

## REFERATE

### Kritische Sammelreferate

## Gynäkologie und Geburtshilfe

von F. v. MIKULICZ-RADECKI

### Allgemeines

In der im Lehmanns Verlag, München, erschienenen *Pharmakotherapie* findet sich ein Artikel von F. Hoff: **Stellung und Bedeutung der Arzneimittelbehandlung in der klinischen Therapie**, von dem jeder Arzt Kenntnis nehmen sollte, weil auch die unangenehme Seite des heutigen Zeitgeistes in glänzender Formulierung und in aller Offenheit dargelegt wird. Es wird nicht bestritten, daß die Pharmakotherapie in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte gebracht hat, die nicht nur der inneren Medizin zugute kamen, sondern auch der Chirurgie und der Psychiatrie, um nur diese Beispiele zu nennen. So sind Krankheitsgebiete, die früher allein der Chirurgie gehörten, wie das Pleuraempyem oder die Osteomyelitis, für die innere Medizin gewonnen worden. Dafür hat der chirurgisch tätige Arzt seine Operationsindikationen erweitern können — z. B. in das hohe Alter hinein! — durch verbesserte Operationsvorbereitung, Narkosetechnik und Schockbehandlung. Die Psychiatrie gewann entscheidend durch die Psychopharmaka.

Mit der modernen Entwicklung der Arzneimitteltherapie ist aber auch eine *Änderung einzelner Krankheitsbilder* eingetreten: Es haben sich therapieresistente Keime herausentwickelt, Todesfälle an Sepsis durch Pneumo- und Streptokokken sind abgelöst durch Zunahme der Todesfälle durch hämolytische Staphylokokken. Der Diabetiker erlebt heute die Gefahren der *diabetischen Angiopathie* mit Gefäßverschlüssen und Niereninsuffizienz durch *Morbus Kimmelstiel-Wilson*, der an chronischer Leukämie Leidende eine *Osteomyelofibrose*.

Bedenklich sind *echte Arzneimittelschäden*, von denen die *Phokomelie nach Einnahme von Thalidomid-Präparaten* eine schreckliche Berühmtheit erlangt hat. Contergan hatte übrigens auch *schwere Nervenlähmungen* zur Folge gehabt.

„Man muß“, schreibt Hoff wörtlich, „leider mit der Tatsache rechnen, daß gerade die wirksamsten Medikamente, denen wir die großartigen Erfolge der modernen Pharmakotherapie verdanken, wohl fast alle auch mit der Gefahr von schädlichen Nebenwirkungen behaftet sind“ (*Therapieschäden*). Das ist im Bewußtsein der Ärzteschaft noch nicht überall genügend deutlich geworden. Andererseits verleiten die großen Therapie-

erfolge zu einer *Überschätzung der Pharmakotherapie* überhaupt, damit zu einer kritiklosen Anwendung ohne zwingende Indikation, zu einer ärztlichen Polypragmasie, die durch unnötige Anwendung von Arzneimitteln *unnötige Therapieschäden* herbeiführt. Dazu kommt noch die Überschätzung der Medikamente in Laienkreisen und — darauf beruhend — der Tablettenmißbrauch der Bevölkerung.

Und an die Adresse des Frauenarztes gerichtet: „Sogar die existentielle Verantwortung für das Sexuelle, die charakterlichen Anforderungen, die mit dem Geschlechtsakt und der Zeugung, mit den tiefsten Grundlagen unserer physischen und geistigen Existenz zusammenhängen, werden durch die Einnahme von Tabletten ersetzt, und man scheut sich nicht, dadurch die physiologische Grundfunktion des gesunden Weibes, die Ovulation und die Zeugungsfähigkeit medikamentös auszuschalten.“

