

Medizingeschichte

Zbl. Gynäkol. 106 (1984) 939-946

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung (Chefarzt: Dr. sc. med. W. Böhmer) des Krankenhauses Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg-Lutherstadt

Die reproduktionsbedingte Mortalität während früherer Jahrhunderte

Von W. Böhmer und P. Helmbold

Mit 3 Abbildungen

Zusammenfassung: Vor Beginn einer effektiven Geburtshilfe muß man mit einer intra- und postpartalen Müttersterblichkeit von 1-2 % und einer Totgeborenenquote von etwa 5 % rechnen. Etwa 8-10 % aller Lebendgeborenen verstarben während des Wochenbettes der Mutter. Die Entwicklung der Geburtshilfe führte zunächst zu einer Senkung der mütterlichen Sterblichkeit, die schon für das 19. Jahrhundert nachgewiesen werden kann. Erst danach setzte eine zielstrebige Verminderung auch der kindlichen Verluste ein.

Schlüsselwörter: Medizingeschichte - Geburtshilfe - Müttersterblichkeit - Totgeburtshäufigkeit.

Mortality caused by human reproduction during former centuries

Summary: Before an effective obstetrics maternal mortality has to be estimated with 1-2 per cent and stillbirth-rate with about 5 per cent. 8-10 per cent of all lifeborn babies died during puerperium of their mothers. Development of obstetrics primarily caused a decreasing maternal mortality, which can be proved in the nineteenth century. After that perinatal losses could be reduced, too.

Key words: Medical history - Obstetrics - Maternal mortality - Stillbirth-rate.

Der natürliche, kaum oder überhaupt nicht beeinflusste biologische Vorgang der menschlichen Reproduktion muß nach allem, was wir darüber wissen, mit einer für uns heute nicht mehr vorstellbaren Sterblichkeit verbunden gewesen sein. Es ist aus methodischen Gründen prinzipiell nicht möglich, nachträglich darüber statistisch eindeutige Angaben zu gewinnen. Lange bevor begonnen wurde, die Ereignishäufigkeit dieser Vorgänge statistisch zu erfassen, setzten Maßnahmen zur Verminderung der diesbezüglichen Sterblichkeit ein. Das trifft auch auf jene Länder zu, die bis heute noch kein Personenstandsmeldewesen haben. Einen zwar nicht exakten, aber doch ungefähr die Dimension eindrucksvoll aufzeigenden Überblick über die früheren Verhältnisse kann man durch Auswertung alter Tauf- und Sterbebücher gewinnen. Unter Einbeziehung ähnlicher Angaben aus der Literatur sollen die Ergebnisse eigener Untersuchungen überblicksmäßig vorgestellt werden.

Aus den seit dem Ende des 16. Jahrhunderts lückenlos vorhandenen Tauf- und Beerdigungsbüchern der Wittenberger Stadtkirche wurden von 1600 bis 1872 alle Angaben ausgewertet, die einen Hinweis auf eine spezielle Sterblichkeit enthielten [6]. Dabei wurde vorausgesetzt, daß die Zahl der Getauften der Anzahl der Lebendgeborenen entspricht. Da in den ersten Jahrzehnten nach der im Trienter Kirchenbeschluß 1563 festgelegten Einführung der Kirchenbücher ganz offensichtlich Totgeborene oder Frühverstorbene noch nicht erfaßt wur-

Die erste taufgedauert Anna.	Mischact - eine dreyer Jungfer. Karla Vesultzen.
S umma	der getauften Kinder.
235.	unter welchen
5.	Paar Zwillinge
4.	so zwar in der Ehe, doch zu dem Kind
8.	der unächten.

Abb. 1. Jahresendabrechnung im Taufbuch des Jahres 1673 („unächte“ = uneheliche)

den, wird die Auswertung erst ab 1630 begonnen. Die aus den Jahren davor ermittelten Werte liegen außerhalb jeder Wahrscheinlichkeit. Für einige Überlegungen wurden auch diejenigen Jahrzehnte ausgelassen, von denen aus der Stadtgeschichte Pestepidemien bekannt sind.

