

Mitralstenosensprengung, die wenige Tage vor der Entbindung durchgeführt wurde.

Zum Schluß sei aber noch darauf hingewiesen, daß die vorsorgliche Betreuung von Frauen mit Herzfehlern besonders bedeutungsvoll ist. Dieses gilt für die angeborenen und erworbenen Herzfehler in gleicher Weise. Man sollte bei entsprechender Indikation und vor allem bei Kinderwunsch der Patientinnen nach Möglichkeit die rechtzeitige Operation vor Eintritt einer Gravidität anstreben. So haben wir z. B. bei fünf Frauen die Valvulotomie durchführen lassen, die dann später eine völlig ungestörte Gravidität austrugen. Auch nach der

Entbindung war bei keiner der Patientinnen eine Verschlechterung festzustellen.

Schrifttum: Börger, H.: Dissertation, Hamburg (1959). — Derra, E.: Therapiewoche, Karlsruhe (1958). — Gässler, R.: 53. Tagung der Nordwest-D. Ges. Inn. Med., Rostock (1959). — Gässler, R. u. Samlert, H.: Z. Kreisl.-Forsch. (1958), S. 291. — Hittmair, A. Jr., Beyrer, M. u. Malhuber, M. J.: Geburtsh. Frauenheilk., 16 (1956), S. 473. — Hochrein, M. u. Schleicher, J.: Med. Mschr., 8 (1954), S. 721. — Horowitz, W.: N. Engl. J. Med., 252 (1955), S. 511. — Igna, E., Detrick, M., Lam, C., Keyes, J. a. Hodgkinson, P.: Amer. J. obstet., 71 (1956), S. 1024. — Jacobi, J., Gässler, R. u. Samlert, H.: Verhdlg. d. dtsch. Ges. f. Kreisl.-Forsch. (24. Tag., Bad Nauheim, 1958). — Krauss, H., Reindell, H., Klepzig, H., Musshoff, K. u. Stegmann, H.: Dtsch. med. Wschr. (1954), S. 690. — MacLeod, M.: Lancet, 54, S. 668. — Schubert, G. u. Napp, J. H.: Hamburger Ärztbl. (1957), S. 262 u. 290. — Schulten, in Naujoks: Leitfaden der Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung, Stuttgart (1954). — Waidl, E.: Münch. med. Wschr., 100 (1958), S. 1052.

Anschr. d. Verff.: Prof. Dr. med. J. Jacobi, Dres. H. G. Ilker u. H. Schlieff, Hamburg, Marienkranken., Med. Abt.

DK 618.39 - 089.888.14 - 035 : 616.12 - 039

## Die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Nierenkrankheiten

von H. SARRE

Es ist keine Frage, daß diffuse hämatogene Nierenerkrankungen und insbesondere Nierenerkrankungen, die mit Hochdruck einhergehen, für die Schwangerschaftstoxikose eine Prädisposition schaffen. Ein großer Teil der Schwangerschaftstoxikosen ist durch ein präexistentes Grundleiden bedingt. So fand W. J. Dieckmann („Toxaemias of Pregnancy“, St. Louis, The Mosby Comp. 1952) bei seinen Schwangerschaftstoxikosen 52% chronische präexistente Hypertensionen. H. Wilmhöfer (Arch. Gynäkol. 186 [1954], S. 125) veranlaßte folgende interessante Untersuchung: Von 80 Frauen der Heidelberger Medizinischen Univ.-Klinik, die wegen eines Nierenleidens behandelt worden waren, machten nur 43,5% eine normale Gravidität durch, während sich bei über 50% eine Spätgestose, vorwiegend als Präeklampsie, geringer als Eklampsie, einstellte. 54 dieser Frauen waren ungeheilt entlassen worden, bei ihnen lagen die Zahlen für die Spätgestose entsprechend höher, nämlich bei 70%. Nur knapp ein Drittel hatte normale Graviditäten. Auch die 26 „geheilten“ Pat. hatten immerhin in 27% der Fälle Präeklampsie oder Eklampsie.

