

Teil typische Siegelringzellen, charakteristische Merkmale darstellten. Hier erscheint der Hinweis berechtigt, auf eine histologische Untersuchung auch bei offenbar sicheren klinischen Befunden nicht zu verzichten. Therapeutische Konsequenzen ergeben sich allerdings nicht, da die Prognose in diesen Fällen ohnehin ungünstig ist (F u n c k - B r e n t a n o).

Wie die meisten aller bisherigen Autoren konnten wir in unserem Fall neben den Metastasen im Uterus auch solche in den Ovarien nebst einer Peritonealkarzinose finden. Als Modus der Metastasierung wird der lymphogene (S t e m m e r m a n n, S o n g, G ö g l und L a n g) und hämatogene (K o r p a s s y, S z e g v a r y, G ö g l und L a n g) Weg diskutiert, auch wird die Möglichkeit der Verschleppung von Tumorzellen durch die Tuben (K r o n e) erwähnt.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Außerhalb des kleinen Beckens gelegene Primärkarzinome machen häufiger Uterusmetastasen als allgemein angenommen wird. Es wird über die Krankengeschichte einer 66jährigen Frau berichtet, bei der sich ein klinisch stummes Magenkarzinom durch Metastasen in der Portio uteri äußerte.

S c h r i f t t u m

Benelli, A., *Minervaginec.*, Torino **14** (1962) 827. — Birdsall, C. J., M. B. Dockerty und J. H. Pratt, *Obstetr. Gynec. Guide*, Wash. **23** (1964) 229. — Charache, H., zit. nach Wallach. — Chiappara, R., und R. Rossi, *Arch. chir. ortop. med.*, Milano **23** (1958) 390. — Esposito, J. M., *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **92** (1965) 792. — Funck-Brentano, P., H. Robert, J. de Thomassin und H. Hamidieh, *Mém. Acad. chir.*, Paris **37** (1961) 493. — Gögl, H., und F. J. Lang, in: *Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie*, begründet von E. Kaufmann, II. Bd., I. Teil, 11. Aufl., S. 282, Berlin 1957. — Gouygou, C., R. Florent, R. Abelanet und G. Chomette, *Arch. mal. app. digest.*, Paris **52** (1963) 683. — Hanski, W., und Mitarb., ref.: *Ber. Gynäk.*, Berlin **78** (1962) 248. — Korpassy, B., A. Traub und A. Jakobovits, *Z. Geburtsh.*, Stuttgart **155** (1960) 240. — Krone, H. A., und R. G. Englert, *Zbl. Gynäk.* **31** (1959) 969. — Mackles, A., und J. E. Holland, *Obstetr. Gynec. Guide*, Wash. **18** (1961) 370. — Mandelstamm, V. A., *Vopr. onkol.* **10/11** (1964) 21. — Reidenberg, L., *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **62** (1951) 209. — Song, J., *J. Amer. Med. Ass.* **184** (1963) 498. — Stemmermann, G. N., *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **32** (1961) 1261. — Szegvary, M., Z. Szereday und J. Ormos, *Arch. Geschwulstforsch.* **21** (1963) 208. — Wallach, J. B., und S. Edberg, *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **77** (1959) 990. — Williams, E. L., *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **50** (1945) 342.

Anschr. d. Verf.: Dr. M. Brandt, pathologisches Institut der medizinischen Akademie Erfurt, Nordhäuser Str. 74
Dr. F. Marzotko, Erfurt, Akad. Frauenklinik, Walkmühlstr. 7

Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

145. Sitzung am 25. Juni 1966 in Düsseldorf

Vorsitzender: Hollstein; Schriftführer: Paschen

Referent: Nelles

Referat

Hofmann (Münster): Die Fehlgeburt, neue Erkenntnisse über ihre Ursachen und ihre Behandlung. Erscheint in erweiterter Form als Monographie.

Vorträge

Dibbelt (Düsseldorf): Indikationen und Ergebnisse der ärztlich begründeten Schwangerschaftsbeendigung. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist eine Notmaßnahme, die an sich ärztlichem Denken nicht entspricht, aber dann erforderlich wird, wenn das mütterliche Leben auf keine andere Weise erhalten werden kann. Die Häufigkeit und die Indikationen zur Interruptio spiegeln den Entwicklungsstand der Medizin wider. Sämtliche Anträge auf Schwangerschaftsbeendigung, die

