

2. Herr **Günter K. F. Schultze**-Greifswald: Herr *Bayer* setzt die keimzellenbedingte Sterilität der Frauen vermutungsweise in Vergleich mit den Beobachtungen von *Mönch* über Kopfformen und Größenschwankungen der männlichen Spermatozoen. Ich habe schon auf dem Münchner Kongreß 1935 auf Grund mehrerer hundert Untersuchungen zeigen können, daß diese von *Mönch* erhobenen Befunde nichts für oder gegen die Zeugungsfähigkeit des Spermias oder für eine „essentielle“ Sterilität bedeuten. Erwiesenermaßen zeugungsfähige Männer hatten solches von *Mönch* als pathologisch bezeichnetes Sperma, während andererseits bei den sterilen Ehen, in denen man wegen des normalen Befundes bei der Frau beim Mann einen Fehler vermuten mußte, nicht häufiger pathologische Veränderungen nachgewiesen wurden als bei sicher zeugungsfähigen Männern. Herr *Stiasny* hat nicht, wie Herr *Bayer* meint, die Befunde von Herrn *Mönch* geprüft und bestätigt, sondern er hat, ihre Richtigkeit voraussetzend, mit dieser Methode Untersuchungen über die Zeugungsfähigkeit von Geisteskranken angestellt.

Aus morphologischen Formanomalien und ihrer Häufigkeit Schlüsse auf die Zeugungsfähigkeit eines Spermias zu ziehen, ist, mit Ausnahme von ganz extremen Fällen, wie ich seinerzeit zeigen konnte, nicht berechtigt.

3. Herr **Haselhorst**-Rostock: Auch wir haben uns in der Behandlung des Tubarabortes seit vielen Jahren sehr konservativ verhalten. Außer dem von *Caffier* geschilderten operativen Vorgehen ist es zuweilen unter günstigen Bedingungen möglich, bei Sitz des Eies am abdominalen Tubenende dieses zwischen Daumen und Zeigefinger einfach herauszustreifen. Mal ist es nötig, eine Blutung durch Umstechung oder Unterbindung zu stillen, mal auch nicht. Nachblutungen oder das Wiederauftreten einer Schwangerschaft in derselben Tube haben wir bislang nicht beobachtet. Erinnerung sei auch daran, daß gerade bei der Eileiterschwangerschaft beim Sitz des Eies im interstitiellen oder isthmischen Teil der Tube die Einpflanzung der Tube in den Uterus mit großer Aussicht auf Funktionserhaltung vorgenommen werden kann. Bei Entfernung der ganzen Tube ist Sorge zu tragen, daß die Blutversorgung des Ovars ungestört erhalten bleibt.

4. Herr **F. Siegert**-Freiburg: Herr *Runge* bemerkte, daß die Prolutonbehandlung bei drohenden Aborten häufig nicht zum Ziele führt; vielmehr habe man nicht selten den Eindruck, daß durch das Proluton die Ausstoßung des Eies rascher erfolge. Die Aussichten der Corpus luteum-Behandlung bei einem drohenden Abort hängen wohl im wesentlichen davon ab, wie weit es bereits zur Ablösung des Eies gekommen ist. Im übrigen haben wir (Frauenklinik Freiburg) an Stelle der Prolutonbehandlung mit befriedigendem Erfolg Vitamin E angewendet, welches uns in Form des Präparates „E-Viterbin“ längere Zeit zu Versuchszwecken zur Verfügung stand. Die bisherigen Erfahrungen ergaben, daß sowohl der habituelle wie der drohende Abort in überwiegender Zahl mit Vitamin E erfolgreich behandelt werden kann. Wir gaben das Präparat entweder als intramuskuläre Injektion (1 ccm = 20 E.) 2—3mal wöchentlich oder nach Abklingen der Aborterscheinungen in Dragées (1 Dragée = 2 E. 3mal täglich 1 Dragée).

Diese Mitteilung soll darauf hinweisen, daß wir auf Grund der klinischen Erfahrungen nicht auf die Prolutonbehandlung allein angewiesen sind, sondern in gleicher Weise auch mit Vitamin E Erfolge zu verzeichnen haben.

Einzelheiten hierüber werden in nächster Zeit in einer Publikation aus der Klinik bekannt gegeben werden.