Totgeburtenhäufigkeit

Solange es weder eine Meldepflicht noch eine verbindliche Definition für den Begriff mit Festlegung von Mindestmaßen einer toten Leibesfrucht gab, wurden nur diejenigen Totgeburten erfaßt, die in einer offiziellen Form beerdigt und damit von der Kirchenverwaltung erfaßt wurden. Da aber das Verheim-

Witwe den - Widuente
George Giders eines Soldaten Kind - dem
den 27^{ten} Decembr.

Summa der Verstorbenen in
diesem 1643 Jahre

185 Personen, darunter seindt:

10. Personen, welche ohne sonderbahr
geleitet mit beigesetzt worden
11. Kinder so Todt zur Welt komen.
2. Schwangere Weiber, samet der Leibes
frucht blieben in der gebürth.
4. Sechswöchnerin, welche wenig tage
nach der gebürth verstorben
1. Kayserlicher Nachmeister, der am Haupt
verwundet, vnd daran sterben müßten
2. Personen, deren einer in der Ehe der
ander im Stadtgraben erdrückten

Über diese
1 Person welche gerichtet worden

Abb. 2. Jahresendabrechnung im Beerdigungsbuch des Jahres 1643

lichen auch totgeborener Kinder schon in den alten Hebammeneiden und -instruktionen und auch in den meisten Kirchen- und Landesgesetzen mit Strafe bedroht wurde, dürfte die überwiegende Zahl dieser Ereignisse erfaßt worden sein. Andererseits sind stark mazerierte oder monströs deformierte Leibesfrüchte häufig nicht kirchlich beerdigt und damit nicht erfaßt worden. Die tatsächlichen Zahlen dürften also sicher nicht niedriger, wahrscheinlich aber höher gewesen sein.

Die nach Dezenien ausgewertete Totgeburtenhäufigkeit in der Stadt Wittenberg schwankt von 1630 bis 1872 zwischen 2,2 und 5,9 ‰. Die graphische Darstellung dieser Daten zeigt Abb. 3. Dabei fällt zunächst auf, daß die Werte seit der Mitte des 18. Jahrhunderts höher liegen als zuvor. Dieser Effekt dürfte ausschließlich durch eine bessere Erfassung bedingt sein. Bei der Betrachtung der historischen Entwicklung geburtshilflicher Leistungen überschneiden sich prinzipiell zwei Tendenzen. Während man einerseits annehmen kann, daß die sich über Jahrhunderte langsam entwickelnde Geburtshilfe auch zu einer Verbesserung ihrer eigenen Leistungen geführt haben müßte, wird dieser Effekt durch eine exaktere Datenerfassung überlagert. Die von uns ermittelten Werte für die Totgeburtenhäufigkeit vor einer exakten personenstandsamtlichen Erfassung schwanken im allgemeinen zwischen 4 und 5 ‰. Das entspricht auch den Angaben anderer Autoren.

Hanauer errechnete für das 18. Jahrhundert in Frankfurt am Main eine Totgeburtenrate von 4,2 bis 4,4 ‰ [6]. Für einige Gemeinden Südniedersachsens

