

Uterus auf. Findet man, was gelegentlich vorkommt, bei solchen Individuen männliche Züge, so mag es nicht ausgeschlossen sein, daß in diesen Fällen genetisch männlich-determinierte Personen durch die fehlende Ausbildung der männlichen Geschlechtsorgane in weibliche Richtung gedrängt werden. Ist jedoch ein Hoden vorhanden, so ist er in der Lage, das weibliche Hormon der Mutter zu neutralisieren, so daß dieses nicht zur Auswirkung kommen kann. — Über die Wirkung gonadotroper Hormone nach Injektion von **Anteron in den 3. Ventrikel am infantilen Kaninchen** sprach Hess (Münster): Nach Anteron-Injektion in den Ventrikel kam es zu Reifungserscheinungen an den Genitalien und zu spontanen Ovulationen, was mit intramuskulärer Injektion des gleichen Mittels nicht zu erzielen war. Der mögliche Wirkungsweg über das Zwischenhirn und autonome Nervensystem wurde diskutiert. Augustin (Freiburg) lieferte an Hand von Schnitten aus einem Operationspräparat den Nachweis einer parazyklischen Ovulation und leitete daraus die forensische Bedeutung einer evtl. möglichen Superfecundatio ab. Über die Wirkung der Ovarialhormone auf die Gonadotropinausscheidung während der Schwangerschaft sprachen Bonilla und Torres (Valencia). In der nachfolgenden Aussprache lehnte Knaus (Wien) die Möglichkeit parazyklischer Ovulationen ab und kritisierte, daß nur in Deutschland heute noch parazyklische Ovulationen anerkannt würden. Stieve (Berlin) erwiderte Knaus, daß er selbst 6 Fälle mit einwandfrei sicheren parazyklischen Ovulationen beobachtet habe. Langreder (Freiburg) zeigte ein neuartiges **Verfahren der pränatalen Geschlechtsbestimmung**. Es ist hier möglich, in dem beispielsweise durch Punktion gewonnenen Fruchtwasser mit Hilfe der Zyto-diagnostik Scheidenepithelien nachzuweisen. Diese Methode hat vor allem in der Tiermedizin eine große Bedeutung. Koch (Erlangen) berichtete über 63 „Röntgenkinder“ und 10 „Röntgenkel“ nach temporärer Kastration. Es wurden verschiedene Schädigungen und Mißbildungen beobachtet, wobei man allerdings die Mißbildungen durchaus nicht in jedem Falle als Folge der Röntgenbestrahlung ansprechen kann. Limburg (Hamburg) sprach im Anschluß daran über die Bedeutung spontaner Oestrogenbildung in der Menopause. Bei Vorliegen eines Korpus-Karzinoms ist immer der Einfluß von Follikelhormon im Abstrich zu erkennen. Das Follikelhormon ist ein bedingt karzinogener Stoff, der für das Zustandekommen eines Korpuskarzinoms notwendig ist. — Über die **diaplazentare Infektion bei den Rubeolen und der Toxoplasmose** referierte W. Schultz (Hamburg). Für die Röteln und die Toxoplasmose muß man eine diaplazentare Infektion annehmen. Bei Röteln der Mutter kommt es zu Mißbildungen der Augen, des Herzens, wohl auch der Gefäße. Folge der angeborenen Toxoplasmose ist häufig ein Hydrozephalus, auch eine Enzephalomyelitis. Die Kenntnis der diaplazentaren Infektion hat uns zum erstenmal gezeigt, daß Mißbildungen nicht immer angeboren sind, sondern auch erworben sein können. Die Behandlung der Toxoplasmose mit Aureomycin wird versucht. A. Mayer (Tübingen) zeigte an Hand eines Filmes das verschiedene Verhalten zweier Kinder an der Mutterbrust: beim einen Kind handelte es sich um ein trinkfaules Kind, während das andere sehr lebhaft saugte. A. Mayer nimmt an, daß sich die verschiedenen Temperamente der Menschen schon im Neugeborenenalter in ihrem Verhalten an der Mutterbrust äußern.

