

antibiotischen Mitteln oder Nebennierenrinden-Hormonen der Leibesfrucht zugemutet werden kann.

Bei operablen Hirngeschwülsten erscheint wieder das Problem, ob der Schwangeren der große Eingriff zumutbar ist; auch die Wahl des Narkoseverfahrens ist zu berücksichtigen.

Mit einem neuen Problem wurden wir nach Kriegsende bekannt gemacht: Frauen, die lange inhaftiert, Hungerschäden ausgesetzt oder verbrecherischen Versuchen unterworfen waren, brachten Mißgeburten zur Welt. So im folgenden Fall: junge jüdische Frau, sonst gesund und mit gesundem Mann verheiratet, gebiert in den Jahren 1946, 1948 und 1950 drei schwer idiotische Kinder. (Kein Anhalt für andersartige pränatale Schäden!) Als sie wieder schwanger wird, soll die Frage der Beseitigung der Schwangerschaft geprüft werden. (Noch vor dem ärztlichen Urteil erfolgt ein spontaner oder artifizieller Abortus.) Wir haben hiermit die Frage der eugenischen Indikation angeschnitten, die wir mit der Feststellung beantworten:

in der Bundesrepublik entbehrt die eugenische Indikation gesetzlicher Grundlage; es ist also nicht zulässig, eine Leibesfrucht zu beseitigen, um kranke Nachkommen zu verhindern. Der Berliner Erbpathologe *Nachtsheim* berichtet neuerdings, daß es in Berlin möglich ist, eine Schwangerschaft aus eugenischer Anzeige zu unterbrechen und die Schwangere gleichzeitig operativ unfruchtbar zu machen.

Schrifttum: Naujoks, H.: Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, Stuttgart (1954). — Philipp, E.: Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation? Med. Klin., 53 (1958), S. 2063—2064. — Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen. Verfahrensvorschriften und Richtlinien für die Annahme eines übergesetzlichen Notstandes, Bayer. Ae.bl. (1954), H. 2. — Wer sich für die Diskussion des Problems in der Schweiz interessiert, sei verwiesen auf: Roth, F.: Kritische Betrachtungen zur heutigen Praxis der Schwangerschaftsunterbrechung, Schweiz. med. Wschr., 88 (1958), Nr. 50. — Wyss, R.: Die psychiatrische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei nicht geisteskranken Frauen, Bemerkungen zur Arbeit von F. Roth, Schweiz. med. Wschr., 88 (1958), Nr. 50. — Nachtsheim, H.: Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation? Med. Klin., 53 (1958), S. 2065.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. K. Kolle, Univ.-Nervenklinik, München 15, Nußbaumstr. 7.

DK 618.39 - 089.888.14 - 035 : 616.8/89

Schwangerschaftsunterbrechung aus geburtshilflicher oder gynäkologischer Indikation

von F. v. MIKULICZ-RADECKI

Zunächst einige Grundbegriffe:

1. Unter Schwangerschaftsunterbrechung wird der künstliche Abbruch einer noch intakten, gesunden und intrauterin implantierten Schwangerschaft verstanden; das ist aber nicht mehr der Fall bei einem Abortus incipiens, bei der Operation einer Tubargravidität, bei der operativen Entfernung eines missed abortion.

2. Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist — entsprechend der Definition — nur bis zum Ende des 7. Schwangerschaftsmonats möglich; eine spätere künstliche Beendigung der Schwangerschaft ist eine Frühgeburt — mit den immer mehr wachsenden Aussichten für die Lebenderhaltung der Frucht.

Üblicherweise kommt eine medizinisch indizierte Schwangerschaftsunterbrechung nur für die ersten drei bis höchstens vier Schwangerschaftsmonate in Betracht, weil später die Lebensfähigkeit der Frucht sehr bald erreicht werden kann.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz bildet eine akute Gefährdung der Schwangeren, wozu zu rechnen wäre auf geburtshilflichem Gebiet: Placenta praevia, die frühzeitig, also etwa schon in der Mitte der Schwangerschaft, zu einer starken Blutung führt — meistens tritt dieser Fall erst in den letzten Schwangerschaftsmonaten ein! —, auf gynäkologischem Gebiet das Carcinoma colli uteri, bei dem die Frucht während der ersten sieben Schwangerschaftsmonate zugunsten der Mutter geopfert werden muß, um sofort nach der Diagnosenstellung eine radikale Operation oder Strahlentherapie durchführen zu können. Ähnliches gilt vom Rektum-, Kolon- und Magenkarzinom.