5. Herr **Philipp**-Kiel: Als unser Präsident mich im Jahre 1938 bat, auf dem kommenden Kongreß ein Referat über die Fehlgeburtenfrage zu übernehmen, konnte ich nicht umhin, ihm meine Bedenken zu äußern. Damals wußte man

nämlich über die Veränderungen, die sich auf diesem Gebiet seit dem Jahr 1933 vollzogen hatten, gar nichts; ja man wußte nicht einmal, ob die Fehlgeburten tatsächlich abgenommen hatten oder nicht. Ich versuchte, amtliches Zahlenmaterial, das auf Grund der Fehlgeburtenmeldungen vorhanden war, zu bekommen und bat im Reichsgesundheitsamt um entsprechendes Material. Doch wurde ich abschlägig beschieden, da die Zahlen noch nicht ausgewertet waren. Ich war somit auf *Schätzungen* angewiesen und war mir darüber klar, daß damit ein Wagnis verbunden war; denn es mußte ja über kurz oder lang, so bald die amtlichen Zahlen erschienen, herauskommen, ob und in welcher Weise ich mich verschätzt hätte. Ich sammelte Material, soweit ich es nur konnte. Ich beschaffte mir Anstaltsstatistiken, die Statistiken über Abtreibungshäufigkeit, die Todesursachenstatistik, Fehlgeburtenstatistiken von Krankenkassen, von einigen Städten und anderes mehr. Bei dieser Arbeit wurde ich damals in entgegenkommender Weise von Herrn Dr. *Reichert* unterstützt. Bei Auswertung meiner Zahlen schätzte ich für die Zeit nach dem Umbruch die Zahl der Fehlgeburten auf 220000.

Ich war außerordentlich erfreut, als bald darauf die amtlichen Zahlen auf Grund der Fehlgeburtenmeldungen erschienen und die Ziffer von 200000 Fehlgeburten mit der meinigen, die auf Schätzung beruhte, fast übereinstimmte. Ja, ich bin überzeugt, daß meine Ziffer der Wirklichkeit näher kommt, als die amtlich angegebene, denn daß etwa 10% der Fehlgeburten durch die Meldungen nicht erfaßt werden und die wirkliche Ziffer der Fehlgeburten höher liegt als die der gemeldeten, liegt auf der Hand. In genau der gleichen Weise, mich auf dasselbe Material stützend, schätzte ich die Ziffer der Fehlgeburten für die Zeit vor dem Umbruch auf etwa 660000.

Ich berechnete dann weiter, daß für die früheren Zeiten eine Fehlgeburtenhäufigkeit von etwa 7,5% aller Schwangerschaften anzunehmen sei und mußte aus den mir vorliegenden Daten folgern, daß in den letzten Jahren die Zahl der Spontanaborte sich auf Grund der Berufarbeit der Frau und ihrer sportlichen Betätigung erhöht hat und kam dabei auf eine Durchschnittshäufigkeit der Aborte von etwa 9%, eine Ziffer, die Herr *Koller* in seinem Vortrage heute ebenfalls angegeben hat. Daraus berechnete ich die Zahl der Abtreibungen für die Jetztzeit auf etwa 100—120000 im Jahr und für die Zeit vor dem Umbruch auf etwa das Fünffache. Ich konnte damit erstmalig den gewaltigen Rückgang der Fehlgeburten nachweisen und den großen Erfolg, den unsere Gesundheitsführung mit der Einführung der Meldepflicht des Abortes erzielt hat.

Herr Dr. *Reichert* kommt, wie wir gehört haben, zu Ziffern, die sehr viel niedriger liegen. Er legt der Berechnung der Abtreibungen vor dem Umbruch die damals für den Abort angegebenen Mortalitätsziffern zugrunde und glaubt, so eine brauchbare Basis zu haben. Er nimmt an, daß diese Ziffer nicht zu niedrig gegriffen sei, da ja die roten Machthaber der damaligen Zeit alles Interesse gehabt hatten, die Gefahren des Abortus als möglichst gering hinzustellen. Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich dieser Ansicht keineswegs beipflichten. Jeder, der in der Praxis stand, weiß, daß in der damaligen Zeit viele Aborttodesfälle unter anderer Flagge segelten, z. B. Lungenentzündung oder Bauchfellentzündung oder Embolie; jedenfalls war auf den meisten Totenscheinen, die nach einer Abtreibung ausgestellt werden mußten, von der Fehlgeburt nichts vermerkt. Der Arzt, der den Totenschein ausstellte, hatte alles Interesse daran, die Fehlgeburt nicht zu erwähnen. Infolgedessen liegen die Todesziffern an Fehlgeburt bestimmt sehr viel höher, als sie amtlich angegeben wurden. Und auch die damalige Regierung hatte ja auch kein Interesse daran, die Gefahren der Fehlgeburt so herauszustellen, im Gegenteil; es wurde immer behauptet, daß die Fehlgeburt etwas sehr Harmloses sei, und daß man sie deshalb ohne Bedenken freigegeben könne. Ich kann also der Berechnung, die Herr Dr. *Reichert* uns hier vorgelegt hat, nicht zustimmen.