Diese und zahlreiche andere Untersuchungen zeigen mit großer Eindringlichkeit, wie häufig Nierenleiden zu Schwangerschaftstoxikosen führen können, selbst wenn sie klinisch geheilt erscheinen. Zu der Gruppe von Nierenerkrankungen, die der Präeklampsie oder Eklampsie sozusagen den Weg bereiten, können wir zählen: akute, nicht vollständig ausgeheilte und chronische Glomerulonephritiden, ferner chronische Pyelonephritiden, Nephritiden mit nephrotischem Einschlag und Nephrosen, ferner Gefäßerkrankungen der Niere, vor allem wenn sie mit Hochdruck einhergehen, wie die Arteriolo-sklerose der Niere, Periarteriitis nodosa, Lupus erythematoses, Sklerodermie, diabetische Glomerulosekrose. Dagegen werden akute tubuläre Insuffizienzen, wenn sie abgeheilt sind, kaum eine Gefahr für eine künftige Schwangerschaft abgeben, da das Organ nach Schock, Crush, Vergiftung usw., wenn der akute Zustand überstanden wird, meist praktisch ausheilt. Einseitige Nierenerkrankungen, wie Nierentuberkulose, Nephrolithiasis und andere urologische Leiden ermöglichen keine generelle Entscheidung.

Hier kommt es auf die Lagerung des Einzelfalles an, ob eine Gefährdung der Schwangerschaft gegeben ist.

Ob nun Nierenleiden, die in über 50% zu einer Spätgestose (Präeklampsie oder Eklampsie) führen, in hohem Maße eine Gefährdung für Leben und Gesundheit der Mutter darstellen, ist ebenfalls zu bejahen. Stern u. Burnett (J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 61 [1954], S. 590) fanden nach Eklampsie je nach der verwandten Therapie an einem großen Krankengut eine mütterliche Mortalität von 7,5—1,8% und eine Mortalität des Kindes von 29,2—28,5%. Depressorische Mittel, insbesondere Ganglienblocker, verbesserten die Aussichten für die Mutter, aber nicht für den Foetus. Nach manchen Angaben ist die Gefährdung der Mutter noch größer. Hinzukommen die Restschäden nach der Schwangerschaftstoxikose, d. h. Bestehenbleiben von Hochdruck, Proteinurie, Sediment, Verschlimmerung der Nephritis oder Nephrose. Nach Dexter u. Weiss bleibt Hypertonie in etwa 25% der Fälle bestehen. Nonnenbruch hat gezeigt, daß chronische Nierenerkrankungen auftreten können, die einen vaskulären oder nephrotischen Verlauf nehmen oder schließlich als maligne Hypertonien verlaufen können.

Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist also wegen Gefährdung von Leben und Gesundheit der Mutter bei allen den obengenannten Nierenerkrankungen indiziert, die der Schwangerschaftstoxikose den Weg bereiten. Dies schließt natürlich nicht aus, daß eine Mutter, in ihrem Wunsch, ein Kind zu bekommen, das ihr (klar dargestellte) Risiko auf sich nimmt. Wie auch aus der Statistik ersichtlich, gibt es selbstverständlich einzelne Fälle, die bei geeigneter ärztlicher Führung, insbesondere in und nach der Schwangerschaft, ohne wesentliche Verschlimmerung ihres Nierenleidens eine normale Schwangerschaft durchmachen und ein gesundes Kind zur Welt bringen (H. Sarre: Nierenkrankheiten. G. Thieme-Verl., Stuttgart [1959], 2. Aufl.). In allen chronischen Fällen, bei denen keine grundlegende Besserung mehr zu erwarten ist, sollte gleichzeitig eine Sterilisation durchgeführt werden.

Anschr. d. Verff.: Prof. Dr. med. H. Sarre, Med. Univ.-Poliklinik, Freiburg/Br., Hermann-Herder-Str. 6.

DK 618.39 - 089.888.14 - 035 : 616.61