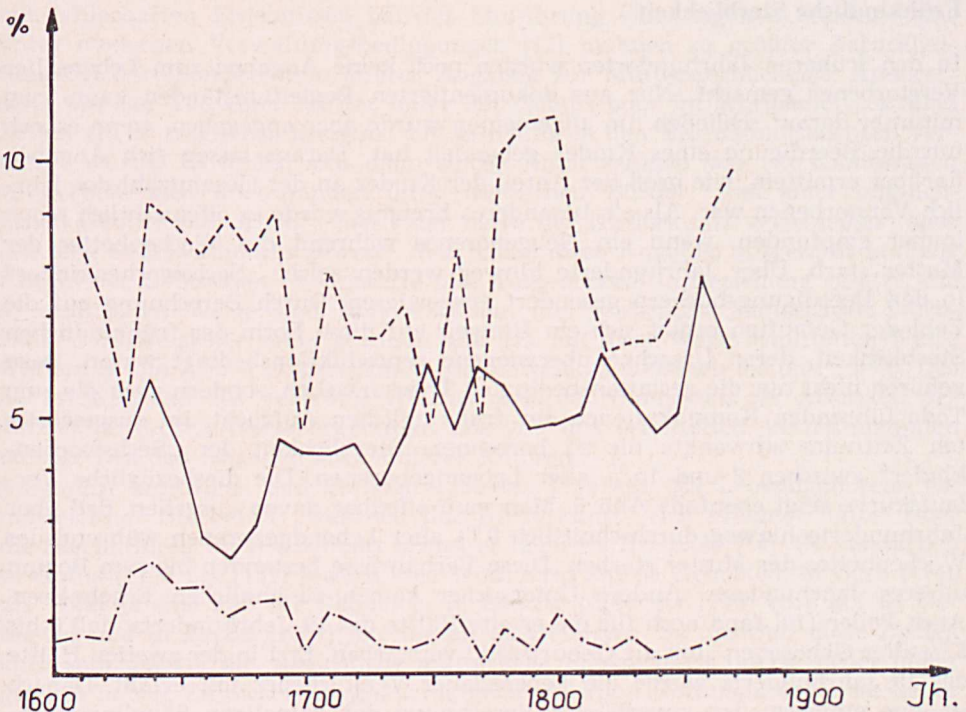


Abb. 3. Müttersterblichkeit (— · — · —), Totgeburtenhäufigkeit (————) und frühkindliche Sterblichkeit während des Wochenbettes der Mutter (-----) zwischen 1630 und 1872 nach Angaben aus den Kircbüchern

fand Mönckemeyer zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine Totgeburtenhäufigkeit von 5 ‰ [8]. In den Geburts- und Sterbelisten des Königreiches Preußen schwankt zwischen 1773 und 1843 die Totgeburtenrate zwischen 4,76 ‰ und 5,27 ‰ [17]. Süßmilch fand in einigen mitteldeutschen Städten in der Mitte des 18. Jahrhunderts eine Totgeburtenhäufigkeit zwischen 4,7 ‰ und 5,5 ‰ [14]. Von einigen Nachbetrachtern wurde sogar eine noch höhere Totgeburtenfrequenz errechnet. Alle Zahlen, die sich auf einzelne Entbindungseinrichtungen beziehen, sind für Vergleiche ungeeignet. Die zum Teil noch höhere Totgeburtenrate in solchen Einrichtungen könnte sowohl durch eine exaktere Erfassung als auch durch eine geburtsprognostisch ungünstige Patientengruppe bedingt gewesen sein. Nur die Zahlen aus möglichst großen Territorien sind für die geburtshilflichen Leistungen einer Zeit repräsentativ. Für die Stadt Berlin ermittelte Hofmann zwischen 1816 und 1841 eine mittlere Totgeburtenfrequenz von 4,93 ‰ [7]. In Görlitz lagen von 1877 bis 1885 die diesbezüglichen Angaben zwischen 4,6 und 6,4 ‰ [19]. Für das gesamte Deutsche Reich wurde 1875 eine Totgeburtenhäufigkeit von 4,1 ‰ angegeben [18].

Bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts lag die Totgeburtenhäufigkeit durchschnittlich zwischen 4 und 5 ‰. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits erfolgte Entwicklung der Geburtshilfe hatte noch nicht zu einer Verminderung dieser Form der reproduktionsbedingten Mortalität geführt. Erst um die letzte Jahrhundertwende sank die Totgeburtenhäufigkeit im Deutschen Reich auf etwa 3 ‰.

