

Münchener Medizinische Wochenschrift

München, 18. November 1966 · 108. Jahrgang Heft 46

Aus dem Hygienischen Inst. der Freien und Hansestadt Hamburg (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Harmsen)

Geplante Elternschaft — Empfängnisregelung

von HANS HARMSEN

Zusammenfassung: In Europa vollzog sich der Prozeß der Anpassung der Geburtlichkeit an die verringerte Kinder- und Säuglingssterblichkeit langsam. Es begann im Bauerntum in Gebieten mit Realteilung. Die Beschränkung der Kinderarbeit und Durchsetzung der Schulpflicht machte die Kinder zum ausschließlichen Kostenfaktor. Heute haben die meisten Kinder die Familien mit den höchsten Einkommen. Die bisherigen Methoden der Empfängnisregelung waren und sind keineswegs ideal — alle erfordern gewissenhafte Anwendung und sollten auf den individuellen Einzelfall abgestellt sein. Der „Pille“ kommt als Therapeutikum, als das derzeitige sicherste Mittel zur Empfängnisregelung wie auch Hilfe bei der Sterilitätsbekämpfung eine besondere Bedeutung zu.

Die Wiederzunahme ärztlich begründeter Anträge auf Schwangerschaftsabbruch läßt die Dringlichkeit ärztlicher Beratung auf dem Gebiet der Empfängnisregelung als präventivmedizinische Aufgabe deutlich werden.

1. Die Anpassung der Geburtlichkeit an die herabgesetzte Sterblichkeit — insbesondere durch erfolgreiche Bekämpfung der Ursachen der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit — hat sich in Europa in einem über 200 Jahre währenden Entwicklungsprozeß vollzogen.

Der Oberkonsistorialrat und Propst zu Berlin-Köln, *Johann Peter Süßmilch*, erkannte als erster Europäer die Bedeutung sozialer Konstanten in seinem 1742 erschienenen Buch „Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechtes aus der Geburt und dem Tod und der Fortpflanzung desselben erwiesen“. *Süßmilch* warnte bereits davor, „von der Fruchtbarkeit auf die Populosität zu schließen, die sich erst aus der Abgleichung von Geburten und Sterbefällen ergibt“; — ein Fehler, dem später *Malthus* verfiel, da die

Summary: Planned parenthood — conception control. In Europe the process of adjustment of the birth rate to the decreased child and infant mortality was very slow. It started among the farmers in regions with hereditary division of real estate. Restriction of child work and enforcement of compulsory education made the children the exclusive factor in costs. Today, families with the highest income have the greatest number of children. Previous methods of contraception were and are by no means ideal ones — they all require conscientious application and should be adapted to the individual case. The „pill“, at present the safest contraceptive, is of considerable therapeutic importance both for contraception and fight against sterility.

The renewed increase in medically confirmed applications for termination of pregnancy clearly demonstrates the necessity of medical advising in the field of contraception as a task of preventive medicine.

Bevölkerungszunahme auch in der Zeit des Frühkapitalismus nicht durch Erhöhung der Geburtlichkeit, sondern eben durch den Rückgang der Sterblichkeit bedingt war.

Für die meisten der sog. Entwicklungsländer vollzieht sich dieser Prozeß des Rückgangs der Sterblichkeit bei gleichbleibend hoher Geburtlichkeit in wenigen Jahrzehnten und löst damit das Phänomen der sog. Bevölkerungsexplosion aus.

Unsere Probleme in Europa und Deutschland sind andere als die der von der Bevölkerungslawine oder Bevölkerungsexplosion bedrohten Entwicklungsländer.

2. Der Prozeß der Anpassung der Familiengröße an die veränderten sozialen Entwicklungsbedingungen begann in *Europa im Bauerntum* — also auf dem Lande und nicht zuerst in der Stadt —, er-

zwungen durch die Auswirkung der Realteilung des Bodens beim Erbgang. Als die schmalen Handtuchparzellen keine ausreichende Ackernahrung mehr boten, entwickelte sich in diesen Gebieten der Realteilung zuerst das „Zweikinder-System“ — Feld zu Feld, Geld zu Geld — auf der Grundlage bewußter Empfängnisregelung. Dieses Fortpflanzungsverhalten ist auch charakteristisch für die deutschen bäuerlichen Siedlungen im südosteuropäischen Raum gewesen, wie in der Batschka, im Banat und in Siebenbürgen.