Am Anfang des 4. Sitzungstages standen einige Demonstrationen: Martin (Wuppertal) zeigte ein weibliches Bänderbecken zur Darstellung der Statik und der Geburtsmechanik des knöchernen Beckens. Köhler (Zwickau) berichtete über die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit nach Sterilisation durch Verpflanzung eines Ovars in den Uterus. Bauereisen (Magdeburg) referierte über einen zystischen Tumor der rechten oberen Lendenwirbelgegend, der differentialdiagnostische Schwierigkeiten machte und ungewöhnliche postoperative Reizfolgen des sympathischen Nervensystems aufwies. Mayer (München) sprach dann über die Möglichkeit einer **Prophylaxe der fötalen Erythroblastose** mit Rh-Haptenen. An Hand von Kurven demonstrierte er, daß trotz Hapten-Gaben teilweise ein Antikörperanstieg nicht verhindert werden konnte. Er riet zur frühzeitigen Schnittentbindung, einem Verfahren, das aber nur zum Teil erfolgversprechend ist. Holländer (Würzburg) teilte ähnliche Untersuchungsergebnisse mit. Auch er ist der Ansicht, daß der Wert der Rh-Haptene noch sehr umstritten ist. — Lüttge (Bamberg) sprach zur aktiven Therapie des febrilen Abortes.

Es folgte nun der 4. Hauptbericht über die **„Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung“**, worüber als Jurist der Heidelberger Strafrechtler Professor E. Schmidt und als Gynäkologe Prof. Naujoks (Frankfurt) referierten. Schmidt ging zunächst auf die nach 1945 bestehende große Rechtsunsicherheit und den Streit um den § 218 ein und stellte fest, daß die Rechtslage heute nicht mehr so verworren ist: der § 218 gilt nach wie vor. Schmidt beleuchtete dann die Rechtslage bezüglich der medizinisch indizierten Interruptio; an ihrer Zulässigkeit bestehen keine Zweifel. Der Arzt muß dabei auch die Lebensumstände, in welchen sich die Schwangere befindet, beachten. Eine sogenannte gemischt-medizinisch-soziale Indikation lehnte Schmidt grundsätzlich ab. Hinsichtlich der Gutachterkommis-

sion, ferner des Meldewesens bei Früh- und Fehlgeburten und bei Schwangerschaftsunterbrechungen besteht auch heute noch eine gewisse Rechtsunsicherheit, weil die Ansichten über das Schicksal des Erbgesundheitsgesetzes in den einzelnen Bundesländern auseinandergehen. Schmidt forderte in diesem Zusammenhang eine einheitliche Bundesgesetzgebung. Dem Gesetzgeber zur Zulassung anderer Indikationen (eugenische, soziale, ethische Indikationen) zu raten, lehnte Schmidt ab: es kann nur die medizinische Indikation geben! Die Stellung des Gutachters grenzte Schmidt dahin ab, daß dieser nur die Schwangerschaftsunterbrechung empfehlen dürfe. Durch diese Empfehlung ist der Operateur aber noch nicht festgelegt. Glaubt er, die Unterbrechung nicht verantworten zu können, so kann er für seine Person die Vornahme der Operation ablehnen. Der Referent ging dann im folgenden auf das Sterilisationsproblem über. Er vertrat die Ansicht, daß die medizinisch indizierte Sterilisation rechtlich nicht anders als jeder sonstige Eingriff zu Heilzwecken zu behandeln und damit zu bejahen sei. Schwieriger ist die Frage der Rechtfertigung der eugenisch oder sozial indizierten Sterilisierung. Für beide Sterilisationsarten muß die juristische Frage lauten: „Ist die an einer einwilligenden Person durchgeführte Sterilisierung, der der Charakter als tatbestandsmäßiger Körperverletzung im Sinn der §§ 223, 223a und 224 StGB nicht abgesprochen werden kann, eine den guten Sitten entsprechende Maßnahme oder nicht?“ Bezüglich der eugenischen Sterilisierung ist zu sagen, daß es heute in vielen Ländern eine eugenische Sterilisation gibt und daß der Länderrat in Stuttgart bei schweren Erkrankungen die eugenische Sterilisation gutheißt, die Einwilligung der betreffenden Person vorausgesetzt. Die Verantwortung für eine strenge und gewissenhafte Anzeigstellung trägt der Arzt. Die soziale Indikation zur Sterilisation erkannte Schmidt mit Rücksicht auf die heutige politische, soziale und wirtschaftliche Lage an; es muß in jedem Falle aber eine einwandfreie Indikation vorhanden sein. Der Referent sprach sich bei seiner Bejahung der sozialen Indikation für die Zulässigkeit gemäß § 226 StGB aus, und zwar deswegen, weil an die Rechtsentwicklung aus der Zeit vor 1933 angeknüpft werden kann — bestand doch schon 1927 unter maßgeblichen Strafrechtlern weitgehende Einmütigkeit darüber, daß in Fällen ernsthafter sozialer Indikation die an der einwilligenden Person durchgeführte sterilisierende „Körperverletzung“ den guten Sitten entspreche. Zum Schluß forderte Schmidt eine klare Bundesgesetzgebung, die die 3 Indikationsarten der Sterilisierung anerkennt.

