

hervorgehoben werden, daß selbst eine freie Passage in beiden, oder ganz besonders nur in einer Tube keine sichere Gewähr für die normale Funktion gibt. Die Störung kann in einer Einschränkung der Beweglichkeit bedingt sein als Rest einer Entzündung, die immer bilateral zu sein pflegt, aber keinen oder nur einen einseitigen Verschuß zur Folge hatte. An diese Möglichkeit muß gedacht werden, wenn trotz anscheinend vollkommen normaler Befunde bei beiden Partnern jahrelang eine Konzeption ausbleibt. Die Laparoskopie kann dann als relativ kleiner Eingriff eine Klärung bringen.

Neben dem diagnostischen Wert können Tubendurchgängigkeitsprüfungen auch therapeutisch wirken. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß es in etwa 10 bis 15% danach zur Konzeption kommt.

Wir konnten bei einer Zusammenstellung aus unserem eigenen Material unter 41 während des Untersuchungsganges eingetretenen Graviditäten 9 nach Tubendurchgängigkeitsprüfungen finden. Ob dieser Effekt einfach durch eine Lösung von Verklebungen bedingt ist oder ob noch andere Faktoren mitspielen, ist nicht erwiesen. Wiederholte Perturbationen in therapeutischer Absicht werden jedenfalls von mancher empfohlen.

Schließlich noch ein Wort zu einem weiteren therapeutischen Anwendungsgebiet der Perturbation, nämlich der Nachbehandlung operativ eröffneter Tuben. Diese neigen aus naheliegenden Gründen im postoperativen Verlauf und noch viel mehr in den folgenden Monaten zum neuerlichen Verschuß, was wir vor einigen Jahren beweisen konnten. Dieser kann durch früh postoperativ begonnene und über Monate ausgeführte wiederholte Perturbationen verhindert werden. Dazu nimmt man Gas allein, oder es können auch Flüssigkeiten instilliert werden, die eine Adhäsionsbildung verhindern.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Tubendurchgängigkeitsprüfung mit der heutigen Technik unter den entsprechenden Voraussetzungen einen nahezu gefahrlosen Eingriff darstellt. Ihre Ergebnisse geben uns wichtige Auskünfte über die Passage im Tubenrohr und sind die Basis der Indikationsstellung zu plastischen Operationen an den Tuben. Hinsichtlich eines Einblickes in die hochdifferenzierte Funktion der Tube aber sind unsere Untersuchungsmöglichkeiten noch immer sehr dürftig.

Anschrift des Verfassers: Dr. H. Leeb, I. Universitäts-Frauenklinik, Spitalgasse 23, 1090 Wien.

Probleme der Geburtenregelung*

Von G. K. Döring

Erlauben Sie mir bitte eine kleine Korrektur am Thema: Ich nehme an, daß damit die Empfängnisregelung gemeint ist. Der Begriff der Geburtenregelung ist viel weiter gefaßt als der Begriff Empfängnisregelung und beinhaltet auch die Abtreibung, die ja in allen Ländern heute noch in großem Umfang zur Geburtenregelung benutzt wird. Ich setze Ihr Einverständnis voraus und werde mich nur mit der Empfängnisregelung befassen.

Es gibt verschiedene Gründe für die Notwendigkeit der Aufklärung über Empfängnisverhütung: Erstens gibt es einen bevölkerungspolitischen Aspekt in Ländern mit einer hohen Geburtenquote, in denen der Bevölkerungszuwachs nach Absinken der Sterbeziffer so beträchtlich ist und so

* Vortrag, gehalten anlässlich des 21. Österreichischen Ärztekongresses der Van-Swieten-Gesellschaft in Wien, 23. bis 28. Oktober 1967.