3. Bis in die Zeit des Frühkapitalismus hinein waren *Kinder* ein *Produktionsfaktor*. Erst mit der Einschränkung der Kinderarbeit in der Mitte des 19. Jahrhunderts und der Durchsetzung der Schulpflicht änderte sich die Stellung des Kindes im Produktionsprozeß. Kinder wurden nun ein *Kostenfaktor*. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts finden wir ausgesprochenen Kinderreichtum vorzüglich in den ärmeren Arbeiterschichten, die aus der bäuerlichen ländlichen Seßhaftigkeit in die sich bildenden Großstädte abgewandert waren, im sog. „Proletariat“.

Den modernen politischen Begriff vom „Proletariat“ leitete *Karl Marx* von den seinerzeitigen Verhältnissen des Frühkapitalismus in England ab. Als Folge der Enteignung der Bauern und ihrer Verdrängung von Grund und Boden wurden die „plötzlich und gewaltsam von ihrem Subsistenzmittel losgerissenen und vogelfreien Menschen auf den industriellen Arbeitsmarkt geschleudert.“ — Im spätromischen Imperium waren die „Proles“ die kinderziehende Bevölkerungsgruppe, die aus diesem Grunde das Bürgerrecht erhielt, obwohl sie weder Grundbesitz noch Hausbesitz hatte; sie waren aber die Nachwuchsträger!

In der ersten Phase der Industrialisierung in Deutschland waren es gleichfalls die vom Lande abgewanderten, von den sich bildenden Großstädten angezogenen Arbeitermassen, die noch kinderreich waren — aus Armut — und zwar bis in die Zeit des 1. Weltkrieges. Ein eindrucksvoller Schilderer dieser Entwicklung war *Meister Zille*, der das Milieu der Berliner Hinterhöfe und der in ihnen hausenden Kinderscharen so eindrucksvoll mit seinem Zeichenstift festhielt.

4. Die bewußte Begrenzung der Kinderzahl vollzog sich in der *Stadt* zuerst in der wohlhabenden Schicht und im Bürgertum. Die Wirtschaftstheoretiker entwickelten daraus ihre „Wohlstandstheorie“, nach der der Wohlstand die „Leute veranlasse, keine Kinder zu haben“ — wie *Brentano* noch in seiner Bevölkerungslehre von 1924 ausführte, obwohl sich damals bereits ein entscheidender Strukturwandel vollzogen hatte.

5. Prof. *Alfred Grotjahn*, der Begründer der wissenschaftlichen Sozialhygiene, hat bereits in seinem

vor dem 1. Weltkrieg 1914 erschienenen Buch „Geburtenrückgang und Geburtenregelung“ darauf hingewiesen, daß das Phänomen des Geburtenrückgangs sich nicht aus einer biologischen Entartung erklären lasse — wie man zunächst in Frankreich annahm —, sondern daß diese Erscheinung Ausdruck des Willens zur Anpassung der Familiengröße an die veränderten sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten sei. *Grotjahn* hat damals bereits auch darauf hingewiesen, daß die Frage der Empfängnisregelung (Geburtenkontrolle) — nicht nur eine individuelle Entscheidung sei, sondern gleichzeitig ein gesellschaftlich generatives Problem darstelle. Bei dem Ausmaß des Geburtenrückgangs forderte er eine „Geburtenregelung“ auf der Basis der Bestandserhaltung, die unter den Gegebenheiten der Sterblichkeitsverhältnisse vor dem 1. Weltkrieg ihm nur gesichert erschien, wenn jede fruchtbare Ehe mindestens 3 Kinder über das 5. Lebensjahr aufzöge. Damals spielte der beachtliche Anteil von Kinderlosen oder Einkindehen als Folge vorangegangener venerischer Infektionen noch eine bedeutende Rolle. Von den Kinderlosen und Kinderarmen forderte *Grotjahn* einen wirtschaftlichen Ausgleich der Familienlasten der Kinderreichen als Nachwuchsträger, den er am zweckmäßigsten durch eine Elternschaftsversicherung im Anschluß an die anderen großen Sozialversicherungsträger gewährleistet sah.

6. Seit dem Ende des 1. Weltkrieges gibt es in Deutschland kein „Proletariat“ im marxistischen Sinne mehr. Auch die „Wohlstandstheorie“ ist im Hinblick auf das Bürgertum überholt. Die im Rahmen des Mikrozensus 1962 angefallenen Einsichten in die *schichtenspezifischen Fruchtbarkeitsverhältnisse* lassen erkennen, daß heute die Familien mit den höchsten Einkommen auch die meisten Kinder haben, nicht die mit den niedrigsten Einkommen. Die geringste Kinderzahl hat die breite Schicht der Angestellten als die Hauptvertreter der sich bildenden nivellierten Mittelstandsgesellschaft.