Naujoks (Frankfurt) ergriff dann das Wort und erklärte, daß er mit Schmidt in den Hauptpunkten übereinstimme. Er lehnte die Freigabe der unbegründeten Unterbrechung und die völlige Straflosigkeit entschieden ab und stellte fest, daß die willkürliche Vernichtung eines Lebewesens, ob geboren oder ungeboren, ob Krüppel oder gesund, niemals die Aufgabe des Arztes sein könne. Bezüglich der medizinischen Indikation der Interruptio forderte Naujoks eine strenge Handhabung: es sei nicht angängig, eine mütterliche Erkrankung ohne weiteres als erwünschten Vorwand zu einer Schwangerschaftsunterbrechung zu benützen. Die Frage bei der medizinischen Indikation müsse lauten: „Muß unterbrochen werden?“, nicht: „Darf unterbrochen werden?“ Eine soziale Indikation lehnte er strikt ab, da eine Tötung der ungeborenen Frucht allein aus wirtschaftlichen Gründen weder ethisch noch juristisch zu rechtfertigen ist. Naujoks vertrat jedoch die Ansicht, daß soziale Gesichtspunkte bei der Beurteilung medizinischer Indikationen berücksichtigt werden müßten, da nicht eine Krankheit, sondern eine kranke Frau in einer bestimmten, zunächst unabänderlichen Umgebung zu begutachten und zu behandeln sei. Eine Lungentuberkulose in einer Baracke sei etwas anderes als in einem Sanatorium. Der Begriff der gemischt-medizinisch-sozialen Indikation sei ein denkbar schlechter Ausdruck. Dann kam der Referent auf die eugenische Indikation zu sprechen. Diese besitzt nur für ganz wenige Krankheiten eine genügend sichere wissenschaftliche Untermauerung. Er stellte sich auf den Standpunkt, daß eine juristische Legalisierung sehr schwierig, für das ärztliche Handeln jedoch wünschenswert sei. Ähnliches gilt für die ethische Indikation (z. B. Vergewaltigung, Blutschande usw.), die jedoch unter normalen Verhältnissen zahlenmäßig kaum eine Rolle spielt. Naujoks wies weiter auf die Gefährlichkeit der Schwangerschaftsunterbrechung hin, worüber oft falsche Anschauungen herrschten. Darauf wandte sich der Redner der organisatorischen Durchführung der Schwangerschaftsunterbrechung zu. Er schlug vor, daß der Hausarzt die Interruptio bei einer von der Ärztekammer gebildeten Gutachterstelle beantragen solle; diese wiederum müsse 2 Gutachter bestimmen. Der operierende Gynäkologe könne zur Vornahme des Eingriffes nicht gezwungen werden. Nach vollzogener Interruptio erfolgt Meldung an die Gutachterstelle. Selbstverständlich erhält der Gynäkologe die Akten zur Einsicht. Zum Problem der medizinisch indizierten Sterilisierung nahm Naujoks folgende Stellung ein: diese unterliegt allein der Entscheidung des ausführenden Arztes; einer behördlichen Genehmigung oder gerichtlichen Sanktionierung bedarf es nicht. Auch