Eine restlose Klärung wird sich überhaupt nie mehr ermöglichen lassen. In meinem Referat schrieb ich bereits, daß wir für die Zeit vor dem Umbruch ganz

auf Schätzungen angewiesen sind und wir auf Grund des Fehlens jeglicher bräuchbarer Statistiken niemals mehr werden feststellen können, welch Raubbau damals mit deutschem Erbgut getrieben wurde.

Und im Grunde genommen ist es auch ziemlich gleichgültig, ob die Zahl der Fehlgeburten damals um 100000 höher oder niedriger lag, als wir das heute schätzen; die Hauptsache ist, daß die Zahl der Abtreibungen gewaltig abgenommen hat, und daran ist nicht zu rütteln. Auch die Erfahrungen jedes in der Praxis stehenden Gynäkologen sprechen in diesem Sinne.

Zusätzlich möchte ich noch erwähnen, daß ich mich freue, daß eine ganze Anzahl von Anregungen, die ich in meinem Referat gab, inzwischen in die Wirklichkeit umgesetzt sind, z. B. Rezeptpflicht des Chinin, das Verbot des Herstellens und des Verkaufs aller Mittel, die zur Abtreibung bestimmt sind u. a. m. Und schließlich glaube ich, daß es nicht umsonst war, daß ich auch die Folgen der Fehlgeburt mit ihren vielfachen Schädigungen für die Einzelperson und für die Allgemeinheit in umfassender Weise herausgestellt habe.

6. Herr **G. Schmidt-Würzburg**: Die Würzburger Universitäts-Frauenklinik hat intakte Tubargraviditäten sowie Tubaraborte und Tubarrupturen seit dem Jahre 1936 in bisher 30 dafür geeigneten Fällen konservierend operiert. Komplikationen und Todesfälle waren nicht zu verzeichnen. Die in 2 Fällen mehrere Monate nach der Operation durchgeführte salpingographische Kontrolle ergab jeweils doppelseitige Tubendurchgängigkeit. *Gauß* hat im Kongreßheft 1941 der Wiener klinischen Wochenschrift ausführlich über diese Methode bei Tubargravidität berichtet.

7. Herr **R. Hubert-Brandenburg** a. d. Havel: Ich halte den von Herrn *Runge* mitgeteilten Fall von Superfetation nicht nur biologisch für sehr bedeutungsvoll, sondern auch forensisch für bedeutsam. Ich berichte Ihnen über einen Gutachterfall aus einem Alimentationsprozeß, den ich vor einigen Jahren zu bearbeiten hatte. Es handelte sich um unehelich geborene zweieiige Zwillinge. Ihr Entwicklungszustand bei der Geburt war verschieden. Als Vater kamen zwei Männer in Frage, die im Abstand von wenigen Wochen mit der Kindesmutter Verkehr gehabt hatten. Auf Grund der Blutgruppenuntersuchung konnte der eine der Männer zwar für den einen Zwilling, nicht aber für den anderen ausgeschlossen werden, der andere der Männer wiederum für den anderen der Zwillinge, nicht aber für den einen. Die Frage des Gerichtes lautete, ob es den Umständen nach möglich sei, daß die beiden Zwillinge von verschiedenen Vätern abstammten. Ich habe in dem Gutachten diese Frage bejaht, in der theoretischen Annahme der Möglichkeit einer Superfetation. Durch den Fall von Herrn *Runge* ist diese Möglichkeit erstmalig nachgewiesen worden, so daß man sie in zwar seltenen, aber eben vorkommenden forensischen Fragen zugrunde legen kann. Der erwähnte Gutachterfall wurde ohne mein Wissen oder Zutun in der Deutschen Juristenzeitung dargestellt.

8. Herr **K. Burger** (Budapest) erinnert an die Zweckmäßigkeit der Bestimmung des Grundumsatzes. Wenn dessen Wert kleiner als normal ist, kann man von Verabreichung von Thyreoideapräparaten sowohl in gewissen Fällen von Sterilität als auch von habituellem Abort Erfolg sehen.

Er teilt auch eine eigene Beobachtung mit. Er beobachtete, daß manche sterile Frauen eine scheinbar normale Gebärmutter haben, welche aber während der bimanualen Untersuchung sich sofort zusammenzieht und hypoplastisch erscheint. Diese Überreizbarkeit der Gebärmutter kann eine Rolle in der Sterilität spielen. Nach Gabe von Spasmolytika sah Redner nach seit vielen Jahren bestehenden Sterilitäten Schwangerschaft eintreten. Diese therapeutische Möglichkeit sollte auch geprüft werden.