Der völlig unzureichende Familienlastenausgleich führt — soweit es sich nicht um Sozialschichten mit höherem Einkommen handelt — für den Kinderreichen zur sozialen Deklassierung. Der heutige *Lebensstandard* wird weithin bestimmt von den Ledigen bzw. kinderlos Verheirateten, die beide berufstätig sind. In den unteren Sozialschichten führt Kinderreichtum heute zur sozialen Leistungsschwäche.

7. Der Prozeß der Anpassung der Familiengröße an die sich verändernden wirtschaftlichen Existenzbedingungen vollzieht sich überall in der Welt und hat sich auch in Deutschland neben unsicheren Methoden der Empfängnisvorbeugung wie dem Coitus interruptus vor allem über die *Abtreibung*, die Abtötung der empfangenen Leibesfrucht vollzogen.

Nur aus dieser Tatsache ist der erbitterte politische Kampf um die Beseitigung des § 218 in den 20er Jahren in Deutschland verständlich.

Die Abtreibung ist auch heute noch in Deutschland ein ernstes Problem, wenngleich die Behauptungen von dem Ausmaß der dadurch verursachten Todesfälle, die in der heutigen illustrierten Presse umgehen, völlig irrelevant sind.

Im Anschluß an eine Podiumsdiskussion in Hamburg über den Dohrn-Prozeß und der zum Zweck der Geburtenkontrolle vorgenommenen *Sterilisierungen* bekannte mir ein ärztlicher Laie, daß er in 40 Jahren über 6000 Eingriffe zur Bewirkung von „Abgängen“ ohne irgendwelche Komplikationen ausgeführt habe! Er berichtete von erschütternden Beispielen jugendlicher Verführter, denen er half, und warf die Frage auf, ob dieser Eingriff nicht eher zu verantworten sei als eine Sterilisation, da nach einem „Abgang“ später doch die Möglichkeit weiterer Geburten gegeben sei.

Herr Kollege *Thiemann* hat im Hamburger Ärzteblatt (April 1966) im Rahmen seiner „Gedanken zur Geburtenregelung“ auch die Frage der vielen ungewollten Schwangerschaften aufgeworfen. Herr *Thiemann* ist der Meinung, daß sich der Staat nicht in die Entscheidung einmischen solle, ob ein Kind ausgetragen werden soll oder nicht — das zu entscheiden sei ausschließlich Sache der Eltern oder der alleinstehenden Frau. „Haben sich das Ehepaar oder die betreffende Frau für eine Unterbrechung entschieden, so darf ihnen kein Hindernis in den Weg gelegt werden“ (!).

Die *Sowjetunion* widerrief 1936 aus bevölkerungspolitischen Gründen die 1917 erfolgte Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung. In dem sowjetischen Gesetz vom 27. 6. 1936 wurde allerdings das Verbot der Abtreibung mit umfassenden Maßnahmen zum Schutz und der materiellen Hilfe für werdende Mütter verbunden. 1954 erfolgte in der UdSSR eine Lockerung der Verbotsbestimmungen, die Ende 1955 aufgehoben wurden.

Bulgarien, Ungarn und Polen folgten mit entsprechenden Bestimmungen im Frühjahr 1956, zögernder die Tschechoslowakei und Jugoslawien. Das in der Sowjetunion heute allgemein angewandte Verfahren des Schwangerschaftsabbruches: sekundenschnelle Dilatation des Zervikalkanals durch einen Ultravibrator mit anschließender Absaugung des Uterusinhaltes weist eine geringere Morbidität und Letalität auf als die normalen Entbindungen. Trotzdem werden die sozialpsychischen ebenso wie die demographisch-wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Eingriffe nicht unterschätzt.

8. Es dürfte kein Zweifel darüber bestehen, daß die Abtreibung, d. h., der Abbruch einer bestehenden Schwangerschaft, das unerwünschteste Mittel der „Geburtenkontrolle“ ist, ein Begriff, der im

übrigen auch den Eindruck erweckt, daß es sich um eine staatliche Maßnahme handelt. Für die primär persönliche individuelle Entscheidung sollte man den Begriff der „**Empfängnisregelung**“ verwenden, der den Schwangerschaftsabbruch als Mittel der Wahl ausschließt und das ärztlich präventivmedizinische Anliegen richtiger umschreibt.