soziale Momente können nach sorgfältiger Prüfung mit herangezogen werden. Naujoks begründete seinen Standpunkt damit, daß auch bei anderen Operationen nicht zwischen medizinischen und sozialen Indikationen unterschieden werden könne und nannte als Beispiel die Prolapsoperationen, Bildung einer künstlichen Scheide, kosmetische Operationen. Der Referent führte aus, daß eine vernünftige Empfängnisverhütung viele Sterilisationen ersetzen und unnötig machen könne, und gab zu erwägen, daß man auch an eine Sterilisierung des Ehemannes denken könne, wenn bei der Frau sonst keine Indikation zu einem operativen Eingriff bestünde. Schließlich kam Naujoks auch noch auf die eugenische Sterilisierung zu sprechen, die nicht allein Sache des Arztes sein könne, da sie einen tiefen Einschnitt in den Volkskörper und die gesamte Rechtsauffassung bedeute. Er formulierte seinen Standpunkt dahingehend, daß der Arzt seine Mitarbeit nicht versagen könne, wenn einmal die erhoffte Einigung der verschiedenen Auffassungen und eine behördliche Regelung getroffen ist.

Als Korreferent ergriff zunächst ten Berge (Groningen) das Wort und sagte, daß in Holland die Abtreibung mit Gefängnis bestraft werde. Sterilisierungen ohne Einverständnis der Patientin sind nicht möglich. Koller (Basel) gab bekannt, daß in der Schweiz 1950 6000 legale Interruptionen, das sind 7% der Geburtenzahl und 1,3‰ der Bevölkerungszahl, vorgenommen worden seien. Eine Interruption abzulehnen muß das Recht des Operateurs bleiben. Sjövall (Lund) berichtete über die Verhältnisse in Schweden. Dort kann eine Schwangerschaft unterbrochen werden bei Krankheit, bei „Schwäche“ (= soziale, ferner körperliche Schwäche), bei Notzucht und aus sozial-medizinischer Indikation. Die Absicht des Gesetzes ist es, die kriminellen Aborte zu vermindern. Die Folge dieser Gesetzgebung ist ein Absinken der Geburtenzahl und ein gewaltiges Ansteigen der Interruptionen bei einem gleichbleibenden Stand der wahrscheinlich kriminellen Aborte. Sjövall belegte dies an Hand einer sehr eindrucksvollen Kurve. Sterilisierungen aus sozialer Indikation, ferner bei Geisteskrankheiten, ohne Zwang, sind möglich. Parache (Madrid) lehnte die Schwangerschaftsunterbrechung ab. — Dann folgte die Diskussion: A. Mayer (Tübingen) wies darauf hin, daß die Interruptio kein medizinisches oder juristisches Problem, sondern ein vorwiegend ethisches Problem sei. Döderlein (Jena) berichtete, daß in der Deutschen Demokratischen Republik seit dem 27. September 1950 ein „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ bestünde, das eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung nur zuläßt, wenn die Austragung des Kindes das Leben oder die Gesundheit der Mutter ernstlich gefährdet oder wenn ein Elternteil mit schwerer Krankheit belastet ist. Jede andere Unterbrechung ist verboten. Es gibt also in Ostdeutschland nur noch die medizinische und die eugenische Indikation. Die Sterilisierung ist in den ostdeutschen Ländern grundsätzlich verboten; in Sonderfällen kann sie nur mit Genehmigung der Gesundheitsbehörde straffrei vorgenommen werden. Dörfler (Weißenburg) gab bekannt, daß in Bayern Bestrebungen im Gange seien, die die medizinische Indikation zur Interruptio sehr erheblich einschränken wollen, da Schwangerschaften auf Grund neuerer Erkenntnisse der Wissenschaft viel öfter ausgetragen werden könnten, als früher angenommen wurde. Nach Hartemann (Nancy) gibt es in Frankreich zwei Indikationen für den „therapeutischen Abort“: eine absolute Indikation, wenn die Mutter in Lebensgefahr ist; eine relative Indikation, wenn das Leben der Mutter nur möglicherweise bedroht ist. Die Indikation zur Interruptio stellt ein Konsilium zweier Ärzte. Diemel (Hamburg) ging dem Schicksal von 1200 abgelehnten Interruptionsfällen nach: 374 Frauen trugen aus, 826 Frauen haben die Schwangerschaft auf andere Weise beendet. Man muß annehmen, daß ein großer Teil davon abgetrieben hat! Mestwerdt (Greifswald) zeigte an Hand einer Tabelle, daß seit 1950 die Zahl der Kliniksentbindungen in Greifswald gewaltig zugenommen hat, die Zahl der Aborte aber gleich geblieben ist, während die Interruptionen, die 1947 die Zahl der Geburten überstiegen, ganz zurückgingen. Klingsgo (Stockholm) gab für Schweden eine Gesamtsterblichkeit aller Interruptionen von 0,35‰ an, die sich bei gleichzeitiger Sterilisierung auf 0,67‰ erhöht. Er wies darauf hin, daß in Schweden die Geburtenzahl beträchtlich abgenommen habe.