schnell erfolgt, daß ein großer Teil der Bevölkerung Hunger und Not leidet. Zweitens gibt es einen gesundheitspolitischen Aspekt. Dieser Gesichtspunkt spielt eine große Rolle in Ländern wie Österreich oder Deutschland, in denen die Bevölkerungszahl bei einer Geburtenquote von 18,8 bzw. 18,3 pro 1000 Einwohner zwar ausgeglichen ist, diese ausgeglichene Bevölkerungszahl aber mit einer erschreckend hohen Abtreibungsquote erkauft wird, die etwa 10 pro 1000 Einwohner und Jahr beträgt. Die Verminderung der Zahl der Abtreibungen ist das gesundheitspolitische Ziel, das mit Hilfe der Empfängnisregelung erreicht werden kann. Der dritte, sozialmedizinische Gesichtspunkt betrifft die Interessen der einzelnen Familie: Für diese geht es darum, die Abstände zwischen den Geburten zu vergrößern und die Kinderzahl nach der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit der Mutter und nach den Lebensumständen der Familie einzurichten. Gegen dieses Ziel werden heutzutage keine ernstzunehmenden Bedenken mehr vorgebracht.

Welche Probleme erwachsen für den Arzt in der Praxis aus dieser Entwicklung, aus der notwendigen Beschäftigung mit der Empfängnisverhütung?

1. Es gibt strenge medizinische Indikationen zur Empfängnisverhütung. Das gilt ausnahmslos für alle Erkrankungen, die im Falle einer Konzeption die Frage einer Schwangerschaftsunterbrechung aufwerfen. Das gilt meines Erachtens in gleicher Weise für diejenigen Frauen, die nicht in der Lage sind, ein lebensfähiges Kind zur Welt zu bringen, also z. B. bei einer schweren Sensibilisierung der Mutter gegen den Rhesusfaktor, wenn bereits eines oder mehrere Kinder tot geboren worden sind und wenn der Ehemann homozygot rhesuspositiv ist. Wenn in diesen Fällen auch keine Bedenken gegen eine operative Sterilisation vorhanden sind, so fällt dieser Entschluß doch oft schwer, wenn es sich um eine junge Frau handelt.

In diesen Fällen, in denen eine strenge medizinische Indikation zur Empfängnisverhütung besteht, halte ich die Unterlassung einer konkreten Unterweisung über die Möglichkeiten einer zuverlässigen Kontrazeption für eine fahrlässige ärztliche Handlungsweise. Harmsen spricht hier sogar von einem ärztlichen Kunstfehler.

2. Es haben sich in den letzten Jahren weitergefaßte medizinische Indikationen zur Empfängnisverhütung ergeben. In dieses Kapitel gehören einige relativ neue Erkenntnisse, die weitverbreiteten Vorstellungen widersprechen. Es handelt sich um Gefahren für Mutter und Kind, die nach jeder Geburt aktuell werden und deren Prophylaxe eine temporäre Empfängnisverhütung erfordert.

Dabei handelt es sich einmal um die Gefahren zu kurzer Geburtenabstände. Zu kurze Abstände zwischen den Schwangerschaften haben einen nachteiligen Einfluß auf das Schicksal der Frucht. Beträgt der Abstand zwischen 2 Geburten weniger als 2 Jahre, dann kommt es vermehrt zu Aborten und zu Frühgeburten. Aus dieser Feststellung muß man die Konsequenzen ziehen, jede Frau nach einer Geburt auf die Vorteile einer konzeptionsfreien Zeit von 1 bis 2 Jahren hinzuweisen. Bei diesem Hinweis fragen die meisten Frauen nach empfehlenswerten Möglichkeiten der Empfängnisverhütung. Wie notwendig diese Unterweisung ist, wenn Geburtenabstände von mindestens 2 Jahren erreicht werden sollen, ergibt sich aus folgenden von Taylor mitgeteilten Zahlen: Ohne empfängnisverhütende Maßnahmen sind 53% aller Frauen bereits 3 Monate nach der ersten Menstruation

post partum wieder schwanger, und 7 Monate nach der ersten Regel sind es sogar 74%. In das gleiche Kapitel gehört die Berücksichtigung der erhöhten Müttersterblichkeit bei Vielgebärenden. Die Vorstellung, mit der Zahl der Geburten nähmen die Gefahren für Mutter und Kind ab, ist ebenso weitverbreitet wie falsch. Die Gefahren nehmen im Gegenteil zu. Es ist durch eine größere Zahl von Untersuchungen einwandfrei nachgewiesen, daß von der fünften oder sechsten Schwangerschaft an fast alle Komplikationen vermehrt auftreten und daß die Müttersterblichkeit auf das 4- bis 5fache ansteigt.