Frühkindliche Sterblichkeit

In den früheren Jahrhunderten wurden noch keine Angaben zum Lebensalter Verstorbener gemacht. Nur aus dokumentierten Begleitumständen kann man mitunter darauf schließen. Im allgemeinen wurde aber angegeben, wenn es sich um die Beerdigung eines Kindes gehandelt hat. Daraus lassen sich Angaben darüber ermitteln, wie groß der Anteil der Kinder an der Gesamtzahl der jährlich Verstorbenen war. Als ein besonderes Ereignis wurde es offensichtlich schon immer empfunden, wenn ein Neugeborenes während des Wochenbettes der Mutter starb. Über Jahrhunderte hinweg werden solche „Sechswochenkinder“ in den Beerdigungsbüchern gesondert ausgewiesen. Durch Berechnung auf die Zahl der Getauften ergibt sich ein Hinweis auf diese Form der frühkindlichen Sterblichkeit, deren Ursachen überwiegend reproduktionsbedingt waren. Dazu gehören nicht nur die gestationsbedingten Todesursachen, sondern auch die zum Tode führenden Komplikationen der frühkindlichen Aufzucht. Im ausgewerteten Zeitraum schwankte die so berechnete Sterblichkeit der „Sechswochenkinder“ zwischen 6 und 10 ‰ aller Lebendgeborenen. Die diesbezügliche Verlaufskurve zeigt ebenfalls Abb. 3. Man muß offenbar davon ausgehen, daß über Jahrhunderte hinweg durchschnittlich 8 ‰ aller Lebendgeborenen während des Wochenbettes der Mutter starben. Diese Verhältnisse bestanden bis zum Beginn unseres Jahrhunderts. Andere Untersucher kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Auch Peller [10] fand noch für die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts, daß 6 bis 8 ‰ aller Geborenen „um die Geburtszeit“ verstarben. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Lebensdauer Verstorbener mit erfaßt. Danach ist eine einigermaßen zuverlässige Berechnung der damaligen Säuglingssterblichkeit möglich. Nur Peller hat ältere Werte ermittelt. So soll die Säuglingssterblichkeit in Wien 1728 bis 1730 bei 43,8 ‰ gelegen haben [10]. Besonders bei dieser Form der Sterblichkeit gab es große Unterschiede zwischen den

sozialen Gruppen. Für Görlitz konnte aus den Jahren 1877 bis 1886 eine Säuglingssterblichkeit zwischen 28,3 und 36,2 ‰ errechnet werden [19]. Um 1886 lag die Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich bei 27,1 ‰ und um die Jahrhundertwende bei 20,3 ‰ [15]. Die weitere Entwicklung ist bekannt. Gegenwärtig sind nur etwa 15 ‰ der gesamtkindlichen Verluste als nicht gestationsbedingt einzuschätzen [1]. Es ist sicher, daß dieser Anteil früher wesentlich höher war [9]. Von Pfaundler wurde 1939 der Begriff der perinatalen Mortalität eingeführt, um ein Maß für jene kindliche Sterblichkeit zu bekommen, die hauptsächlich reproduktionsbedingt ist. Nach seiner Berechnung betrug die perinatalen kindlichen Verluste noch 1930 etwa 6,2 ‰ bei einer Säuglingssterblichkeit von nur noch 8,2 ‰ [11].

Für die vergangenen Jahrhunderte wird man annehmen müssen, daß ein Viertel bis ein Drittel aller Geborenen während des ersten Lebensjahres verstarben. Unter Berücksichtigung auch der hohen Totgeborenenrate mußte also etwa jede dritte Mutter spätestens nach einem Jahr feststellen, daß sie die schweren Stunden der Entbindung umsonst durchlebt hatte. Daß diese damals übliche Formulierung durchaus berechtigt war, belegen die Zahlen über die Müttersterblichkeit.

