

Auch *Fergusson* hat mit einem markierten Stilboestrolphosphat weder bei klinischen Versuchen noch im Tierexperiment eine Depotbildung im Prostata-Karzinomgewebe bzw. in der Prostata nachweisen können. Die besondere Wirksamkeit des Stilboestrolphosphats beim Prostata-Ca wird auf seine Wasserlöslichkeit und gute Verträglichkeit zurückgeführt, die eine i.v. Zufuhr großer Dosen möglich macht. Ohne Bindung an Resorptionsschranken und ohne zeitliche Verzögerung kann dadurch eine intensive Erhöhung des Östrogenblutspiegels erreicht werden, was zu einer sofortigen Blockade der gonadotropen HVL-Funktion führt.

Dozent Dr. med. *Kunz*, Berlin

Gesellschaft der Ärzte in Wien

Wissenschaftliche Sitzung
am 2. Oktober 1959

St. Wuketich: Subtotale beiderseitige Nierenrindennekrose nach Abortus.

Bericht über eine 27j. Frau, deren 5. Gravidität — anamnestisch 1 Geburt und 3 Fehlgeburten — trotz dauernder fachärztlicher Kontrolle unter den Zeichen der vorzeitigen Plazentalösung bereits im 6. Schwangerschaftsmonat endet. Wegen der schweren Blutung instrumentelle Ausräumung des Uterus, unmittelbar danach schwerer Schock, Kollaps, Fieber und totale Anurie. Alle therapeutischen Bemühungen einschließlich der extrakorporalen Dialyse mittels künstlicher Niere führen zu keiner entscheidenden Besserung. Zehn Tage nach dem akuten Einsetzen der Anurie erliegt die Patientin der akuten Urämie und terminalen Kreislaufinsuffizienz. Autopsisch findet sich als Ursache des perakuten Nierenversagens eine subtotale symmetrische bilaterale Nierenrindennekrose mit thrombotischen Verschlüssen der Rindenarterien, außerdem ausgedehnte Nekrosen in der Rinde beider Nierenrinden und kleine symmetrische Nekrosen im Hypophysenvorderlappen. Kurze Besprechung der klinischen Diagnostik und Differentialdiagnose, der offenen pathogenetischen Fragen und der offenbar nicht einheitlichen Ätiologie. Für den vorliegenden Fall werden im Sinne *Sheehans* funktionelle Gefäßverschlüsse als primärer pathogenetischer Faktor angenommen, für die Fortdauer der Kreislaufstörung (besonders in den Nieren) aber die rasch auftretenden Thrombosen für wesentlich angesehen.

Aussprache: H. Knaus: Zur Frage der Pathogenese der vom Vortragenden beobachteten Nierenrindennekrose nach einem Abortus im 6. Monat möchte ich auf die große Bedeutung des vom Breslauer Geburtshelfer *Otto Spiegelberg* schon 1878 beschriebenen utero-renalen Reflexes für die Auslösung aller Grade von Zirkulationsstörungen in der Nierenrinde hinweisen und erklären, daß auch in diesem Falle die Voraussetzungen für die Auslösung dieses Reflexes gegeben waren. Denn der Uterus war post abortum noch auffallend mit Blut angefüllt, was annehmen läßt, daß durch dieses retroplazentare Hämatom die Gebärmutterwand und ihre Gefäße so gedehnt wurden, daß damit reflektorisch die Nierenrindengefäße zu jenem Spasmus gereizt wurden, der die beschriebene Nekrose zur Folge hatte.

Schlufwort: St. Wuketich: Daß der utero-renale Reflex, d. h. die rasche Dehnung des Uterus Spasmen der Nierenrindenarterien auslösen kann, ist auch experimentell bei nicht schwangeren Tieren gefunden worden. Der utero-renale Reflex kann also einen pathogenetischen Mechanismus bei der Entstehung der Nierenrindennekrose darstellen, sicher aber nicht den einzigen. Für den schweren Schock bei *Abruptio placentae* ist auch die Blutung und die Einschwemmung großer Thromboplastinmengen aus der sich vorzeitig lösenden Plazenta in Rechnung zu stellen. Daß der Nierenrinden-

nekrose offensichtlich verschiedene pathogenetische Mechanismen und eine komplexe Ätiologie zugrunde liegen, läßt sich am besten wohl damit begründen, daß die gleichen Nierenrindennekrosen bei perakuten Infekten und hämolytischen Syndromen vor allem bei Kindern vorkommen.