Mit diesem mahnenden Hinweis hat Hoff sehr recht, auch wenn er dem heutigen Trend entgegensteht, **orale Fertilitätshemmer** mit dem Problem der „*Bevölkerungslawine*“ zu rechtfertigen. Trotz der großartigen Experimente von G. Pincus weiß heute noch kein Wissenschaftler oder Arzt genau, ob und welche schädlichen Folgezustände nach vieljähriger Anwendung von *Enovid*, *Anovlar* oder *Lyndiol* bei einer vollkommen gesunden Frau eintreten können (W. E. Schreiner). Die Mitarbeit einzelner Ärzte (*Gesenius*) kann wegen der Kleinheit des Materials eines einzelnen keine brauchbaren Ergebnisse und Unterlagen erbringen. Das Problem ist verantwortungsvoll genug, daß nur wenige große Kliniken die orale Empfängnisverhütung zunächst erproben sollten, bis deren Gefährlosigkeit wirklich bewiesen ist. Es handelt sich *nur um körperliche Gefahren* — Folgezustände geringen Grades kann es eine ganze Anzahl geben (siehe bei *Gesenius*!) —, sondern auch um seelische; wir glauben, daß sich weder die pharmazeutische Industrie noch der Teil der Ärzteschaft, der sich heute schon für eine großzügige Anwendung der „*Anti-Baby-Tabletten*“ einsetzt, darüber klar ist oder es wahrhaben will, welchen Wandel in der Moral diese Tabletten herbeiführen werden. Der Vorschlag, mit diesen bei jungen Frauen und Mädchen „zurückhaltend“ zu sein (*Gesenius*), wird reine Theorie bleiben!

Von allgemeinem Interesse dürften weiter die Ausführungen von B. Mikat sein, der sich — als bewährter Statistiker — in die schon längere Zeit anhaltende Diskussion einschaltet über: **Ärztemangel oder Überschuß?** Der Verf. benutzt dieses Thema dazu, um zu zeigen, wie gefährlich und verwirrend es werden kann, wenn Laien medizinische Statistiken verwenden und deuten. Die Überschrift des Artikels lautet: *Medizinische Statistik in Laienhand!* Mikat kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Wissenschaftlich bewiesen beträgt der *Nachwuchsbedarf* in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) für einen überschaubaren Zeitraum von etwa 10 Jahren (1961—1971) *jährlich rund 2000 bis 2200 Ärzte.*

2. Schätzungen ergeben, daß innerhalb des Zeitraumes 1961—1970 praktisch doppelt soviel Nachwuchsärzte in das Berufsleben eintreten dürften, als für die Erhaltung des derzeit vorhandenen Ärztebestandes — selbstverständlich unter Berücksichtigung des voraussichtlichen Anwachsens der Gesamtbevölkerung — benötigt werden.

3. Ob über den wissenschaftlich bewiesenen Nachwuchsbedarf hinaus eine „Arztreserve“ (Mikat) von 1200—1300 Ärzten pro Jahr — für die Entwicklungsländer — angelegt werden muß, sei ein reines Politikum.

Wir selbst betrachten statistische Vorausberechnungen für medizinische Belange mit einem gewissen Unbehagen; wissen wir heute schon, welchen Neuanforderungen an Ärzten die Medizin zustrebt? Durch weiteren Einbau der Technik, durch die 40-Stunden-Woche, durch zunehmende Entfremdung der approbierten Ärzte von ihrem eigentlichen Beruf, z. B. in der pharmazeutischen Industrie?

Damit wird bereits ein weiteres heißes Eisen berührt: **Die Studienreform;** hierzu liegen 2 neue Beiträge vor: Von Kolle sowie von G. Landes. Beide Autoren beschäftigen sich mit der praktischen Ausbildung der Pflicht-Famuli, später der Medizinal-Assistenten und fordern mit Recht eine bessere Ausnutzung und Organisation dieser Arbeits- und Lehrzeit im allgemeinen, aber in besonders qualifizierten Krankenhäusern. Der von Kolle geforderten *Abschaffung der mündlichen Doktorprüfung* kann aber Ref. genausowenig zustimmen wie der oft diskutierten Abschaffung der Doktorarbeit! Warum sollte auf die ernsthafte schriftliche Bearbeitung einer ärztlichen Fragestellung (*Doktorarbeit*), aber auch auf die Verpflichtung zur Konzentration auf ein bestimmtes, rasch zusammenfassendes Krankheitsbild (*mündliche Doktorprüfung!*) verzichtet werden, wo doch jeder zukünftige Arzt die hier geforderten Fähigkeiten tagtäglich in der Sprechstunde oder am Krankenbett wird erweisen müssen!