Das Schlußwort der 28. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie sprach Professor A. Mayer (Tübingen). Der nächste Kongreß wird unter Leitung des neugewählten Präsidenten, Professor Eymér (München), im Herbst 1952 in München stattfinden.

Es bliebe zu erwähnen, daß im Rahmen des Gynäkologenkongresses die deutschen Hebammenlehrer unter Leitung von Professor Reichenmiller (Stuttgart) tagten und dabei u. a. den Beschluß faßten, eine Kommission zu bilden, deren Aufgabe es ist, auf eine einheitliche Hebammengesetzgebung hinzuwirken, gemeinsame Richtlinien für die Ausbildung und Fortbildung der Hebammen zu finden und die Voraussetzungen für ein einheitliches amtliches Hebammenlehrbuch zu schaffen.

H. Drescher, Stuttgart

LITERATURBERICHTE

Buchbesprechungen

R o s t o c k, P.: **Die Wunde.** (Chirurgie in Einzeldarstellungen, Bd. 41) XII/368 S., 35 Abb. (Walter de Gruyter, Berlin 1950.) Preis: Ganzl. DM 28.—

„Die Wunde und ihre Behandlung ist eine der Grundlagen der Chirurgie.“ Dieser Satz im Vorwort des Verfassers rechtfertigt die neu erschienene monographische Darstellung aller mit der Wundheilung zusammenhängenden Fragen. Wenn auch jetzt, nach dem Kriege, andere chirurgische Probleme aktueller sind als die Wundbehandlung, irgendwie muß sich doch jeder Chirurg mit diesem Problem praktisch oder theoretisch auseinandersetzen. Im Rostockschen Buch ist alles hierüber Wissenswerte abgehandelt; die Physiologie der Wundheilung, die Wundinfektion und ihre Bekämpfung, Grundlagen und Methoden der Desinfektion, der Keimfreimachung von Instrumenten, Händen, Verbandstoff und Nahtmaterial. Das Kapitel über Wundbehandlung vermittelt eine sehr gute Übersicht über die historische Entwicklung, Anwendungsweise und Indikation der einzelnen Methoden unter besonderer Berücksichtigung der Sulfonamide und Antibiotika. Zweifellos wird das Buch großes und berechtigtes Interesse finden.