zwischen 1954 und 1963 bei der Kreisstelle Düsseldorf der Ärztekammer eingingen, wurden erfaßt. Es waren insgesamt 454 Anträge, von denen 236 (52%) abgelehnt und 175 (39%) befürwortet wurden. 43 Fälle erledigten sich auf andere Weise. Die Zahl der Anträge und Befürwortungen ist rückläufig. Vergleicht man zwei 5-Jahres-Gruppen, so hat sich die Zahl der Anträge von 255 auf 199 verringert, während der Prozentsatz der Befürwortungen von 41% auf 35% zurückgegangen ist. Bei 170 Frauen, deren Antrag abgelehnt wurde, konnte das weitere Schicksal verfolgt werden. Es wurden 133 lebende Kinder geboren, während perinatal 6 Kinder starben und 31 Fälle von Abortus eintraten. Eine Mutter ist im Wochenbett an einer geburtshilflichen Blutung verstorben, die nichts mit dem Grundleiden zu tun hatte. An ihrem Leiden ist demnach in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt keine dieser Frauen verstorben. Auch der weitere Verlauf zeigt, daß die Schwangerschaft in diesen Fällen keinen negativen Einfluß auf das Schicksal der Frauen gehabt hat. — An der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf wurden 56 operative Schwangerschaftsbeendigungen durchgeführt. Ein Todesfall trat nicht ein, dagegen kam es bei 6 Fällen von abdominaler Operation zu ersten Komplikationen. Die Interruptio wurde in zunehmendem Maße auf vaginalem Wege durchgeführt. Der Anteil der vaginalen Operationen stieg von 18 auf 57%. Der Rückgang der Schwangerschaftsbeendigungen ist vor allem durch die Besserung der Prognose bei den Herz- und Kreislaufkrankungen bedingt. Fortschritte der Herzchirurgie haben die Interruptio in vielen Fällen überflüssig gemacht, vor allem bei den Vitien. Auch Störungen der Reizleitung können durch Einpflanzung eines Schrittmachers beherrscht werden. Ebenfalls ist bei den psychiatrischen Erkrankungen und bei den Erkrankungen des Stoffwechsels ein Rückgang zu erkennen. — In der Psychiatrie hat sich die Beurteilung und auch wohl die Prognose der Psychosen wesentlich gewandelt, während bei den Stoffwechselerkrankungen vor allem die Aussichten der diabetischen Mütter besser geworden sind. — Keine wesentliche Änderung zeigen die chronischen Nierenerkrankungen und die malignen Tumoren, welche nach wie vor in manchen Fällen eine Schwangerschaftsbeendigung erzwingen. — Jeder Fall stellt ein besonderes Problem dar und kann erst nach sorgfältiger Analyse zutreffend beurteilt werden. Daher wird in Düsseldorf eine stationäre Begutachtung durch die entsprechende Fachklinik verlangt, welche dem Gynäkologen, der letzten Endes für die Operation verantwortlich ist, erst die Grundlagen für seine oft schwierige Entscheidung liefern kann. In 84% wurde gleichzeitig eine Sterilisation vorgenommen. Für die freiwillige Sterilisation außerhalb der Schwangerschaft gibt es zur Zeit keine Rechtsgrundlage. Hier muß der Arzt selbst entscheiden, ob dieser Eingriff gerechtfertigt ist. Da hierbei das kindliche Leben nicht auf dem Spiel steht, kann prophylaktischen Erwägungen ein größerer Raum eingeräumt werden. Grundsätzlich gelten aber auch für die Sterilisation die gleichen Gesichtspunkte wie für die Interruptio. Soziale, eugenische und ethische Probleme können grundsätzlich nicht durch einen ärztlichen Eingriff gelöst werden. Dies gilt um so mehr, als durch die Fortschritte der Kontrazeption heute eine nicht zu verantwortende Schwangerschaft mit einiger Sicherheit verhindert werden kann.

Giesen (Hattingen): Über das Schicksal von Kindern, die durch hormonale Behandlung bei habituellem Abortus erhalten blieben. Es wird über Beobachtungen an 46 Kindern berichtet, die von Müttern nach habituellem Abortus und nach erfolgreicher Hormonbehandlung erhalten blieben. Bei diesen Kindern, von einem halben bis zum zehnten Lebensjahr, wurden Fahndungsmethoden angewandt, um somatische oder psychische Schäden zu entdecken: Pädiatrische körperliche Untersuchungen, die somatographische Methode nach Vogt, die psychologische Diagnostik nach besonderem Testverfahren, die Fahndung nach kongenitalen teratogenen Schäden. Ein Schaden wurde nicht entdeckt, obwohl die Hormonzufuhr schon in der 6. bis 7. Woche begann. — Es wird empfohlen, die hormonale Substitution bei habituellem Abortus mit ausreichenden Mengen zur Unterstützung des Gelbkörpers oder zur Substitution des vielleicht geschädigten Trophoblasten beizubehalten und so früh als möglich zu beginnen. Bis zum 5. Monat alle 5 Tage 250 mg Proluton-Depot, bis zum 7. Monat alle 10 bis 12 Tage, bis zum 9. Monat alle 17 bis 18 Tage 250 mg Proluton-Depot. Gleich zu Beginn der Behandlung wird 25 mg Diäthylstilböstrol implantiert; im 6. Monat wird diese Einpflanzung wiederholt. Der Placebo-Behandlung wird keine Bedeutung zugemessen, da der psychogene Einfluß und die suggestive Wirkung iatrogenen Handelns gering erscheint, im Vergleich zum Ausgleich eines