Weiter sei die Arbeit von H.-J. v. Schumann genannt: **Homosexualität und Strafrechtsreform.** Man wird von der Deduktion des Autors überrascht, aber auch überzeugt, daß der Homosexuelle nicht in die Beurteilung des Strafrichters, sondern in die Betreuung des Arztes und Seelsorgers gehört (Handlungen gegen Jugendliche und Abhängige, Verstöße gegen die öffentliche Sittlichkeit und gewinnsüchtige Ausbeutung der Homosexuellen sind natürlich — darüber gibt es keine Diskussion! — gesetzlich zu verfolgen). v. Schumann

wendet sich vor allem gegen die Begründung zum § 216 des Entwurfes des Strafgesetzbuches 1962 (E), der den § 175 de lege lata ersetzen soll: „Wo die gleichgeschlechtliche Unzucht um sich gegriffen und großen Umfang angenommen hat, war die Entartung des Volkes und der Verfall seiner sittlichen Kräfte die Folge.“ Diese „geschichtliche Erfahrung“ trifft, wie viele unserer besten Historiker nachgewiesen haben, nicht zu und erscheint als eine reine *Zweckbehauptung*, die dazu beitragen soll, die Strafbedrohung des Homosexuellen aufrechtzuerhalten. v. Schumann führt ferner dazu aus, daß die Homosexualität nicht durch „Verführung“ oder „Übersättigung“ im Einzelindividuum entwickelt wird, sondern daß diese ein Schicksal ist, entweder konstitutionell bedingt oder infolge ungünstiger Erziehungs- und Umwelteinflüsse tief in der Persönlichkeit verankert.

Schließlich erwähne ich die **kritischen Betrachtungen zu Geschriebenem und Gedrucktem** von H. Petschke, in denen der Autor auf „Alltagssünden der Autoren und Redakteure“ in erfreulicher Offenheit hinweist. Besonders die jugendlichen Schriftsteller und Anfänger sollten diese Arbeit genau studieren; die hier gebotenen Lehren werden ihnen sehr zugute kommen!

## Gynäkologie

Von H. Schiller stammt eine interessante Betrachtung **über die werktätige Frau im Klimakterium und im Alter;** besonders der *Werkarzt* muß die arbeitende Frau in den genannten Jahren aus der veränderten hormonellen, seelischen und oft auch familiären (Kinder erwachsen!) Situation heraus richtig verstehen und beraten (*Sozial- und Arbeitsgynäkologie*). So ist es z. B. kein Zufall, daß das Durchschnittsalter der Frau mit *Fingerverletzungen* 35,5 Jahre beträgt, das ist schon der Beginn des Klimakteriums, das Schiller — mit Einbezug der beginnenden klimakterischen Beschwerden — vom 32. bis zum 48. Lebensjahr rechnet. Enttäuschungen gibt es oft, wenn die nicht mehr ausgefüllte Familienmutter sich nach einem „netten“ zusätzlichen Beruf umsieht, wobei sie vergißt, daß sie im Klimakterium sowieso nicht mehr so leistungsfähig ist, besonders wenn sie unter klimakterischen Beschwerden zu leiden hat. Aus manchen derartigen Widersprüchen ergeben sich dankbare Aufgaben für den Werkarzt, der oft mehr aufzuklären und zu beraten, als medikamentös zu behandeln hat.