Auch für das Kind nehmen die Gefahren mit der Geburtenzahl der Mutter nicht ab, sondern zu. Das geht z. B. eindeutig aus den Zahlen der von Butler und Bonham bearbeiteten englischen Landesstatistik hervor. Auch Radovich fand bei Vielgebärenden (5 und mehr Geburten) die Kindersterblichkeit doppelt so hoch wie bei Mehrgebärenden (2 bis 4 Geburten) und 6mal so hoch wie bei Erstgebärenden.

Aus diesen Beobachtungen, daß zu kurze Geburtenabstände vermehrt zu Komplikationen in der Schwangerschaft führen und daß die Gefahren für das Leben von Mutter und Kind bei Vielgebärenden signifikant erhöht sind, muß man meines Erachtens den Schluß ziehen, daß nach jeder Geburt die Beratung über eine temporäre Empfängnisverhütung medizinisch indiziert ist!

Darüber hinaus vertrete ich entschieden die Meinung, daß auch ohne das Vorhandensein einer medizinischen Indikation die Beratung über Empfängnisverhütung eine ärztliche Aufgabe ist. Wenn eine Frau ihren Arzt um Aufklärung über kontrazeptive Maßnahmen bittet, dann soll der Arzt die gewünschte Auskunft geben. Wo soll sich eine Frau zuverlässige Informationen auf einem für sie so wichtigen Gebiet besorgen, wenn nicht bei dem Arzt ihres Vertrauens!

Nachdem die Aufklärung über eine wirksame und unschädliche Empfängnisverhütung die einzige erfolgversprechende Prophylaxe der Abtreibung ist, handelt es sich dabei um eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen der ständig an Bedeutung gewinnenden prophylaktischen Medizin.

Ich bin davon überzeugt, daß der Arzt in der Praxis zur Durchführung dieser Aufgabe bestens geeignet ist. Nicht zuletzt deshalb, weil er auf einem bereits vorhandenen Vertrauensverhältnis aufbauen kann. Andererseits besteht kein Zweifel, daß die Aufklärung über Empfängnisverhütung in öffentliche Beratungsstellen abwandern wird, wenn der Arzt in der Praxis dieser Aufgabe nicht gewachsen sein sollte. Die Beispiele in einigen Nachbarländern zeigen, daß derartige Beratungsstellen in der Lage sind, zur Aufklärung der Bevölkerung über die Methoden der Empfängnisverhütung beizutragen. Ich persönlich halte aber die Aufklärung durch den frei gewählten Arzt des Vertrauens für eine bessere Lösung als die mehr oder weniger anonyme Betreuung in einer öffentlichen Beratungsstelle. Voraussetzung ist jedoch die Bereitschaft aller Ärzte, sich diesem brennenden Problem, der Verbreitung von Informationen auf diesem Gebiet, nicht zu verschließen. Das ist um so notwendiger als der durchschnittliche Stand der Aufklärung der Bevölkerung über Fragen der Fortpflanzung in der Bundesrepublik — ich weiß nicht, ob das bei Ihnen anders ist — bedauerlich schlecht ist.

Welche empfängnisverhütenden Mittel kann der Arzt empfehlen?

Bei der großen Zahl verschiedener Mittel und Methoden ist es nicht möglich, Ihnen hier ausführlich

und vergleichend über die Unschädlichkeit, Wirksamkeit und Annehmbarkeit aller Methoden vorzutragen. Diese Grundkenntnisse muß man sich aus den vorhandenen Monographien aneignen.

Ich möchte mit Nachdruck auf die Notwendigkeit hinweisen, ärztlicherseits nur zuverlässige Mittel zu empfehlen! Das ist aus dem Grund erforderlich, weil bei Mißerfolgen der Empfängnisverhütung in den meisten Fällen der Entschluß zur Abtreibung ziemlich rasch gefaßt wird. Über diese Zusammenhänge gibt es zahlenmäßige Belege aus England. Man muß daraus die Konsequenz ziehen und nur zuverlässige Mittel verordnen.