Die Forderung nach „bewußter Elternschaft“ und einer „Familienplanung“ setzt allerdings einmal die Möglichkeit, zum anderen die Kenntnis sicher wirkender auf den individuellen Einzelfall abgestellten Methoden der Empfängnisregelung voraus. An beiden mangelt es bis jetzt. Zudem ist die *gewissenhafte Anwendung der Methoden* — gleich ob es sich um mechanische, chemische oder hormonale Mittel handelt — entscheidende Voraussetzung.

Der „Pille“ kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung deshalb zu, weil dieses Hormonpräparat

- a) ein wertvolles und unersetzbares Heilmittel bei einer Reihe früher kaum wirksam zu behandelnder Regelstörungen ist,
- b) für die Dauer der gewissenhaften Anwendung derzeit das sicherste Mittel der Empfängnisregelung darstellt,
- c) nach Absetzen eine erhöhte Empfängniswahrscheinlichkeit eintritt, so daß diese Hormonpräparate gleichzeitig ein wertvolles Hilfsmittel zur Sterilitätsbekämpfung darstellen.

Die Zahl der in Facharztpraxen behandelten Aborte ist seit der häufigeren Verordnung der Pille offenbar rückläufig.

Abgesehen von dieser sozialmedizinisch-ärztlichen Bedeutung sollte auch nicht übersehen werden, daß durch die „Pille“ das Tabu über die Erörterung der Möglichkeiten einer Familienplanung und des Erfordernisses „bewußter Elternschaft“ auch im kirchlichen Raum erneut aufgeworfen ist. Während bereits vor über 35 Jahren die Lambeck-Konferenz der anglikanischen Bischöfe die Berechtigung einer Familienplanung anerkannte, verwies die römische Enzyklika vom 30. Dezember 1930 in diesem Zusammenhang ausschließlich auf die Anwendung der Methode Ogino-Knaus. Beide christlichen Konfessionen bejahen heute die Forderung der Familienplanung, offen ist nur der Weg dazu.

9. Die bisherigen Methoden der Empfängnisregelung waren und sind keineswegs ideal oder absolut sicher. Wir haben aber Grund zu der Annahme, daß die weiteren wissenschaftlichen Fortschritte, insbesondere auch auf dem Gebiet oral anzuwendender Präparate wirksam und sicher nicht nur die Ovulation verhindern oder fördern, sondern auch eine Steuerung der Spermatogenese ermöglichen werden. Damit liegt dann auch die Bestimmung des Geschlechtes der ungeborenen Kinder

durchaus im Bereich der Möglichkeit einer nahen Zukunft. Stehen wir in Europa damit vor einer 2. *demographischen Revolution*, wenn man das durch die Phase der Automation bedingte Schlagwort von der „2. industriellen Revolution“ abwandeln und in diesem Zusammenhang sehen darf? Wie wird sich das zahlenmäßige Verhältnis der Geschlechter zueinander gestalten, wenn es möglich ist, auf das Geschlecht der gewünschten Kinder Einfluß auszuüben? Werden die persönlichen Neigungen oder gesellschaftliche Bedürfnisse ausschlaggebend sein?

10. In der Auseinandersetzung über die Möglichkeiten der Familienplanung durch Empfängnisregelung begegnet einem auch heute wieder der ganze NS-Schlagwortkatalog von den Gefahren der „Untergrabung der Volkskraft“ bis hin zum „Völkertod“. Bezeichnend dafür ist die „Ulmer Denkschrift“ vom Juni 1964, deren Argumente kürzlich auch in einer Fernsehsendung besonders ausführlich herausgestellt wurden. Ursache der Abtreibungsseuche sei danach „die ungehemmte öffentliche und private Sexualisierung und die Zersetzung der sittlichen und moralischen Substanz unseres Volkes“. Abgesehen davon, daß sich die Verfasser der Ulmer Denkschrift bei ihrer Stellungnahme auf Presseberichte über Äußerungen von Hochschullehrern vom Niveau der Bild-Zeitung stützen (vgl. auch Dtsch. Ärztebl. 40 [1965] 21—38 ff u. 13 [1966] 872 ff), sind die darin erhobenen Forderungen von emotionalen Schlagworten bestimmt wie vom „christlich abendländischen Erbe“, „Aufweichung der bürgerlichen Moral als Voraussetzung für die kommunistische Machtübernahme“, „Entwürdigung und Zerstörung der menschlichen Persönlichkeit“ u. ä. Dem entsprechen auch falsche Behauptungen, wie z. B., daß bereits jetzt eine Geburtenunterbilanz bestehe, die Deutschland in ein „sterbendes Volk“ verwandle.