Dagegen sind Ovarialtumoren, Myome, aber auch eine Appendizitis und eine Cholezystitis

— soweit erforderlich — zu operieren bei möglichstster Erhaltung der Schwangerschaft. Ob es notwendig ist, eine gleichzeitig bestehende Schwangerschaft bei Vorliegen eines Mamma-Karzinoms zu unterbrechen, ist noch nicht endgültig entschieden; *Schinz* und *Botsztejn* nehmen eine ungünstige Beeinflussung des Wachstums durch die Gravidität als erwiesen an. — Bei den Darm- sowie Uteruskarzinomen sind es dagegen technische Gründe, welche eine Interruption erforderlich machen.

Eine früh ausgebrochene Eklampsie, aber auch eine schwer zu beeinflussende Präeklampsie zwingen früher gelegentlich zu einer Schwangerschaftsunterbrechung im 5.—7. Monat. Die Fortschritte in der diätetischen und medikamentösen Behandlung dieser beiden Erkrankungen haben dazu geführt, daß man heute so gut wie immer die Schwangerschaft weiter bestehen lassen kann, zumindest bis zur Erreichung der Frühreife des Kindes. Das gilt auch für manche Fälle von schweren chronischen Nierenschäden.

Sind diese Fortschritte erst in den letzten zehn Jahren erreicht worden, so haben wir Geburtshelfer bereits seit gut 20 Jahren gelernt, die Hyperemesis gravidarum auch in ihrer schweren Form so günstig zu beeinflussen, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung, wie sie vor 30 und mehr Jahren gar nicht selten erforderlich war, um den toxischen Tod zu verhüten, heute praktisch überhaupt nicht mehr erforderlich ist. Ich selbst habe seit 1936 keine Schwangerschaftsunterbrechung mehr aus diesem Grunde vorgenommen. Diese Wendung kam auf Grund zweier Erkenntnisse: 1. Die Hyperemesis gravidarum muß möglichst frühzeitig — und dann energisch und am besten klinisch behandelt werden.

2. Bei der Therapie ist sowohl die psychische Komponente, aber auch die Störung im hormonalen und Stoffwechselgleichgewicht zu berücksichtigen. Hier haben sich besonders segensreich die Nebennierenrindenhormonpräparate, in den letzten Jahren die halbsynthetischen Cortison-Derivate, ausgewirkt.

Bleibt schließlich noch aus dem geburtshilflichen Sektor zu erwähnen die früher nicht selten gegebene Indikation zur Interruptio wegen schwerer Pyelonephritis. Auch diese Fälle kommen kaum mehr zur Beobachtung; zu danken ist der Fortschritt in der Behandlung der Pyelitis gravidarum — dem Ausgangspunkt für eine Pyelonephritis — in erster Linie den Sulfonamiden.

Überblicken wir zusammenfassend die früher nicht selten gegebenen Notwendigkeiten einer Schwangerschaftsunterbrechung wegen geburtshilflicher oder gynäkologischer Indikationen, so sind diese heute auf ein Minimum zusammen-

geschrumpft, und es bleiben eigentlich nur noch bestehen: das Kollum-Karzinom und die frühzeitig blutende Placenta praevia.

Die Frage, inwieweit eine Schwangerschaftsunterbrechung bei zu erwartender Mißbildung des Kindes erlaubt oder gar notwendig ist, gehört in das Gebiet des Genetikers, nicht des Geburtshelfers (eugenische Indikation). Die fötale Erythroblastose (Rhesus-Krankheit der Neugeborenen) dagegen ist keine Mißbildung, sondern eine Erkrankung, die in vielen Fällen — sofort nach der Geburt mit Austauschtransfusion behandelt — zur völligen Genesung führen kann. Diese Fortschritte wurden in den letzten 10 Jahren erzielt. Wir sind daher der Ansicht, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung nicht in Betracht kommt.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. F. v. Mikulicz-Radecki, Univ.-Frauenklinik, Berlin-Charlottenburg 5, Pulsstr. 4/14.