Als die zuverlässigste Methode der Empfängnisverhütung gelten die Ovulationshemmer. Ihre Versagerquote ist kleiner als 1 pro 100 Anwendungsjahre, und die wenigen Versager können bei näherer Prüfung der Umstände fast ausnahmslos als Fehler in der Anwendung erklärt werden. Die weitaus größte Verbreitung haben die konventionellen Ovulationshemmer, bei denen die gleiche Kombination aus Östrogen und Gestagen 20 oder 21 Tage lang in jedem Zyklus genommen wird. Man schätzt, daß etwa 12 Millionen Frauen in der ganzen Welt regelmäßig Ovulationshemmer benutzen. Außer den konventionellen Ovulationshemmern existieren verschiedene Modifikationen, wie z. B. die 2-Phasen-Methode, bei der zunächst 15 Tage lang nur ein Östrogen und nur in den letzten 5 Tagen der Behandlung eine Östrogen-Gestagen-Kombination genommen werden. Als weitere Modifikation ist die alleinige Behandlung mit Gestagenen zu nennen, deren empfängnisverhütender Effekt weniger auf eine Unterdrückung der Ovulation als auf die Veränderungen im Bereich der Cervix uteri zurückzuführen ist.

Das Höchstmaß an Zuverlässigkeit bieten nur die konventionellen Ovulationshemmer. Die im Laufe der Jahre gegen sie vorgebrachten medizinischen Bedenken — Gefahr der Thrombose, der Embolie, der Karzinomentstehung — sind inzwischen mit Hilfe umfangreicher Erhebungen entkräftet worden. Im Jahre 1966 kamen sowohl ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation als auch der im Auftrag der Food and Drug Administration erstellte Hellman-Report zu dem Schluß, daß alle bisher gesammelten Erfahrungen gegen eine gesundheitsschädliche Wirkung der Ovulationshemmer sprechen. Daraufhin wurde bekanntlich die von der Food and Drug Administration früher empfohlene Begrenzung in der Dauer der Anwendung von Ovulationshemmern auf 4 Jahre fallengelassen. Wir bestellen alle Frauen, die Ovulationshemmer nehmen, in 6monatigen Abständen zu einer gynäkologischen Kontrolluntersuchung, zu der auch die Entnahme eines Vaginalsmears gehört. Dieses Vorgehen entspricht auch den Empfehlungen der WHO.

Als zweite, wegen ihrer hohen Zuverlässigkeit empfehlenswerte Methode der Empfängnisverhütung ist die „strenge Form der Temperaturmethode“ zu nennen. Bekanntlich zeigt die von einer geschlechtsreifen Frau morgens vor dem Aufstehen gemessene Körpertemperatur während des Menstruationszyklus einen biphasischen Verlauf mit niedrigen Werten während der ersten beiden Wochen, einem Anstieg um 3 bis 6 Zehntelgrade etwa in der Mitte des Zyklus und einer erhöhten Temperatur bis zu den folgenden Menses. Von der „strengen Form der Temperaturmethode“ spricht man, wenn als unfruchtbare Tage nur die Zeit vom dritten Tag der erhöhten Temperatur bis zu den folgenden Menses gewertet wird. In dieser Zeit ist bisher nie eine Konzeption beobachtet worden. Die Versagerquote der strengen Form der Temperaturmethode ist bei Einrechnung aller Patientenfehler nur 1 pro

100 Anwendungsjahre. Wenn ein Ehepaar bereit ist, den Rest des Zyklus abstinent zu leben, dann ist diese Methode durchaus empfehlenswert.