Von Arbeiten zur gynäkologisch-geburtshilflichen Pharmakotherapie interessieren die Erfahrungen von D. Beuthe mit der **parenteralen Anwendung von Librium**, über das er sich begeistert äußert: „Für die präoperative Medikation, beim Abortus imminens (die Zahlen dafür sind allerdings nicht sehr überzeugend), bei der Hyperemesis gravidarum und zur Sedierung bei der Geburt. Dosis pro die: 100 mg i.m. Verfasser betont mit Recht, daß „psychische Momente bei der Verabreichung des Medikaments eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben.“

W. Föllmer setzt seine Untersuchungen zur Physiologie der Fortpflanzung in einem Entwicklungslande (Libyen) fort mit dem Problem: **Laktation, Laktationsamenorrhoe und Schwangerschaft.** Die libysche Frau stillt ihr Kind bis zu 2 Jahren, da eine andere Ernäh-

rungsweise nicht bekannt ist, aber auch um den baldigen Eintritt einer erneuten Schwangerschaft zu verhindern. Auch nach langer Laktation sind alle Formen des Zyklus: ovulatorisch oder anovulatorisch möglich und wohl von der individuellen Konstitution abhängig. Auch nach zweijähriger Laktationsamenorrhoe sind Ovar und Uterus sofort den Anforderungen einer neuen Schwangerschaft gewachsen.

#### Hormone

In der Gravidität, z. B. zur Behandlung eines drohenden Abortes, sind wegen der Gefahr einer Virilisierung weiblicher Feten **Nortestosterone** kontraindiziert; erlaubt sind nur **Gestagene in Form des unveränderten körpereigenen Progesterons** (Proluton, Lutren, Luto-cyclin). Dagegen bestehen keine Bedenken, Nortestosteronpräparate (z. B. Primolut N) außerhalb der Schwangerschaft bei funktionellen Störungen der Genitalfunktion anzuwenden. — Zur Frage der **Prüfung synthetischer Gestagene** nimmt K. Junkmann Stellung, mit einem Überblick über die Testierung verschiedener Substanzen zur Erkennung der einzelnen Wirkungen, so z. B. einer zentralen, einer androgenen, einer östrogenen. Auf Grund von Paralleluntersuchungen sei man schon berechtigt, die experimentellen Befunde auf den Menschen zu übertragen; der Kliniker andererseits soll sich darum bemühen, Nebenerscheinungen einzukalkulieren. — J. J. Foley ist der Ansicht, daß weder die **Senkung der Pregnañdiolausscheidung** noch das Auftreten des **Farnkrautphänomens im Zervixsekret** für das Vorliegen einer Schwangerschaftsstörung (Abort!) beweisend ist. — E. E. Schulze hat in Anlehnung an R. Contamin eine **Weichteilauflockerung während der Gravidität** zur Geburtsvorbereitung durch Gaben von Progesteron und Vitamin E angestrebt und bei 74 Pat. gute Erfahrungen damit gemacht: Eröffnungsperiode erleichtert und wenig schmerzhaft, gesamte Geburtsperiode verkürzt, keine Übertragung, gute Stillfähigkeit! Dosis: Etwa alle 2 Wochen 250 mg Proluton-Depot, außerdem tgl. dreimal 100 mg Ephynal als Dragées. Mindestens 10—12 Injektionen sind erforderlich; kommt die Frau erst bei fortgeschrittener Schwangerschaft, sollten die Injektionen in kürzeren Abständen gemacht werden. Besondere Indikationen: Genitalhypoplasie, alte I para. — Taymor und Barnard bestimmten bei 37 Frauen mit **anovulatorischem Zyklus mit und ohne Hirsutismus und polyzystischen Ovarien** verschiedener Genese das **luteinisierende Hormon (LH)** aus dem 24-Stunden-Urin; nur in etwa 50% der Frauen wurde LH vermehrt ausgeschieden, besonders bei längerem Sitieren des Zyklus. Das **echte Stein-Leventhal-Syndrom** entwickelt sich langsam aus Vorstadien; die erhöhte LH-Ausscheidung ist Folge fehlender Progesteronbildung in den Ovarien.