Müttersterblichkeit

Wie groß genau die reproduktionsbedingte mütterliche Sterblichkeit früher war, wissen wir nicht und werden wir auch nachträglich nicht mehr ermitteln können. Methodisch bedingte Schwierigkeiten bei der Erfassung und Erfahrungen mit fehlerhaften Ergebnissen bei der Einführung eines eigenen Meldesystems unter modernen Verwaltungsbedingungen [12] mahnen zu größter Zurückhaltung bei der Interpretation älterer Angaben zur Müttersterblichkeit. Andererseits war der Tod einer Mutter unter der Geburt oder im Wochenbett zu allen Zeiten ein so tragisches Ereignis, daß es häufig in den Beerdigungsbüchern vermerkt wurde. Es finden sich dann solche Anmerkungen wie „in Kindesnöten verstorben noch unentbunden ihrer weiblichen Bürde“, „bei einer unglücklichen Geburt verstorben“, „bei (oder nach) der Niederkunft verschieden“ oder „ist eine Sechswöchnerin gewest“. Wir haben diese Angaben ausgezählt und zur Anzahl der Geborenen (= Getaufte plus Totgeborene) in Beziehung gesetzt. Die so ermittelten Werte sind Mindestzahlen, die tatsächliche mütterliche Sterblichkeit dürfte sicher höher gewesen sein. Die auf diese Weise ermittelten Werte wurden in die Abb. 3 eingezeichnet. Sie schwanken zwischen 0,3 und 1,9 ‰. Dabei ist während des Verlaufes von fast drei Jahrhunderten ein Absinken der durchschnittlichen Werte erkennbar. Die von uns ermittelten Verhältniszahlen entsprechen den Angaben auch anderer Autoren.

Süssmilch berichtete, daß in Wien 1738 bis 1739 auf 384 Lebendgeborene ein mütterlicher Sterbefall „während der Niederkunft“ sich ereignet hätte. Über die Sterblichkeit im Wochenbett bringt er mehrere Beispiele [14]. So verstarben in Gotha (1735 bis 1751) jeweils eine Wöchnerin auf 68 Geburten, in Gera (1740 bis 1748) je eine auf 107 Geburten, in Leipzig (1740 bis 1749) eine auf 61 Geburten und in Berlin (1757) je eine auf 98 Geburten. So unsicher diese Zahlen auch sein mögen, die tatsächliche mütterliche Sterblichkeit dürfte sicher höher gelegen haben. Zu dieser Einschätzung gelangte schon Hofmann, der erste Leiter des „Statistischen Bureau“, das 1810 im Königreich Preußen gegründet wurde. Auch er bezeichnete seine Angaben zur Müttersterblichkeit als Minimalzahlen mit dem Hinweis, daß die tatsächliche Sterblichkeit der Mütter höher sein dürfte [7]. In einer „Generalübersicht pro 1833“ für den Preußischen Staat wird