Noch nicht empfehlenswert dagegen sind die seit einigen Jahren in vielen Ländern stark propagierten „Intrauterinpressare neuer Art“, wie z. B. die Margulis-Spirale, die Lippes-Schleife u. dgl. Meine Ablehnung dieser Mittel gründet auf medizinischen Bedenken. Einmal ist die Versagerquote ein Vielfaches der vorher genannten Methoden. Zum anderen kommt es bei rund 16% der Frauen zur Spontanausstößung dieser Spiralen und Schleifen und bei weiteren 12% der Frauen müssen sie aus medizinischen Gründen vom Arzt wieder entfernt werden, meist wegen Schmerzen, Blutungen oder auch wegen Adnexentzündungen. Zusammengerechnet heißt das, daß die Anwendung der neuen Intrauterinpressare bei mehr als 30% der damit behandelten Frauen mit einem Mißerfolg endet. Unter diesen Umständen sind diese Mittel nicht zu empfehlen — ganz abgesehen von der Unklarheit, die darüber besteht, ob Nidationshemmer zu den Abortiva gerechnet werden müssen.

Alle anderen gebräuchlichen empfängnisverhütenden Methoden sind mit einer größeren Versagerquote belastet und aus diesem Grund nicht empfehlenswert.

Gibt es einen bevorzugten Zeitpunkt für die Aufklärung einer Frau über Empfängnisverhütung?

Ich möchte diese Frage bejahen — es ist das Wochenbett. Nach einer Geburt und auch nach einer Fehlgeburt sind Frauen diesen Fragen besonders aufgeschlossen, nicht zuletzt im Hinblick auf das Einhalten optimaler Geburtenabstände. Man kann sogar sagen, daß die ausführliche Aufklärung über Empfängnisverhütung heute zur optimalen Schwangerenbetreuung gehört. Die Kombination von umfassender ärztlicher Schwangerenbetreuung und guter Aufklärung über empfehlenswerte Methoden der Empfängnisverhütung läßt das angestrebte Ziel: gesunde Mütter, gesunde Kinder und eine der Leistungsfähigkeit der Mutter angemessene Kinderzahl am ehesten erreichen!

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. G. K. Döring, Sanatoriumsplatz 2, D-8000 München 90.

Buchbesprechungen

Hesse, E.: Rausch-, Schlaf- und Genußgifte. Dritte, neubearbeitete Auflage. Mit 16 Tab., VIII, 162 S. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. 1966. DM 34.—.

Das verdienstvolle Buch erscheint nach 13 Jahren in dritter Auflage, und der Autor hat sich bemüht, es nicht anschwellen zu lassen. Ob allerdings die Einführung von 4 Textseiten über die so wichtige Schlafmittelsucht eine Veränderung des Titels rechtfertigt, bleibt fraglich. In die Einleitung ist die Definition der WGO für Sucht sowie der Lexingtontest aufgenommen worden. Die Verbrauchstabelle für Morphin in den einzelnen Ländern ist erneuert worden, wobei Österreich mit 1,67 kg pro 1 Million Einwohner der Schweiz mit 12,8 kg gegenübergestellt wird, so daß es sich also offenbar nicht um den medizinischen Verbrauch handeln kann. Unter den synthetischen morphinähnlich wirkenden Schmerzmitteln fehlen zahlreiche neuere Stoffe, wie Dextromoramid usw. Die Haluzinogene, für die eigentlich der Ausdruck „Rauschgifte“ allein zutrifft, sind ziemlich ausführlich behandelt, und die neuen Stoffe wurden aufgenommen. Die eigenartigen, in den USA beobachteten Suchtformen des LSD-Genusses, die zur Einstellung seiner Produktion geführt haben, werden allerdings nicht erwähnt. Es ist auch fraglich, ob die Harmalaalkaloide hierher gehören, deren Wirkung als kurzzeitige Blocker der MAO nicht behandelt wird. Unter den Genußgiften wird der Alkohol ziemlich ausführlich besprochen, doch fehlt das beste Nachweisverfahren mit der Ferment-

methode. Verdienstvoll ist dagegen die Anführung der Gesetze verschiedener Länder in bezug auf den Blutalkoholgehalt im Verkehr.

Im ganzen wird das Buch besonders dem praktischen Arzt recht nützlich sein können, doch würde man sich teilweise eine ausführlichere Neubearbeitung wünschen.

F. Brücke

Jaensch, P. A.: Einführung in die Augenheilkunde. Fortgeführt von F. Hollwich. 5. Auflage. Mit 340 teils farb. Abb., 9 Tab., XVI, 285 S. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 1966. Gln. DM 29·70.