H. J. Staemmler u. L. Sachs berichten über die **papierchromatographische Fraktionierung der C<sub>17</sub>-Keto-steroide** bei Ovarialinsuffizienz und verschiedenen Formen der Maskulinisierung; aber die Ausscheidungsdiagnostik ist nur von begrenztem Wert, weil sie kein einheitliches Bild ergibt. Doch kann man adrenale Formen von idiopathischen Typen abgrenzen.

Eine Technik der **angiographischen Darstellung der Nebennieren** beschreibt H. Müller (Strahleninstitut

Freie Universität Berlin); die rechte Nebenniere zeigt die Kontrastanreicherung (Urografin) häufiger (etwa  $\frac{2}{3}$  der Fälle).

Einen vortrefflichen Überblick über **Klinik und Therapie der Endometriose** gibt L. Finke; im Vordergrund des Interesses steht heute die konservative Behandlung mit Gestagenen oder Nortestosteronpräparaten. Siehe dazu auch bei J. Nevinny-Stickel: **Moderne Gestagentherapie** im Almanach für Frauenheilkunde, II. Band, ferner bei B. Helpap.

Jeder Operateur sollte das Übersichtsreferat des Bundesanwaltes Dr. Max Kohlhaas: **Zurücklassen von Fremdkörpern im Operationsgebiet in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes** sehr sorgfältig studieren und dabei noch einmal überprüfen, ob er durch seine Anordnungen im Operationssaal vor einem derartigen Mißgeschick gefeit ist. Die Juristen denken anders darüber als die Mediziner, die oft — wie ich selbst beobachten konnte — in diesem Punkte recht leichtsinnig sein können! Ich will nur einen Satz aus dem Artikel hervorheben: „Ein fahrlässiges Verschulden kann auch dann gegeben sein, wenn kein ärztlicher Kunstfehler vorliegt.“

Zur Frage der **Genitaltuberkulose** liegen mehrere Arbeiten aus Ungarn sowie der Tschechoslowakei vor: P. Patat (**Häufigkeit** bei Sektionen weiblicher Leichen ohne Auswahl 1—3%; berechnet auf 10 000 Frauen zwischen 15 bis 60 Jahren 42,5 Fälle = 0,4%), Berencsi, Märzc und Surányi, Kardos und Szolga (Peritonitis tuberculosa und Tubentuberkulose), F. Kardos (Operation in der Mehrzahl der Fälle nur nach Beendigung der medikamentösen Behandlung berechtigt zur Entfernung des nicht heilenden Herdes oder zur Beseitigung von Beschwerden), L. Ženišek (Sammelstatistik: Bei 1073 behandelten Fällen 78 Graviditäten nach der Therapie; davon 31 (= 40%) Extrauteringraviditäten, 11 Aborte, nur 36 Geburten!).

Erfolgversprechend scheint der Vorschlag von P. Ehrler, anstatt einer Tubenimplantation **wegen Tubenverschluß in Nähe oder im Bereich des intramuralen Tubenabschnittes eine intramurale Tubenanastomose** vorzunehmen: Über einem Polyäthylenkatheter, der reichlichst in das Uteruskavum geschoben ist, wird unter Sicht des Auges der freie Tubenteil an den angefrischten intramuralen Tubenteil muko-mukös angenäht (gute Skizzen). Leider fehlen bisher Erfolgswerte dieser Methode. — Fikentscher und Semm entwickelten eine **Ballonklemme zur deszendierenden Eileiterdurchblasung**, die jederzeit ohne Gewebeverletzung völlig atraumatisch eine in das Tubenlumen eingeschobene Kanüle abzudichten erlaubt. Damit kann man bequem intra laparotomiam prüfen, ob überhaupt und wo ein Tubenverschluß sitzt.