W. Birkmayer u. H. Werner (a. G.): Funktionsprüfung der Hautkapillaren mit Nikotinsäurebenzylesterlösungen.

Die kapillaren Funktionen wurden mit Nikotinsäurebenzylesterlösungen untersucht. Aus der Intensität, der Dauer und dem Beginn der Reaktion wurde ein Quotient errechnet. Dieser Quotient wurde nun in signifikanter Weise an gelähmten Extremitäten krankhaft verändert gefunden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, daß durch *Hesotin* und *Duvadilan* der Wert dieses Quotienten signifikant ansteigt, während er durch *Luminal*, *Nor-Adrenalin* und *Marsilid* beträchtlich gesenkt wird. Auch bei essentiellen Hypertonien wurde dieser Kapillarquotient stark gesenkt gefunden. Die Methode hat den Vorteil, mathematisch meßbare Werte zu ergeben, und ist einfach in der klinischen Handhabung.

E. Tscherne, Graz, (a. G.): Moderne Probleme der Therapie mit Hormonen in der Gynäkologie.

An den häufigsten endokrinen Störungen in der Gynäkologie, den Blutungsanomalien, und an der Sterilität wird gezeigt, wie uns heute für die Therapie solcher Störungen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Der gebräuchlichste Weg ist die Korrektur des fehlerhaften Endometriumaufbaues durch Zufuhr von Ovarialhormonen. Gerade auf diesem Gebiet sind in der letzten Zeit durch Herstellung verlässlicher Östrogen-Progesteron-Gemische und besonders durch die Synthese peroral hochwirksamer Gestagene, der Nortestosterone, große Fortschritte erzielt worden. Es gelingt mit diesen Stoffen, deren bekanntester das *Primolut N* ist, und mit einer Kombination von Äthinyltestosteron-Azetat und Äthinylestradiol, den *Primosiston*tablets, je nach der Dosierung und dem Zeitpunkt ihrer Anwendung sowohl Blutungen abzustoppen wie überfällige Blutungen bei Follikelpersistenz auszulösen. Die *Primosiston*tablets bewähren sich auch bei den lästigen Zwischenblutungen. Die Ovarialhormonbehandlung der Blutungsanomalien bedeutet allerdings oft nur ein Überspielen einer tiefer gelegenen Störung, und es kann dann notwendig sein, die übergeordneten gonadotropen Hormone zur Therapie heranzuziehen. Dies gilt vor allem für die Behandlung der anovulatorischen Sterilität. Eine weitere Möglichkeit, endokrine Störungen zu beeinflussen, besteht in der Bremsung einer übermäßigen hypophysären Partialfunktion durch Zufuhr peripherer Hormone, die man sich bei der Testosteronbehandlung der *Polymenorrhoe* zunutze macht, oder in der Bremsung einer Hypophysenteilfunktion mit konsekutiver Förderung einer anderen Komponente, von der wir bei der Cortisonbehandlung der *Oligomenorrhoe* und Sterilität beim adrenogenitalen Syndrom Gebrauch machen. Die große Auswahl der Methoden verpflichtet uns, im Einzelfall Indikation und Gegenindikation sorgfältig abzuwägen, um das richtige Medikament zur richtigen Zeit zu wählen.

Aussprache: H. Knaus: Den schönen Erfolgen, die bei richtiger Indikation und Dosierung mit Sexualhormonen und den Gonadotropinen erzielt werden können, stehen nach falscher Anwendung und Überdosierung dieser Hormone Mißerfolge und körperliche Schäden gegenüber, welche die Gefahren der Hormonbehandlung in der Gynäkologie deutlich erkennen lassen. So habe ich erst vor kurzem an einer Opernsängerin eine vaginale Hysterektomie bei submukösem Myom ausgeführt, die vorher ein Jahr lang mit hohen Dosen von Testosteron behandelt worden war und dadurch schwerste physische und psychische Störungen erlitt. Eine zweite Patientin, die wegen präklimakterischer Blutungen ebenso fehlerhaft behandelt worden war, hatte 10 kg zugenommen und bereits einen Bartwuchs und eine tiefe Stimme erworben. Zu diesen unerwünschten Erscheinungen dürfte es eigentlich nicht kommen.

(Selbstberichte)