berichtet, daß nach 506 211 erfaßten Geburten 5629 Frauen „am Kindbette“ verstarben. Das würde einer Sterblichkeit im Wochenbett von 1,11 ‰ entsprechen. Aus dem 19. Jahrhundert gibt es schon eine umfangreiche Literatur mit Zahlenangaben zur Müttersterblichkeit. Hinsichtlich des Erfassungsmodus sind alle diese Angaben problematisch. Nach der von Kehrer angelegten Geburtsstatistik aus dem Material verschiedener deutscher Staaten kann für die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts angenommen werden, daß „im Mittel von 1000 Entbundenen während der Geburt etwa 1 und an den Folgen im Wochenbett etwa 5 bis 6 Frauen sterben, daß im allgemeinen künstliche Entbindungen die Sterblichkeit der Entbundenen um das 10- bis 30fache und mehr noch erhöhen“ [4, 5]. Die wahrscheinlichste Auswertung der Sterblichkeit im Kindbett bringt Unterberger aus dem Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin [16]. Seine Auswertung der Hebammenlisten garantiert schon recht exakte Werte. Danach sank die Sterblichkeit „im Kindbett“ von 0,95 ‰ des Jahres 1886 auf 0,43 ‰ im Jahre 1909. Dabei sollen die extrem hohen Werte der Müttersterblichkeit jener frühen Hospitäler unberücksichtigt bleiben, in denen das Kindbettfieber endemisch auftrat. Der weitaus größte Teil der Frauen wurde zu Hause entbunden. Für die Darstellung der großlinigen Entwicklung sind Berichte aus größeren Territorien oder über einen großen Zeitraum hinweg wichtiger [3]. Bis etwa zum Ende des vorigen Jahrhunderts stand die Erhaltung des mütterlichen Lebens im Vordergrund aller geburtshilflichen Bemühungen. Dabei hat es durchaus nachweisbare Erfolge gegeben. Für das 18. Jahrhundert dürften die von Schneegans ermittelten Werte typisch sein, der aus Kirchbüchern dieser Zeit eine mütterliche Sterblichkeit von 1,78 ‰ errechnete [13]. Während des 19. Jahrhunderts ist die mütterliche Sterblichkeit auf etwa die Hälfte dieses Wertes gesunken. In den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts ist der Prozentsatz der mütterlichen Mortalität mit etwa 0,5 bis 0,7 ‰ konstant geblieben. Peller schreibt 1936: „In Europa sind es schätzungsweise 40 000 bis 50 000 Frauen, die jährlich der Fortpflanzungstätigkeit zum Opfer fallen. Die Zahl der totgeborenen und der in der ersten Lebenswoche verstorbenen Kinder ist ungefähr zwanzigmal so groß“ [10]. Auch diese einzelnen Angaben sind untereinander nicht vergleichbar. Mit zunehmend besserer Erfassung werden dann auch schon vor der Entbindung verstorbene Schwangere mitgezählt. Aus den letzten Jahrzehnten wissen wir, daß bei exakter Erfassung und präziser Definition des Begriffs der peripartalen Mortalität 40 bis 50 ‰ dieser Sterbefälle während der Schwangerschaft und 50 bis 60 ‰ der mütterlichen Sterbefälle unter oder nach der Geburt eingetreten sind [1]. Sehr wahrscheinlich waren diese Proportionen während früherer Jahrhunderte nicht genau so. Die nachträglich ermittelten hohen Werte zur Müttersterblichkeit sind also nicht nur hinsichtlich ihrer sicher lückenhaften Erfassung Mindestzahlen, sie beziehen sich prinzipiell nur auf den intra- und postpartalen Anteil der durch die Reproduktionsvorgänge bedingten mütterlichen Sterblichkeit.

Demografische Verhältnisse

Die aus unserer heutigen Sicht hohe Sterblichkeit im Zusammenhang mit den Reproduktionsvorgängen muß im Rahmen der demografischen Verhältnisse der Zeit gesehen werden. Über Jahrhunderte hinweg waren etwa die Hälfte aller Verstorbenen unter dem 15. Lebensjahr. Die diesbezüglichen Zahlen anderer Autoren schwanken zwischen 44,5 ‰ und 62,1 ‰ um etwa den gleichen Mittelwert [6, 9, 14]. Nach Süßmilch [14] hatte zu Beginn des 18. Jahrhunderts ein Kind am Tage der Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von 19 Jah-