R. Reichle, Stuttgart

M o s e r, H.: **Die Praxis der modernen Narkose.** 195 S., 91 Abb. (Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1951.) Preis: Ganzl. DM 24.—

Das Buch beginnt mit den Narkosevorbereitungen allgemeiner Art. Auf die Wichtigkeit des O₂, die Anoxiegefahren und ihre Vermeidung wird hingewiesen. Eine wesentliche Erleichterung der Narkose bringt eine sachgemäße Prämedikation. Die einzelnen Narkosemittel sind nach ihren Vor- und Nachteilen gewürdigt. Das gilt sowohl für die flüssigen Inhalationsnarkotika, von denen Vinetilen und Trilen nach des Referenten Meinung keine entscheidenden Vorzüge besitzen, wie für die gasförmigen Substanzen, vor allem Lachgas und Cyclopropan, die vorzüglich bei alten Leuten empfohlen werden. Unter den intravenös zu verabreichenden Präparaten stellt der Verf. das Pentothal voraus, das dem Evipan außer einer flüchtigeren Wirkung nicht überlegen ist. Die Rektalnarkose ist den neuzeitlichen Anschauungen entsprechend kurz abgehandelt. Die Narkosetechnik wird nach praktischen Gesichtspunkten dargestellt. Für die Inhalationsnarkose ist der Unterschied zwischen offenem, halbgeschlossenem und geschlossenem System herausgearbeitet. Die Vorteile der endotrachealen Narkose und ihre Indikationen werden betont. Ob nasotracheal oder orotracheal intubiert wird, ist mehr Angelegenheit der Vorliebe des Narkotiseurs, die orotracheale Einführung jedoch bei intrathorakalen Eingriffen und Kurareverwendung zweckmäßiger (des Ref. Klinik verwendet aus verschiedenen Gründen die nasotracheale Intubation nur bei Unmöglichkeit der orotrachealen). Die Intubation, die unter Sicht oder blind vorgenommen werden kann, ist außer bei Kindern und ängstlichen Personen meist in Oberflächenbetäubung durchzuführen. Dabei passierende Zufälle und die Gesichtspunkte bei der Extubation sind erörtert. Ein besonderer Abschnitt ist dem Kindesalter gewidmet, in dem für Cyclopropan eingetreten wird. Unter den Methoden der Bronchusblockade ist der sehr brauchbare Carlenstabus nicht erwähnt. Zahlreiche Narkoseapparate sind bildlich wiedergegeben. Ausführlich sind die Auslassungen über das Kurare. Die Eigenheiten seiner Wirkung, seine Wirkungszeichen, die Beziehungen zu anderen Narkosemitteln und die Möglichkeiten seiner Koupierung sind sehr gründlich auseinandergesetzt. Eine Intubation wird bei Kurarisierung nicht für unbedingt notwendig erachtet. Unter den geschichtlichen Daten sind L a e w e n s erste Versuche nicht erwähnt. Thymustumoren, Fälle mit Obstruktion der Atemwege, hochgradiges Emphysem und schweres Asthma, chronische und schwere Nierenschädigung, sowie der Ileus werden als Gegenindikation für Kurare angesprochen. Vorschläge für die Narkose bei Thymektomie, Myasthenia gravis, Mediastinaltumoren, angeborenen Herzfehlern und Morbus Addison beschließen das Buch. Von der Verwendung des Kurare bei Tetanus hat Ref. nichts Überzeugendes gesehen. Die Bedenken gegen die Intubation bei Lungentuberkulose wird nicht jeder teilen.

Das Buch ist als Hilfe für den Narkotiseur gedacht ohne die praktische Ausbildung ersetzen zu können. Dieser Zweck wird erfüllt, mag man auch in dem einen oder anderen Punkt einer abweichenden Meinung sein. Anschauliche Bilder unterstützen dieses Bestreben. Das Buch kann jedem empfohlen werden, der sich kurz über die modernen Narkoseprobleme informieren möchte.

E. Derra, Düsseldorf