DK 618.39 - 089.888.14 - 035 : 618

Aus der Medizinischen Abteilung des Marienkrankenhauses Hamburg (Chefarzt: Professor Dr. med. J. Jacobi)

Herzfehler und Schwangerschaft*)

von J. JACOBI, H. G. ILKER und H. SCHLIEF

Herz und Kreislauf erfahren bei jeder Schwangerschaft eine erhebliche Mehrbelastung. Hierdurch kann es bei bestehenden Herzfehlern zu einer Erschöpfung der Reservekräfte und damit zu einer lebensbedrohlichen Situation kommen (*Naujoks [Schulten], Horowitz*). Aus diesem Grunde wird daher bei einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler häufig die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung gestellt.

Im Raume Hamburg rangieren die Herz- und Kreislaufkrank-

heiten bei der **Indikationsstellung zur Interruptio** an erster Stelle, die Tendenz ist sogar noch ansteigend. Bei den drei anderen Gruppen — Erschöpfung, Tuberkulose und Depression — scheint sie dagegen rückläufig zu sein (*Schubert und Napp***), hierzu siehe Abb. 1.

Obwohl man unterstellen darf, daß in den einzelnen Gebieten Westdeutschlands Häufigkeit und Schweregrad der Herzkrankheiten etwa gleich sind, ist die Frequenz der „therapeutischen Schwangerschaftsunterbrechung“ regional sehr verschieden, wobei Hamburg an erster Stelle steht (*Schubert und Napp*, Abb. 2**).

Diese Unterschiede zeigen deutlich die große Unsicherheit bei der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen eines bestehenden Herzfehlers. Die Schwierigkeit dieser Situation wird von *Waidl* treffend charakterisiert:

„Die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft, von ärztlicher Hand durchgeführt, ist ein medizinisches und ein ethi-

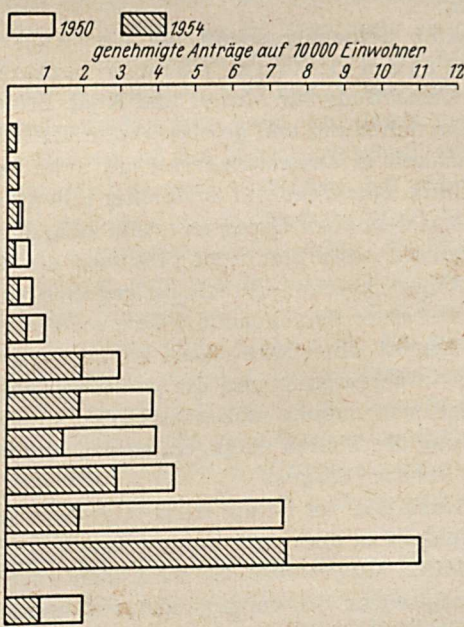


Abb. 1: Häufigkeit der legalen Schwangerschaftsunterbrechung im Bundesgebiet 1950 und 1954 (nach O. Rohden).

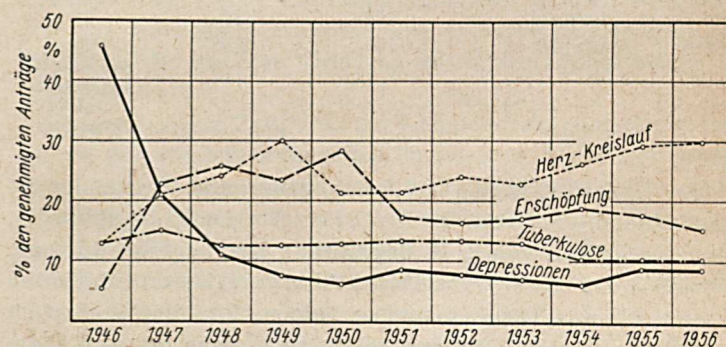


Abb. 2: Die häufigsten Indikationen der Schwangerschaftsunterbrechung in Hamburg 1946 bis 1956 (in % der genehmigten Anträge).

*) Herrn Prof. Dr. C. Oehme zum 75. Geburtstag gewidmet.

**) Den Herren Schubert und Napp danken wir für die Überlassung der Abbildungen 1 und 2.