9. Herr v. Mikulicz-Radecki-Königsberg (Pr.): Es war mir interessant festzustellen, daß auch Herr *Runge* als Ursache des habituellen Abortes in einem gewissen Prozentsatz Doppelmißbildungen des Uterus festgestellt hat. Diese Tatsache macht eine grundsätzliche salpingographische Untersuchung der Frauen mit habituellem Abort — natürlich nach abgeschlossener Schwangerschaft — notwendig. Was die Behandlung der Uterusmißbildungen, soweit sie zu habituellem Abort führen, anlangt, so kann ich auf Grund meiner eigenen Erfahrungen nur wärmstens die Durchführung der *Metroplastik* empfehlen, wenn die Hormontherapie versagt. In 2 derartigen, von mir operierten Fällen ist es sofort nach der Operation zum Austragen der Schwangerschaft und zur Spontangeburt lebender Kinder gekommen.

Der Vortrag von Herrn *Günther K. F. Schultze* ist deshalb so dankenswert, weil auch er auf die Häufigkeit der Frühgeburten und damit auf diesen Teil des geburts-hilflichen Problems aufmerksam gemacht hat. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf meine eigenen guten Resultate der Aufzucht der Frühgeburten hinweisen, wenn diese in einer feuchtwarmen Kammer untergebracht und systematisch mit Kochsalz-Traubenzucker-Cardiazolinjektionen behandelt werden<sup>1</sup>. Es ist uns damit gelungen, die Lebenderhaltung der Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g um fast 50% zu steigern. Ebenso wichtig wie die richtige Betreuung der als Frühgeburt geborenen Kinder ist aber auch das Problem, die Frühgeburt als solche möglichst zu verhindern. Gar nicht selten kommt es zur Frühgeburt wegen eines vorzeitigen Blasensprunges, ohne daß sonstige Gründe vorliegen. In diesen Fällen bin ich in letzter Zeit so vorgegangen, daß ich die Patienten — trotz Blasensprunges und Fruchtwasserabganges — wie einen Abortus imminens behandelt habe mit dem Ziel, die Geburt um Tage, Wochen, ja bis zu einem Monat, herauszuschieben und damit ein möglichst reifes und lebensfähiges Kind zu erzielen, was mir mehrmals geglückt ist. Ich bin daher der Ansicht, daß der vorzeitige Blasensprung etwa im 7. oder 8. Monat nicht zu einem sofortigen aktiven Vorgehen zwingt und daß man es ruhig riskieren kann — natürlich nur in klinischer Beobachtung —, die Patientin längere Zeit konservativ, d. h. die Geburt ver hindernd, zu behandeln. Nur bei Eintritt von Fieber muß die Geburt medikamentös eingeleitet werden.

10. Herr **Clauberg**: Manuskript nicht eingegangen.

11. Herr **Reichert** (Schlußwort): Ausdrücklich möchte ich vor Ihnen, meine Damen und Herren erklären, daß mir nichts ferner gelegen hat, als mit der Korrektur der von Herrn *Philipp* geschätzten Abtreibungszahlen für die Vergangenheit den großen Wert der *Philippschen* Arbeit im ganzen herabzumindern. Ich erkläre ferner, daß ich zur Zeit der Entstehung von Herrn *Philipps* Referat, als wir uns über einiges daraus unterhielten, selber an jene Zahlen von 800000 Abtreibungen in der Vergangenheit geglaubt habe. Erst nachher kam ich zu der Erkenntnis, daß sie nicht stimmen können. Wegen dieses Nachweises muß ich auf meine Arbeit verweisen.

Wenn aber etwas unmöglich ist, dann hilft auch nicht der Glaube daran!

Es geht jetzt darum, daß Kriminalpolizei und Staatsanwalt nicht doppelt so viele Abtreibungen suchen, als es gibt. Denn sagen Sie mir doch, wie soll eine Frau den Nachweis führen, daß ihr Abort ein spontaner gewesen ist?

12. **P. Caffier**-Berlin (Schlußwort): Das von Herrn *Haselhorst* erwähnte Ausdrücken der Tube führt leicht zu Verletzungen in der Gegend des Fimbrienendes, die — wie wir selbst sahen — zu späteren Verwachsungen disponieren; außerdem ist es hinsichtlich Blutstillung natürlich nicht absolut sicher. Im Hinblick auf die weiteren Aussprachebemerkungen möchte ich noch einmal mit Nachdruck betonen,

<sup>1</sup> Siehe meine Arbeit: Zbl. Gynäk. 1941, 865.