnese: 1. Regel mit 13 Jahren, früher 4wöchentlich, seit vier Jahren durchschnittlich alle 25 Tage, 4 Tage lang, starke Schmerzen, mäßige Blutung. Kein Partus, kein Abort. Infectio veneris neg. Kaum Alkohol, kein Nikotin. Sept. 1941 von anderer Seite »Knickungsoperation« wegen Sterilität.

Befund: Übermittelgroße, dunkelhaarige, kräftig entwickelte Patientin, nicht gerade temperamentvoll, aber doch oft lebhaft reagierend. Inneres und äußeres Genitale o. B.

Die daraufhin erhobene Forderung der Untersuchung des Ehemannes auf Zeugungsfähigkeit wird mit ungläubigem Lächeln aufgenommen. Sie ergibt absolute Sterilität, wahrscheinlich infolge Obliterations-Azoospermie nach Motorradunfall (H. Stiasny).

Da beiderseits starker Kinderwunsch besteht, wird mit dem Ehepaar die Samenübertragung ab alieno diskutiert. Als Spender wird der Bruder des Ehemannes gewählt, der selbst schon zwei gesunde Kinder gezeugt hat. Nach schriftlicher Einverständniserklärung aller Beteiligten wird zur Errechnung des optimalen Empfängnisterrains noch einmal genau der Zyklus durchgegangen. Frau F. bestätigte erneut ausdrücklich den durchschnittlich 25tägigen Zyklus der letzten Jahre, kalendermäßige Aufzeichnungen wurden am Jahresende vernichtet, für 1943 sind sie jedoch vorhanden und mit folgenden Daten festgelegt: 7. 1./31. 1./23. 2./19. 3./13. 4./9. 5./4. 6./28. 6. Im Knausschen Schema eingetragen, sieht der Zyklus folgendermaßen aus:

Eintritt der Regelblutung	Länge des monatlichen Zyklus															
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32
7. I.					○								■			
31. I.				○								■				
23. II.					○							■				
19. III.						○							■			
13. IV.							○							■		
9. V.								○							■	
4. VI.									○							■
28. VI.				×												

Die Periode kam also einmal am 24., dreimal am 25., einmal am 26. und zweimal am 27. Tage, im Durchschnitt also alle 25,57 Tage. Die letzte Regel erfolgte am 28. 6. Entsprechend den Knausschen Vorstellungen wurde beschlossen, je am 6. 7. und 8. 7.

Rumpf, Wann ist eine Konzeption möglich?

1943 morgens in der Klinik eine Insemination vorzunehmen. Aus kriegsbedingten Gründen konnte der Bruder aber nur an einem einzigen Abend, und zwar am 5. 7. freikommen. Es wurde daher am 5. 7. abends die Insemination des durch Masturbation gewonnenen, frischen Samens durchgeführt. Die evtl. zwischen dem 21. und 27. 7. zu erwartende Periode trat nicht mehr auf. Frau F. ist zur Zeit (Ende Oktober) in der 16. Woche gravid, was der Uterusgröße auch entspricht.

Also, eine gesunde 31jährige Frau mit durchschnittlich 25tägigem Zyklus wird bei nachgewiesenermaßen nur einer einzigen Befruchtungsmöglichkeit am 8. Tage nach Beginn ihrer letzten Menstruation, bzw. am 4. Tage nach Beendigung ihrer letzten Regel gravid. Fremdverkehr ist mit Sicherheit auszuschließen.

Wie verträgt sich das nun mit der Göckeschen Ansicht bzw. mit der Leipziger Schule, daß die Verkürzung der Zyklusdauer nicht auf Kosten der Follikelreifung und der Proliferationsphase der Uterusschleimhaut geht, sondern durch einen vorzeitigen Untergang des Corpus luteum und einen damit verbundenen frühzeitigen Abbruch der Sekretionsphase bedingt ist? Sofern man nicht überhaupt die Richtigkeit der bisherigen Ansicht über die ausnahmslose Abhängigkeit des Uteruszyklus vom ovariellen in Zweifel ziehen will, wozu nach Stieve (s. o.) durchaus Anlaß besteht, von der Lebensdauer der Spermatozoen ganz zu schweigen, müßte man sich in diesem Falle mit der Heranziehung einer violenten Ovulation (Runge, s. o.) helfen. Dazu scheint mir aber die Situation einer künstlichen Befruchtung zu wenig invitabel zu sein, zumal bei einer Frau, die so gut wie nie Orgasmus erlebte. Der Herbeiziehung einer violenten Ovulation — die mir zwar bei adäquaten Reizen im Gegensatz zu Knaus durchaus möglich erscheint — bedarf es aber nicht, wenn man seine Lehre von der Konstanz der Corpus-luteum-Phase, nach welcher der frühest mögliche Befruchtungstermin unseres Falles errechnet wurde, dem Erklärungsversuche zugrunde legt.

Zusammenfassung

Verf. nimmt an Hand eines Falles zur Frage des Ovulationstermines bei verkürztem Zyklus Stellung. Es kommt bei einer von ihm durchgeführten künstlichen Befruchtung am 8. Tag post menstrum zur Empfängnis. Damit wird die Theorie, die dem verkürzten Zyklus eine Verkürzung der Corpus-luteum-Phase zugrunde legt, in Frage gestellt.

Aus der Privat-Frauenklinik Dr. E. Rumpf, Hagen i. Westfalen

Wann ist eine Konzeption möglich?

Von E. Rumpf

Mit 1 Abbildung

Die Ansicht von Knaus über das Konzeptionsoptimum bei regelmäßigem 4 wöchentlichem Zyklus wird wohl jetzt von allen Seiten anerkannt. Meinungsverschiedenheiten bestehen nur noch in 2 Punkten.

1. Ob auch außerhalb dieser Phase eine Konzeption möglich ist.
2. Wann das Konzeptionsoptimum bei einem Zyklus von 26 und weniger, bzw. 30 und mehr Tagen anzunehmen ist.

Schroeder, Caffier u. a. bejahen die 1. Frage, während Knaus eine Konzeption außerhalb der Zeit des Optimums nur mit großen Einschränkungen anerkennt. In Punkt 2 gehen die Ansichten auch auseinander: