

Befürchtung geäußert worden, daß man den Untersuchten nahezu zum Onanisten erziehen könne. Es ist jedoch kaum anzunehmen, daß die bei einer Samengewinnung zu ärztlichen Untersuchungszwecken überaus nüchterne Situation zur Wiederholung verlocken sollte. Im übrigen fiel uns auf, daß keiner unserer Patienten einer Belehrung über die Durchführung einer Masturbation bedurfte; wir sahen ihn also bei der Aufforderung, Samen selbständig zu gewinnen vor eine ihm bereits bekannte Situation gestellt.

(Anschr. d. Verf.: Dr. K. Kohlberg, Univ.-Hautklinik Göttingen.)

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Bedeutet eine Schwangerschaft eine ernste Gefahr für eine an Lungentuberkulose leidende Frau? In welchen Fällen ist eine Interruptio angezeigt? Wann ist vor allem mit einer Verschlechterung der Erkrankung zu rechnen, am Anfang oder am Ende der Schwangerschaft, oder nach der Geburt?

Antwort: Noch um die Jahrhundertwende sah man den Eintritt einer Schwangerschaft bei einer Frau mit Lungentuberkulose ganz allgemein als gleichbedeutend mit einer Verschlimmerung dieser Erkrankung an und folgerte hieraus, eine Befruchtung verhindern oder eine Gravidität beseitigen zu müssen. Eine gewisse Wende in dieser Anschauung brachte die Tuberkulosekongress in Kreuznach (1935), auf der der verschlechternde Einfluß der Schwangerschaft auf den Tuberkuloseablauf bezweifelt oder auch in seiner Bedeutung gemildert oder ganz abgelehnt wurde. Dieser zuerst von Hansen und Schultze-Rhönhof vertretene Standpunkt hat sich weiterhin durchgesetzt. Von seiten vieler Sachkenner wird heute die Ansicht vertreten, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung nur noch in seltenen Fällen notwendig sei.

Eine **Verschlechterung der Tuberkulose** im Laufe der Gravidität, die sowohl in der Frühschwangerschaft als am Ende der Gravidität oder häufiger noch im Wochenbett auftreten kann, ist oft konstatiert worden. Wenn auch der letzte Beweis der ursächlichen Bedeutung der Schwangerschaft für die Verschlimmerung im Einzelfall schwer zu erbringen ist, kommt somit der Arzt nicht darum herum, in dem Eintritt der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose ein ernstes Ereignis zu sehen.

Generell ist hierbei festzustellen, daß eine **Schwangerschaftsunterbrechung** weder eine Behandlung der Lungentuberkulose darstellt noch ihren Ablauf regelmäßig im günstigen Sinne beeinflusst; man darf nicht vergessen, daß gelegentlich eine selbst früh und sachgemäß durchgeführte Interruptio zur akuten Verschlimmerung, ja zum Tode führen kann. Wohl aber liegen aus den letzten Jahren neue Erfahrungen vor, die einen ganz anderen Aspekt ergeben. Danach ist ein **Heilstättenaufenthalt in der Schwangerschaft** anzustreben. Heute sind vielfach Spezialabteilungen in Heilstätten eingerichtet worden, in denen die Frauen während der Schwangerschaft betreut werden, wo sie ihre Niederkunft halten und auch im Wochenbett mit ihrem Kind genügend lange behandelt werden können. Die Zahl der Beobachtungen geht bereits in die Tausende. Die Resultate sind nach übereinstimmenden und überzeugenden Berichten unerwartet günstig. Allgemein wird versichert, daß die Therapie der Lungentuberkulose wie bei Nicht-Graviden erfolgen kann. Kollapstherapie und große chirurgische Eingriffe lassen sich auch in der Schwangerschaft durchführen. Auch kann eine wirksame antibiotische und chemotherapeutische Behandlung vorgenommen werden, wobei bei richtiger Dosierung eine Schädigung der Frucht — insbesondere durch Streptomycin — nicht zu befürchten ist.

Die **Geburt** wird nach dem Grundsatz der Vermeidung schwerer Belastung geleitet. Bei den heutigen vielfachen Möglichkeiten der Anästhesie unter der Geburt läßt sich die Wehentätigkeit so steuern, daß eine Spontangeburt oft möglich ist. Wenn erforderlich, macht man die Ausgangsänge. Die Schnittentbindung, von der viel Gebrauch gemacht wurde, läßt sich fast auf rein geburtshilfliche Indikationen beschränken. Streptomycin, unter der Geburt verabfolgt, verleiht gegenüber einer miliaren Aussaat wirksamen Schutz.

Das **Neugeborene** der tuberkulösen Mutter kommt gesund zur Welt — intrauterine Infektionen sind jedenfalls Raritäten. Das Stillen aber hat zu unterbleiben, weniger, weil es die Mutter schädigt, als um jede Gelegenheit der Ansteckung des Kindes zu vermeiden. Die auf vielfache Beobachtung gestützte Erfahrung scheint zu lehren,

daß die **Calmette-Impfung** der Neugeborenen diesen besonders gefährdeten Kindern für längere Zeit einen wirksamen Schutz verleiht.

Nicht allen Schwangeren kann die Heilstättenbehandlung zugute kommen. Dann wird der Arzt in die Lage kommen, die Betreuung in der Schwangerschaft nach den angedeuteten Richtlinien durchzuführen. Auf alle Fälle aber muß die Geburt in einer Klinik stattfinden.

Besonders wichtig ist, daß die **Tuberkulose der Frühgraviden** nicht übersehen wird, weshalb nach Möglichkeit im Schwangerschaftsbeginn eine Röntgenuntersuchung der Lunge vorgenommen werden sollte, sofern dies noch nicht geschah.

Trotz aller Fortschritte aber läßt sich die Interruptio auch heute nicht immer umgehen. Namentlich, wo eine Heilstättenbehandlung nicht möglich ist, wird man bei produktiv-indurativen Prozessen mit stärkerer Ausdehnung und bei Frühinfiltraten die Frage der Unterbrechung ernsthaft prüfen müssen, da hierbei offenbar eine besondere Neigung zur Verschlechterung besteht. Demgegenüber die Augen zu verschließen, ist in der Praxis einstweilen unmöglich. Man darf jedenfalls angesichts der geschilderten Errungenschaften nicht in das andere Extrem verfallen und die Interruptio als heute völlig entbehrlich bezeichnen.

Mit Befriedigung darf man auch feststellen, daß die Beurteilung anderer Tuberkuloseformen, insbesondere der **Knochentuberkulose**, hinsichtlich ihres Einflusses auf die Schwangerschaft ebenfalls anders und günstiger geworden ist.

Von je hat der angeschnittene Fragenkomplex alle Verantwortungsbewußten aufs tiefste berührt. Es ist beglückend, daß die dem Arzt in die Hand gegebene, geradezu ungeheuerliche Entscheidung über Sein oder Nichtsein eines Menschenlebens — und sei es noch ungeboren — heute oft in positivem Sinne gefällt werden kann. Früher mußte sie in diesem Zusammenhang meist negativ ausfallen und damit den, der die letzte Verantwortung dafür trug, aufs schwerste bedrücken! Denn Ehrfurcht vor dem geheimnisvollen Heiligtum des Lebens muß Leitmotiv des ärztlichen Handelns sein und bleiben!

Prof. Dr. E. Philipp, Univ.-Frauenklinik Kiel.

2. Antwort: Grundsätzlich ist Unterbrechung einer Schwangerschaft bei einer Lungentuberkulose weder durch die Rücksicht auf die Mutter noch auf das Kind gerechtfertigt. Dieser Umschwung in der Auffassung gegenüber früher hat sich seit der Monographie Braeunings zum Thema 1935 mehr und mehr durchgesetzt.

Von neueren Statistiken sei die von Bornemann aus den Gesundheitsämtern und Tbc-Fürsorgestellen Nordrhein-Westfalens von 1952 erwähnt:

1630 ausgetragene Schwangerschaften:
gest. 7,5% verschl. 20,7% unverändert 42,6% geb. 30,1%
140 unterbrochene Schwangerschaften:

gest. 9,2% verschl. 39,2% unverändert 38,5% geb. 13,5%

Diese Zahlen behalten ihr Gewicht auch dann, wenn man bei den Unterbrechungen überwiegend schwerere Prozesse annimmt. Dementsprechend urteilt Gerfeldt 1950 auf Grund von 1970 Schwangerschaftsunterbrechungen aus den Jahren 1936/47: Ein Eingriff in eine Schwangerschaft ist für den Verlauf einer gleichzeitig bestehenden Tuberkulose ernster zu bewerten als das Austragen.

Welches sind die Gründe? 1. Die kritische Periode für die lungenkranke Frau bedeuten erfahrungsgemäß die ersten 4—6 Monate post partum. Eine Interruptio in der üblichen Form aber ist nur ausführbar innerhalb der ersten 3 Monate, allenfalls am Anfang des 4., also zu einer Zeit, in welcher die Rückwirkung einer Gravidität auf den Lungenprozeß überhaupt noch nicht zu übersehen ist. 2. Der künstliche Abort ist keineswegs immer ein harmloser Eingriff. Die Operations-Mortalität schwankt zwischen 0,4 bis 3,8%; vorübergehende oder dauernde Schädigung durch Blutungen, Unterleibsentzündungen — nicht selten mit Sterilität — sind häufig, ganz abgesehen von dem oft nicht hoch genug zu veranschlagenden psychischen Trauma. 3. Welche Formen der Lungentuberkulose sich verschlechtern, ist vorher nicht abzuschätzen; erfahrungsgemäß überwiegen die leichteren Fälle.

Abgelaufene Lungentuberkulosen, d. h. solche, die mindestens zwei Jahre keinerlei Aktivitätszeichen mehr aufweisen, geben in der Regel keine Kontraindikation gegen eine Schwangerschaft, auch nicht, wenn Kollaps-Therapie irgend welcher Art vorausgegangen ist. Wir haben bereits früher über 33 Patientinnen nach abgeschlossener Operationsbehandlung (doppelseitiger intra- und extrapleuraler Pneumothorax, Phrenikotomie, Paraffin-Plombe, Plastik) berichtet, die ungestörte Schwangerschaft und ungestörtes Wochenbett durchmachten.

Eine Ausnahme bildet doppelseitige, ausgedehnte Verschwartung der Pleurablätter. Hier wird oft schon im 2.—3. Monat die Kurzatmigkeit so erheblich, daß ein Austragen des Kindes nicht verantwortet werden kann.

Aktive Lungentuberkulosen rechtfertigen ebenfalls keineswegs ohne weiteres eine künstliche Unterbrechung. Im Vordergrund müssen Überwachung und Behandlung stehen. Heute haben wir in den chemotherapeutischen Mitteln zusätzlich eine zweifellos wertvolle Waffe. Auch scheint unter dem Kollaps eines intra- oder extrapleurales Pneumothorax die Gefährdung geringer zu sein. Man wird also bei einer Gravida gegebenenfalls die Indikation für einen derartigen Eingriff weitherzig bzw. frühzeitig stellen. Auch Plastik und Plombe sind während einer Schwangerschaft in den ersten Monaten durchaus möglich. Von einer Phrenikus-Ausschaltung raten wir ab, weil wir die Rückwirkung auf die Bauchpresse fürchten, ebenso stehen wir dem gelegentlich empfohlenen Pneumoperitonäum ablehnend gegenüber.

Gewiß wird es bei aktiven Lungenprozessen immer Einzelfälle geben, bei denen eine Schwangerschaftsunterbrechung verantwortet werden muß. Dabei werden neben Art und Ausdehnung der Tuberkulose die Zahl der schon vorhandenen Kinder, das Alter der Frau und die sozialen Verhältnisse mit der nötigen Kritik in Rechnung zu setzen sein.

Unter keinen Umständen darf eine Gravidität bei einer Lungentuberkulose — ob aktiv oder inaktiv — als harmlos angesehen werden. Sie ist uneingeschränkt zu den Komplikationen zu rechnen. Jede derartige Frau ist unter fortlaufende fachärztliche Beobachtung zu stellen, alle 4—6 Wochen zu röntgen, für ausreichende Ernährung — unter Umständen mit Zusatz von Vitaminen — ist zu sorgen u. s. f. Die Blutsenkung ist in der Schwangerschaft immer erhöht, also meist nicht zu verwerten. Zeigt der Prozeß irgendwelche Neigung zu Bewegung bzw. Verschlechterung, hat sofort entsprechende Behandlung, am besten mit kürzerem oder längerem Heilstätten-Aufenthalt, zu erfolgen. Die Entbindung sollte nach Möglichkeit in einer Spezialanstalt geschehen, wo man bei verlängerter Austreibungsperiode geeignete Maßnahmen ergreifen, auch sonst unnötigem Pressen entgegenarbeiten wird. Die Einrichtung besonderer Abteilungen für Schwangere in einzelnen Tuberkulose-Anstalten sollte mehr als bisher gefördert werden. Die Mutter würde gleichzeitig hinsichtlich hygienisch einwandfreien Verhaltens dem Kinde gegenüber zu unterrichten sein.

Die Ansichten, ob das Stillen ein Risiko für die Mutter bedeutet, sind geteilt. Zweifellos ist es eine zusätzliche Belastung, die man nur unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen in den Kauf nehmen darf.

Wir sollten noch einen weiteren wichtigen Schluß ziehen: den einer rechtzeitigen **Prophylaxe**. Während der Kurzeit sollten lungenkranke Frauen und Mädchen in geeigneter Form auf eine Geburtenregelung hingewiesen werden: Verhütung des Empfängnisses während der Aktivität einer Lungentuberkulose, Vermeidung allzu schneller Geburtenfolge usw. Man muß es sich auch in geeigneten Fällen angelegen sein lassen, den Ehemann aufzuklären.

Eine **Sterilisation** lehnen wir ab, solange irgend eine Aussicht für später auf risikolose Gravidität besteht. Ist eine Frau in vorgerücktem Alter, hat sie mehrfach geboren, so wird man u. U. die Frage diskutieren können.

Und nun noch ein Wort zu den **Kindern**. Bei einer offentuberkulösen Mutter besteht naturgemäß erhöhte Infektionsgefahr. Die Sterblichkeit dieser Kinder liegt nach Braeuning allgemein 1—4% höher als die Gesamtmortalität der Kinder gleicher Altersklassen. In dem Augenblick aber, in dem die nötigen hygienischen Maßnahmen gewährleistet sind, ist eine Übersterblichkeit nicht mehr nachzuweisen. Vererbung der Tuberkulose spielt praktisch keine Rolle. Einer erbbedingten Disposition kann man durch vernünftige, abhärtende Erziehung usw. weitgehend entgegenarbeiten. Vor allem aber sollte bei Kindern tuberkulöser Mütter die BCG-Schutzimpfung des Säuglings viel mehr noch als bisher durchgeführt werden.

Prof. Dr. H. Alexander, Hannover, Hildesheimer Straße 25.

Schlußwort:

Die Behandlung der Tuberkulose des Menschen hat in den letzten Jahrzehnten durch die Heilstättenbehandlung, Lungenchirurgie und Chemotherapie große Fortschritte gemacht. An diesen Fortschritten partizipieren natürlich auch die tuberkulosekranken Frauen in der Schwangerschaft. Früher war es ein Dogma, daß die Schwangerschaft und die Lungentuberkulose als feindliche biologische Abläufe anzusehen seien. Daraus ergab sich die Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose, wenigstens für die Schwangerschaften in den frühen Monaten. Erst Menge, Schultze-Rhönhof, A. Mayer, Braeuning, Hansen, Goecke u. a. hatten den Mut, diese Lehre zu durchbrechen und die Indikation zur

Beseitigung einer Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose erheblich einzuschränken. Dem erfahrenen Geburtshelfer kann es aber nicht zweifelhaft sein, daß es sich bei der Schwangerschaft einer Tuberkulösen um die Koinzidenz zweier verschiedener Belastungen, also um eine Doppelbelastung handelt, um die natürliche, physiologische Belastung durch die Schwangerschaftsvorgänge und die pathologische Belastung durch die Infektionskrankheit. Diese beiden Belastungen summieren sich, ohne daß man irgendwelche spezifisch ungünstigen Einflüsse der Schwangerschaft auf den Verlauf der Lungentuberkulose anzunehmen braucht. Die Erfolge der Lungenheilstättenbehandlung und der dort ausgeführten operativen und Chemotherapie der schwangeren tuberkulösen Frauen haben inzwischen gezeigt, wieviel man mit dieser Behandlung erreichen kann, allerdings nur, wenn die Lungenheilstättenbehandlung auch noch monatlang über die Geburt hinaus ausgedehnt wird. Denn im Wochenbett sind die tuberkulösen Frauen am meisten gefährdet.

Auf der 48. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie am 7./8. November 1953 wurde über ein sehr großes Erfahrungsgut berichtet (Geburtsh. u. Frauenhk. 14 [1954], S. 183), aus dem hervorgeht, daß die Heilungsergebnisse ohne Unterbrechung der Schwangerschaft den früheren Ergebnissen durchaus an die Seite gestellt werden können und ihnen zum Teil sogar überlegen sind. Man kann also die Frauen ihre Schwangerschaft austragen lassen, aber nur unter der Voraussetzung, daß man ihnen eine monatlang Heilstättenbehandlung ermöglichen kann. Andererseits darf nach unserer Ansicht auch nach den neuesten Erfahrungen nicht ein neues Dogma an die Stelle des alten treten, d. h. die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose etwa „grundsätzlich“ abgelehnt werden. Wir halten es nach wie vor für angezeigt, in sorgfältig, gemeinsam mit dem Internisten ausgesuchten Fällen junge Schwangerschaften etwa bis zur 16. Woche wegen Lungentuberkulose zu unterbrechen, nicht um damit die Frau auf den Segen der Nachkommenschaft verzichten zu lassen, sondern um sie damit von der Doppelbelastung zu befreien und zur Ausheilung zu bringen, damit sie dann später noch viele Kinder haben kann. Im Einzelfall gilt es nicht, dogmatisch und damit einseitig zu entscheiden, sondern das herauszusuchen, was für die besondere, unendlich mannigfaltige Situation bei jeder einzelnen Patientin das beste ist.

Prof. Dr. Heinrich Martius, Univ.-Frauenklinik Göttingen

Frage: Behandlung der Lymphogranulomatose im Anfangsstadium (geringe Schwellung nahezu aller regionären Drüsen einschließlich der Hilusdrüsen bei 33jähriger Patientin in gutem Allgemeinzustand). Diagnose histologisch gesichert. Ist die L. heute mit Sicherheit nicht als Modifikation der Tuberkulose anzusehen? Liegen Erfahrungen mit den modernen Tuberkulostatika vor? Könnte die L. vielleicht doch auf sie ansprechen?

Antwort: Als eine im Anfangsstadium befindliche Lymphogranulomatose kann eine mit fast generalisierter Drüenschwellung einhergehende Erkrankung nicht mehr bezeichnet werden. Zur Behandlung stehen mehrere Cystostatica wie N-Lost, Triäthylenmelamin (TEM), Aktinomycin, neben Röntgenbestrahlungen zur Verfügung. Ist die Erkrankung noch auf eine oder mehrere benachbarte Drüsen — meist beim zervikalen Typ — beschränkt, so empfiehlt sich die Totalexstirpation mit Nachbestrahlung, wodurch in seltenen Fällen eine Heilung, häufiger wenigstens eine Verzögerung der Krankheitsentwicklung erreicht werden kann. Einzelheiten der Therapie müssen in den einschlägigen Lehrbüchern nachgelesen werden. — Mit Tuberkulose hat die Lymphogranulomatose sicher nichts zu tun und spricht auch nicht auf Tuberkulostatika an.

Prof. Dr. R. Schoen, Medizinische Univ.-Klinik Göttingen.

Frage: Ist ein Zusammenhang zwischen Plasmozytom und Unfall denkbar? Ich habe einen Patienten in Behandlung gehabt, der am 8. Dezember 1952 ad exitum kam. Die Frau des Patienten hat mir wiederholt die Frage vorgelegt, ob ein Zusammenhang zwischen dem Leiden und einem früheren Unfall möglich wäre. Patient erlitt 1932 einen komplizierten Unterschenkelbruch mit Eröffnung des Kniegelenkes. 1937 war eine Amputation des Oberschenkels erforderlich. Bemerken möchte ich noch, daß eine Anämie schon seit mehreren Jahren bestanden hat und erst im letzten Jahr der besondere Charakter derselben erkannt wurde. Aus dem Krankenbericht des zuletzt behandelnden Spitals: Patient geb. 24. September 1903. Es handelt sich