Aus dem Gebiet der **Sterilität** interessieren noch 2 Arbeiten von G. K. Döring; die erste betrifft die **relative Sterilität in den Jahren nach der Menarche**; an 1471 Zyklen konnte die Ansicht von v. Mikulicz-Radecki und Kausch (1935) bestätigt werden, daß in den Jahren nach der Menarche zunächst überwiegend insuffiziente Zyklen (anovulatorische oder verkürzte corpus luteum-Phase) beobachtet werden; deren Zahl beträgt zunächst ein Mehrfaches der vollwertigen Zyklen. Der optimale Anteil der letzteren wird erst in

der Altersgruppe der 26—30jährigen erreicht. — Döring überprüfte ferner den Vorschlag von W. J. Whitelaw, **durch Anwendung einer Portiokappe die Erfolgsquote bei homologer Insemination (Oligospermie!)**, die schlecht ist und meist unter 10% liegt, **zu verbessern**; bei bisher 12 Pat. konnte fünfmal eine Konzeption erzielt werden.

O. Fettig und Chr. Kühn stellen am Material der Freiburger Univ. Fr. Klinik fest, daß die **Konzeptionsfähigkeit nach Zervixkonisation** nicht geringer wird — im Vergleich zu nicht operierten Frauen —, wenn Kinderwunsch besteht. Deshalb ist die Zervixkonisation **nicht** als Sterilisationsoperation anzusehen, wie Zoefgen noch 1936 glaubte. Und doch bleibt diese Operation für die geschlechtsreife Frau ein für die Fertilität bedeutender Eingriff.

Die **prophylaktische Sterilisierung** ist immer noch ein sehr umstrittener Eingriff; an der Frauenklinik Bremen (E. Rütter) wurde er seit 1959 in 1% aller Entbindungen (unmittelbar bis 4. Tag p.p.) durchgeführt. Bevorzugt wurde die Sterilisierungsmethode nach Labhardt, die aber keine besseren Resultate brachte (Mißerfolge in 0,7%) als die viel einfachere Tubenquetschung nach Madlener (Versagerquote 0,5%). Als Laparotomie-Schnitt wird ein bogenförmiger Schnitt an der unteren Zirkumferenz des Nabels benutzt.

### Karzinom

Heute leben *in den USA* über 1 000 000 Menschen, deren Krebs geheilt wurde, während diese Zahl vor 25 Jahren nur 160 000 betrug (American Cancer Society, New York). Die **Mortalität an Gebärmutterkrebs** hat 1961 mit 13,3 auf 100 000 einen neuen Tiefstand erreicht. Diese Erfolge sind der Früherkennung durch die Zytodiagnostik (Papanicolaou), der verbesserten Therapie und den erweiterten Vorsichtsuntersuchungen zu danken (J. S. Ravdin).

Über eine Million chinesischer Frauen sind durch vaginalabstriche systematisch auf Krebs untersucht worden; bei 1693 Frauen (= 0,145% der Erfassten) konnte ein **lokal begrenztes oder ein bereits streuendes Kollumkarzinom** nachgewiesen werden. Die entsprechende Zahl lautet für Amerika und Europa ungefähr 0,5%. Vielleicht beruht der Unterschied darauf, daß in China — infolge der Schwierigkeit, klärende Biopsien auszuführen, ein gewisser Prozentsatz von Ca-Fällen unentdeckt blieb. Die weitverbreitete Ansicht, daß durch eine Ehe mit frühzeitiger Konzeption die **Krebsentstehung begünstigt** wird, wird durch die chinesischen Untersuchungen nicht bestätigt. (Sem. Hôp.). — Eine erschöpfende und für Vergleiche wichtige statistische Übersicht über die **Entwicklung der Krebskrankungen in Hamburg** gibt Fr. Thieding; bei rund 1,8 Millionen Einwohnern im Jahre 1960 stieg die Zahl der Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen von 27,8 auf 10 000 Bewohner (1954) auf 30,4.