Die rasche Aufeinanderfolge der beiden letzten Auflagen des von weiland Prof. P. A. Jaensch begründeten und nunmehr von Prof. F. Hollwich (Münster, Westf.) völlig neubearbeiteten Lehrbuches der Augenheilkunde ist ein deutlicher Beweis seiner Vorzüge. Es handelt sich in der Tat um ein modernes Lehrbuch im besten Sinne: knapper, aber erschöpfender und präziser Text, reichhaltige, vorzügliche Bildausstattung mit Photographien, Zeichnungen und Schemata, Wegfall jedes antiquierten Ballastes, individuelle Note in Wort und Bild, moderne klinische Darstellung und wissenschaftliche Auffassung, aktuelle Therapie, reichhaltiges Sachverzeichnis. Die Einteilung zusammengehöriger Krankheitsbilder erfolgt zum Teil nach neuen Gesichtspunkten, wie etwa die Klassifizierung der Hornhauterkrankungen in exogene, endogene und degenerative Hornhautleiden. Persönliche wissenschaftliche Erkenntnisse werden eingebaut, so der „energetische Anteil“ der Sehbahn, neue Vorstellungen über das Sehen der Heterochromia complicata oder die Latenzzeit der Netzhautablösung mit Traumaanamnesie. Die eingefügten Tabellen über die verschiedenen Arten von Bindehautentzündung, die Differentialdiagnose zwischen Iritis—akutem Glaukom—akuter Konjunktivitis, den Unterschied von einfachem und kongestivem Glaukom und über Pupillenstörungen sind didaktisch so wertvoll, daß sie als Wandtafeln in jedem Hörsaal einer Augenklinik hängen könnten. Obwohl keiner der rund 20 größeren Abschnitte nennenswerte Wünsche offenläßt, können die Kapitel „Glaukom“, „Netzhaut“ und „Schielen“ als besonders gelungen hervorgehoben werden. Das vielschichtige Krankheitsgeschehen der verschiedenen Formen von Uveitis mit seiner ungelösten Problematik, die in veralteten Lehrbüchern verschwiegen wird, vermag auch ein so gewandter Autor wie Hollwich nicht mit jener bestechenden Zielsicherheit und Präzision darzustellen, welche das Buch insgesamt auszeichnen. Die vom Rezensenten bei der durchgehenden Lektüre des Buches notierten Randbemerkungen sind Ausdruck einer subjektiven Meinung und berühren Dinge, die weniger zu kritisieren als in einem kollegialen Gespräch zu erörtern sind. In einer Zeit, in der von einzelnen Autoritäten verfaßte Einführungen in medizinische Lehrfächer durch redigierte Gemeinschaftswerke in den Hintergrund gedrängt werden, hat F. Hollwich den Medizinstudenten, ihren Lehrern und allen Ärzten ein aktuelles Kompendium der Augenheilkunde in die Hand gegeben, das in absehbarer Zeit nicht zu übertreffen sein wird.

K. Hruba

Varay, A.: Précis de gastro-entérologie. Mit 184 Abb., III, 895 S. Paris: Masson & Cie. 1966. F 120.—.

Das Werk André Varays würde man wahrscheinlich in das deutsche Schrifttum als Lehrbuch und nicht nur als Abriß der Gastroenterologie aufnehmen. Dies nicht nur wegen seines Umfanges von fast 900 Seiten und der zahlreichen Abbildungen. Die einzelnen Kapitel sind straff gefaßt und durch einfache Merksätze eingeleitet. Eine Unterteilung in kurze Absätze mit zahlreichen Untertiteln und ein Index ermöglichen nicht nur ein einfaches Studium, sondern auch eine rasche Auskunft über Einzelfragen. Durch seine Eigenschaft als klar ordnender Kliniker gibt Varay dem Werk Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit, als Vertreter einer Gruppe von Fachleuten, die in einem regen Erfahrungsaustausch stehen, Vollständigkeit. Er führt, wie auch in der Einleitung angedeutet, die Feder für