Die Kenntnis und Anwendung sicherer Methoden der Empfängnisregelung — z. B. über die Pille — führt nicht zur Verringerung der Geburtenhäufigkeit sondern eher zu einer Erhöhung. Die Zunahme der Geburtenzahlen in den letzten Jahren ist nicht auf eine Zunahme der Eheschließungen, sondern auf eine beträchtliche Zunahme der Geburtenhäufigkeit, vor allem der jüngeren Ehen, zurückzuführen. Die für die Bestandserhaltung der Bevölkerung erforderliche Mindestzahl ehelich geborener Kinder je Ehe betrug 1964 2,1 Kinder! Für die Bestandserhaltung waren — neben den unehelich Geborenen — 193 047 eheliche Kinder erforderlich. Diese Zahl wurde um fast 38 000, d. h. um 18,3%, überstiegen. Die Nettoerproduktionsziffer für 1964 lag bei 1183.

Aus der für 1964 neu berechneten Geburtentafel des Statistischen Bundesamtes ergibt sich allerdings auch, daß über $\frac{1}{3}$ aller Kinder aus Ehen mit 4 und

mehr Kindern stammt und 60% aller Kinder aus Ehen mit 3 und mehr Kindern, während die Ehen mit weniger als 3 Kindern nur 40% der Gesamtzahl aller Kinder ausmachen. Gäbe es keine Ehen mit 3 und mehr Kindern, wären statt 230 754 Lebendgeburten nur 162 991 zu erwarten. An der für die Bestandserhaltung erforderlichen Mindestzahl würden also rund 16% fehlen. Diese Tatsachen lassen andererseits klar erkennen, daß die Aufgaben eines wirtschaftlichen *Familienlastenausgleichs* unverändert bedeutsam sind.

Jedes gesunde junge Ehepaar wünscht sich Kinder. Die *Kinderfeindlichkeit der privaten Hausbesitzer* ist aber heute größer denn je und eine bittere Erfahrung, die fast alle unsere Jungverheirateten machen. Der Wohnungsbau für Jungverheiratete ist unverändert dringlich.

Seit Mitte 1965 ist in Hamburg die Zahl der **Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung** aus medizinischer Indikation im Ansteigen. Es sind vor allem 3 Gruppen von Frauen:

- a) Jüngere Frauen mit 3—4 Kindern, die schnell aufeinanderfolgende Geburten hatten, mit schlechtem Allgemeinbefinden bis hin zu depressiven Verstimmungen und Suizidgefahr. Suizidfälle nach einem ablehnenden psychiatrischen Gutachten zeigen den Ernst des Problems.
- b) Organisch und psychisch schwerkranke Frauen in verhältnismäßig jungen Jahren mit nur 1—2 Kindern.
- c) Frauen zwischen 30 und 40 Jahren, die mehrere, oft 5—7 Kinder und mehrere Fehlgeburten hatten, die früh gealtert sind und die sich zur Unterbrechung mit gleichzeitiger *Sterilisierung* entschlossen haben.

Im Vordergrund steht bei allen diesen Frauen der verschlechterte Gesundheitszustand. Die jungen Frauen sind — um den Anforderungen des „wirtschaftlichen Wohlstandes“ mit den überhöhten Preisen auch für die notwendigen Lebensmittel und Bedarfsartikel gerecht zu werden — in immer größerem Maße zur *Mitarbeit* gezwungen. Auch in der *Müttererholungsfürsorge* nimmt die Zahl der Fälle zu, in denen schwere seelische Belastung aus der Angst vor einem weiteren Kind bestimmt ist.

Der Wille und die Notwendigkeit zur Einschränkung der Kinderzahl ergibt sich einmal aus den Fortschritten der Hygiene und der Medizin, zum anderen aus einer erhöhten Verantwortung der Eltern für die Entwicklung ihrer Kinder. Man bedenke auch das *Schicksal der ungeliebt und abgelehnt zur Welt kommenden Kinder*, denen von Anfang an die Nestwärme fehlt — die zu seelischen Krüppeln, wenn nicht zu Feinden der Gesellschaft heranwachsen. Sollten wir nicht als Ärzte dazu beitragen, daß nur gewünschte Kinder geboren werden?