Über ein **neues Verfahren des quantitativen Nachweises von Tumorzellen im strömenden Blut des Menschen** berichtet Fr. Graeber; es handelt sich um einen Zentrifugationsvorgang in einer vorgelegten Kunststoffhülle. — Wimhöfer et al. prüften bei 16 Pat. mit Genitalca. durch Blutuntersuchungen aus dem lokalen Abflußgebiet des Tumors (*Femoralispunktion*) die Frage einer evtl. **verstärkten Aussaat von Tumorzellen in das**

**strömende Blut während größerer Operationen oder bei Radiumeinlagen.** Vor dem Eingriff waren in 6 von 14 Fällen Tumorzellen nachweisbar, während des Eingriffs sogar in 13 von 15 Fällen. Jedoch war die Zahl der positiven Befunde im peripheren Blut (*Kubitalvene*) nur gering, 4:36. Das weist auf die Bedeutung der Lunge oder anderer Kapillargebiete als „Filter“ für Tumorzellen hin, und das läßt Ref. auch die Frage offen erscheinen, ob eine präoperative Chemotherapie erfolgversprechend ist im Hinblick auf Tumorzellen im strömenden Blut. Die klinische Erfahrung (E. Navratil) erweist z. B., daß es bei schonender Ausführung der Kürettage beim Korpuserkarzinom **nicht zu einer Ca-Metastasierung zu kommen braucht!**

Man kennt heute die **Metastasierungswege für das Kollumkarzinom** ziemlich genau; G. Reifferstuhl, dem wir gerade auf diesem Gebiet ausgezeichnete Arbeiten verdanken, macht neuerdings auf die *Lymphonoduli glutei inf. sowie superior* aufmerksam, die sich bei der Wertheimschen Operation nur sehr schwer entfernen lassen und aus denen in 75% der an Rezidiv Verstorbenen ein *Beckenwandrezidiv oberhalb der spina ischiadica* entstanden war.

Zu der umstrittenen **Akridinorange-Fluorochromierung für die zytologische Krebsdiagnostik** äußert sich M. Schümmelfeder; er kommt zum Schluß, daß dieses Verfahren keine zytodiagnostische Methode sei, die allein auf Grund einer einfachen Farbreaktion, dem von L. von Bertalauffy so hervorgehobenen „Warnungssignal“ der Rotfluoreszenz, Zellen bösartiger Tumoren zu erkennen erlaubt.

M. Diffon berichtet über die **Aufklärungstätigkeit** der Tübinger Univ.-Frauenklinik **zur Früherkennung des Krebses** im Raum Süd-Württemberg-Hohenzollern; alle Gemeinden mit einer Einwohnerzahl von 1500 und darüber wurden erfaßt, über 75 000 Zuhörer gezählt. Diese verdienstvolle, wenn auch gewiß sehr mühevoll Arbeit setzt in erfreulicher Weise die ostpreußischen Bemühungen um die Krebsfrüherfassung durch Propaganda unter der Bevölkerung (G. Winter, A. Läden und F. v. Mikulicz-Radecki) fort; man kann nur wünschen, daß sich auch andere Krebs-Arbeits-Zentren diesem Vorgehen anschließen. Der Erfolg dieser Arbeit wird sich am Krebs-Krankengut der Tübinger Univ.-Frauen-Klinik — als dem Zentrum von Süd-Württemberg — bald bemerkbar machen!

H. W. Kayser hat von 1956—1961 306 **diagnostische Konisationen** durchgeführt; er rät ab vom elektrischen Messer und ist beim üblichen geblieben, um bessere histologische Bilder zu gewinnen. K. fand nur 15 Karzinome und 36 sog. **Oberflächenkarzinome**. Letztere behandelte er möglichst konservativ, auch wenn Rezidive auftraten, die meist nur „Restatypen“ sind. — Zinser et al. berichten über 266 sog. **Oberflächen-Karzinome**, bei denen die **Konisation** in 86,8% therapeutisch ausreichend war; bei den übrigen — meist nicht im Gesunden herausgeschnitten — kam man mit Beobachten aus, nur bei 5 Frauen wurde der Uterus zur Vorsicht exstirpiert. Kein echtes Karzinom wurde in dieser Gruppe bisher beobachtet. Jedoch gab es bei 4 anderen Frauen 2—8 Jahre nach Entfernen des Uterus wegen sog. Oberflächenca. 2mal ein gleiches histologisches Bild *im Scheidenblindsack* — und 2mal sogar ein echtes