ren. Hatte es das erste Lebensjahr überstanden, stieg die statistische Lebenserwartung auf 43 Jahre, und war es 10 Jahre alt geworden, betrug die durchschnittliche statistische Lebenserwartung 55 Jahre. Exakte Berechnungen zur Geburten- und Sterberate während früherer Jahrhunderte scheitern an der fehlenden Kenntnis von exakten Bevölkerungszahlen. Aus einigen Städten sind von einzelnen Jahren jedoch entsprechende Angaben bekannt. Für Wittenberg haben wir aus einzelnen Jahrzehnten des 17. und 18. Jahrhunderts 62 bis 63 Geburten je 1000 Einwohner errechnet. Bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist die Geburtenrate auf 50,5 gesunken. Um die letzte Jahrhundertwende lag sie mit 36,1 Geburten auf 1000 Einwohner noch dreimal höher als gegenwärtig [15]. Der Anteil der unehelich Geborenen stieg von 3,8 % am Ende des 17. Jahrhunderts über 6,2 % gegen Ende des 18. Jahrhunderts auf 14,9 % im vorletzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts. Mit Ausnahme von Kriegs- und Seuchenjahren lag die Sterberate bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts nur geringfügig unter der Geburtenrate. Diese Verhältnisse scheinen zeittypisch zu sein, da aus anderen Städten ähnliche Zahlenverhältnisse berichtet werden [14].

Die Reproduktionsverhältnisse unter den Bedingungen der hohen Sterblichkeit während früherer Jahrhunderte beeinflussen alle Bereiche menschlichen Lebens. Während heute 97 % aller Lebendgeborenen das eigene Reproduktionsalter erreichen, waren es im 19. Jahrhundert nur etwa 60 % und in früheren Jahrhunderten vermutlich noch weniger. Heute würden wir mit 2,3 Lebendgeborenen je Familie die Nettoerproduktion der Bevölkerung erreichen. Nach Mönckemeyer [8] waren noch um 1880 mindestens 4,5 Lebendgeborene je Eheschließung notwendig, um die einfache Reproduktion der Bevölkerung zu gewährleisten. In den früheren Jahrhunderten muß diese Zahl noch größer gewesen sein. Die hohe Sterberate wurde durch die noch etwas höhere Geburtenrate kompensiert unter den Bedingungen dieser für uns nicht mehr vorstellbar hohen Reproduktionsverluste. Wenn man nur durchschnittlich fünf Kinder je Familie annimmt, bei einer Müttersterblichkeit von 1 % bedeutet dies, daß unter jeweils 20 Familien einmal die Ehefrau und Mutter unter der Geburt oder im Wochenbett starb. Wenigstens für die Zeit vor dem 19. Jahrhundert sind diese Werte als Mindestzahlen anzusehen.

Für den Geburtshelfer dürften solche Auswertungen nicht nur von historischem Interesse sein. Sie helfen auch, daran zu erinnern, daß die gegenwärtig erreichte niedrige reproduktionsbedingte Sterblichkeit nicht selbstverständlich ist, sondern nur erhalten werden kann durch eine permanent hohe Funktionsbereitschaft des gesamten Systems der peripartalen und perinatalen Betreuung.

Literatur

1. Böhmer, W.: Die Entwicklung der individuellen und gesellschaftlichen Belastung durch die menschliche Reproduktion. Med. Diss. B. Halle 1983.
2. Boehr, M.: Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett. Z. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 3 (1878) 17.
3. Boxall, R.: Wochenbettsterblichkeit in England und Wales. Berl. Klin. Wochenschr. 31 (1894) 926.
4. Brennicke: Reform des Hebammenwesens. Magdeburg 1904.
5. Hegar, A.: Zur geburtshilflichen Statistik in Preußen und zur Hebammenfrage. Sammlung klinischer Vorträge. Gynäkologie Nr. 68–98. Leipzig 1897.
6. Helmbold, P.: Die reproduktive Belastung in den vergangenen Jahrhunderten aus geburtshilflicher Sicht. Med. Inaug.-Diss. Halle 1983.