Die Aufgabe der ärztlichen Beratung in Fragen der Empfängnisregelung erfordert allerdings ein Doppeltes: *Sachkenntnis und Zeit*, sie ist dann aber eine besonders lohnende ärztliche Aufgabe sowohl im präventivmedizinischen wie im kurativen Sinne.

Während die Empfängnisregelung sich in anderen europäischen Ländern, insbesondere in England und den skandinavischen Ländern, der Förderung durch die Regierungen und der Protektion der höchsten Gesellschaft erfreut (die Schirmherrschaft für den 5. Internationalen Kongreß für die Familien-

planung in Kopenhagen hatte die Königin übernommen), war es in Westdeutschland in den Jahren nach 1945 eigentlich nur die „Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie“, die das heiße Eisen der Erörterung über die Familienplanung angefaßt und aufgegriffen hat. Ziel von „Pro Familia“ ist „die gesunde Familie mit dem verantwortungsbewußten Willen zum Kinde“. Sie bekennt sich zur Familienplanung und fordert bewußte Elternschaft.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Dr. med. H. Harmsen, Hygienisches Institut, 2 Hamburg 36, Gorch-Fock-Wall 15/17.

DK 613.888

Aus der Hämatologischen Abt. der Jiménez-Díaz-Stiftung, Madrid

Erworbene hämolytische Anämie

Therapeutische Ergebnisse bei 45 Fällen

von J. OUTEIRIÑO, J. SANCHEZ FAYOS, J. SERRANO und G. PANIAGU

Zusammenfassung: Beschreibung der Beobachtungen an 45 Kranken mit erworbener hämolytischer Anämie. Wir besprechen die Reaktion einiger Fälle auf Steroidbehandlung und berichten über 4 Patienten, die mit 6-Merkaptopurin behandelt wurden (nur bei 1 Patienten zeigte sich ein guter Verlauf). An Hand der Beschreibung von 3 Splenektomiefällen werden die Gefahren und die Indikationen dieser Operation bei der Behandlung der autoimmunen hämolytischen Anämien erörtert. Die Verläufe bei 7 weiteren operativ behandelten Kranken werden kritisch besprochen. — Schließlich werden Schwierigkeiten und Zweckmäßigkeit der Bluttransfusion dargelegt.

Summary: Acquired hemolytic anemia. Therapeutic results obtained in 45 cases. The authors describe observations made in 45 patients with acquired hemolytic anemia. They discuss the reaction of some cases to steroid treatment and report on 4 patients treated with 6-mercaptopurine. A favourable course was seen in 1 patient.

Basing on the description of 3 cases of splenectomy the dangers and indications of this operation are discussed in the treatment of autoimmune hemolytic anemia. The authors report on courses of 7 further patients treated surgically. Finally, difficulties and usefulness of blood transfusion are explained.

Die Behandlung der autoimmunen hämolytischen Anämien ist immer ein so großes Problem gewesen, daß jede neu auftauchende therapeutische Waffe mit großer Erwartung begrüßt und rasch in den allgemeinen Gebrauch genommen wurde. Leider hat diese Verbreitung und die damit verbundene größere Erfahrung den anfänglichen Optimismus gegenüber vorsichtigeren und pessimistischeren Auffassungen zurückgedrängt. So hat man nach und nach erkannt, daß die Splenektomie (1911) (1), die Bluttransfusion (1925) (2) und die Steroide (1950) (3) keinen engültigen Weg zur Heilung bieten. Nichtsdestoweniger spielen aber diese Methoden und die Verwendung von Antimetaboliten bei der Behandlung der erworbenen hämolytischen Anämie eine grundlegende Rolle.

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe, bei 45 Fällen mit hämolytischer Anämie die Reaktion auf die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen zu überprüfen (in früheren Arbeiten von einem anderen Gesichtspunkt studiert, 4, 5). Wir wollen mit Hilfe dieser Übersicht versuchen, festzustellen, was tatsächlich in den letzten Jahren erreicht worden ist, was wir erwarten können und was wir mit unseren derzeitigen Mitteln nicht zu erreichen imstande sind.

Im Augenblick läßt sich unser therapeutisches Rüstzeug gegenüber den erworbenen hämolytischen Anämien in 4 große Gruppen einteilen: ACTH und Steroide, Antimetaboliten und Stoffe, die in irgend einer Form modifizierend auf die immunologischen Reaktionen wirken, Splenektomie und Bluttrans-