7. Hofmann, J.: Übersicht über die Geburten, neuen Ehen und Todesfälle in den Jahren 1816 bis 1841. Berlin 1843.
8. Mönckemeyer, H.: Befunde zur Bevölkerungsgeschichte von Südniedersachsen. Philos. Inaug.-Diss. Braunschweig 1965.
9. Peiper, A.: Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig 1955.
10. Peller, S.: Der Geburtstod. Leipzig 1936.
11. Pfaundler, M.: Studien über FrühTod, Geschlechtsverhältnis und Selektion. Zum perinatalen Sterben. Z. Kinderheilkd. 60 (1939) 467-494.
12. Rothe, J.: Gesundheitsschutz und peripartale Mortalität. Berlin 1968.
13. Schneeganz, H.-J.: Die Müttersterblichkeit im 17. bis 19. Jahrhundert. Zbl. Gynäkol. 104 (1982) 1416-1420.
14. Süssmilch, J. P.: Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung. Berlin 1761.
15. Tugendreich, G.: Die Mütter- und Säuglingsfürsorge. Stuttgart 1910.
16. Unterberger, F.: Die Sterblichkeit im Kindbett im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin. Arch. Gynäkol. 95 (1912) 153.
17. Acta generalia von Anfertigung und Einsendung der Geburt- und Sterbelisten (1773-1843). Staatsarchiv Merseburg, Rep. 76 VIII A Nr. 2296-2297.
18. Medizinisch-statistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt Band X-XXIII. Berlin 1907.
19. Acta betr. die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse Vol. I. Ratsarchiv Görlitz, Regal 24, Fach 4.

Anshr. d. Verf.: Dr. sc. med. W. Böhmer,

Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift, Geburtshilfliche-gynäkologische Abteilung,
DDR-4600 Wittenberg

Buchbesprechungen

Angeli, A., Bradlow, H. L., und Dogliotti, L. (Hrsg.): Endocrinology of cystic breast disease. 343 S. mit zahlr. Abb. und Tab. New York: Raven Press 1983. Leinen.

Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre befassen sich mit der hormonellen Kontrolle der weiblichen Brustdrüse. Dabei zeigt sich, daß die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur für Schwangerschaft und Laktation, sondern auch für die Behandlung gutartiger und bösartiger Mammaerkrankungen eine große Bedeutung besitzen. Neben dem Mammakarzinom, das heute das häufigste Karzinom der Frau geworden ist und dessen Therapie nach wie vor problematisch ist, hat das komplexe Krankheitsbild der Mastopathia cystica oder der „Cystic Breast Disease“ insofern große Bedeutung, als es bei einem hohen Prozentsatz der Frauen in der Geschlechtsreife vorkommt und einige seiner Formen echte Präkanzerosen darstellen. Die Ätiologie dieser Erkrankungen ist nach wie vor unklar. Sie ist sicher multifaktoriell, wobei jedoch endokrine Faktoren eine vordergründige Rolle spielen. Das vorliegende Buch enthält 38 Beiträge zu dieser Thematik. Nach einleitenden Beiträgen über die Definition, Histologie und generellen Endokrinologie der zystischen Mammaerkrankungen folgen Untersuchungen über verschiedene hormonale Aspekte. So wurde die Konzentration verschiedener Hormone im peripheren Blut und in der Zystenflüssigkeit untersucht, wobei der Frage eines Progesteron-Defizits und der Bedeutung des Prolaktins besondere Beachtung geschenkt wurde. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Frage der Bestimmung der Hormonrezeptoren. Ein letzter Abschnitt befaßt sich mit der Therapie, wobei sich in einem Teil der Fälle mit Bromokriptin subjektive und objektive Erfolge erzielen lassen. Das Buch enthält eine Reihe wertvoller Einzelergebnisse, ohne daß die Frage der komplexen Ätiologie dieses Krankheitsbildes geklärt worden ist. Es ist jedoch ein unentbehrlicher Ratgeber für alle, die sich mit der endokrinen Beeinflussung der Brustdrüse und ihre Erkrankungen befassen wollen.

H. Wilken (Rostock)