

1. Als Haupttherapie mit oder ohne perkutane Bestrahlung.

2. In Kombination mit der Operation, als postoperative Behandlung teils mit externer Röntgenbestrahlung.

3. In Kombination mit der Operation als präoperative Maßnahme.

783 Patientinnen wurden untersucht. Der Autor betonte, daß die alleinige Radiumbehandlung nur dann angewendet werden sollte, wenn die operative Behandlung mit zu großen Risiken belastet sei.

Vokær (Belgien) sprach über Veränderung der enzymatischen Aktivität beim Korpuserkarzinom unter dem Einfluß von Progesteron. Die alkalische Phosphataseaktivität scheint vom Grad der Differenzierung des Tumors abhängig zu sein. Je höher differenziert der Tumor ist, um so größer ist die Aktivität. Unter dem Einfluß von Progesteron scheint der alkalische Phosphatasespiegel abzusinken. Für die Zukunft bleibt zu hoffen, daß durch diese enzymologischen Untersuchungen bereits präkanzeröse Stadien erkannt werden können. Das Progesteron wird als stärkstes antikanzeromäses Agens herausgestellt.

Anschließend sprach Kistner (Amerika), einer der bekanntesten Forscher auf dem Gebiete der Anwendung von Progesteron beim Endometriumkarzinom über seine Erfahrungen. Unter der Progesterontherapie erzielte er nahezu 25–30% objektive Remissionen und subjektive Remissionen von 70%. Pulmonale Metastasen sprachen besser an als Metastasen im kleinen Becken. Bei Patientinnen mit einem kurzen Intervall zwischen primärer Behandlung und Entstehung von Metastasen war die Gestagenbehandlung erfolgreicher als bei solchen, die einen langen Zwischenraum hatten.

In zahlreichen freien Vorträgen wurde das Thema Endometriumkarzinom ausführlich abgehandelt.

Am 5. Kongreßtag fand morgens ein Symposium über die **intrauterine Transfusion** statt. Autoren aus Sydney (McInerney, Robertson, Lawrence und Bosch) berichteten über ihre Erfahrungen. Es wurden die Indikationen, Technik und Resultate sowie Komplikationen mitgeteilt, die in etwa unseren Erfahrungen in Deutschland entsprechen. Das letzte Hauptthema lautete: **Abort**, wobei zunächst die medizinischen Probleme und später die sozialen Probleme besprochen wurden.

Von Stevenson (England) wurden die Ursachen des Spontanabortes, insbesondere die genetischen Abnormalitäten besprochen. Mindestens 20% aller Spontanaborte haben Chromosomenveränderungen aufzuweisen. Najak (Australien) wies

auf die Störungen der Eianlage und Trophoblastenanlage hin. Er betonte die Wichtigkeit einer pathologisch-histologischen Untersuchung. Von Fuchs (Amerika) wurde auf endokrine Störungen als Ursache des Spontanabortes hingewiesen. Rozin (Israel) berichtete über kongenitale Mißbildungen. Stolte (Holland) befaßte sich mit der Zervixinsuffizienz. Er empfahl, die Zervixligatur in der 16. bis 20. Woche der Schwangerschaft durchzuführen. Weiter wurde von Purandare (Indien) über medizinische Komplikationen beim septischen Abort in Indien berichtet. Er hob besonders die Initialbehandlung des sogenannten Endotoxinschockes hervor. Er wies auf die Gefahren einer Hysterektomie durch die Ansammlung von großen Mengen Koli-bakterien in der Dezidua und im Myometrium hin.

Anschließend wurden die sozialen Probleme besprochen. In Japan ist nach den Worten von Kobayashi die Kontrolle der Bevölkerungsexpansion eines der schwierigsten Probleme überhaupt. Im Jahre 1949 wurde in Japan ein Gesetz verabschiedet, welches die Interruptio aus eugenischen Gründen oder Erkrankungsgründen, sowie aus sozialer Indikation legalisierte. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß aber zur Eindämmung der Bevölkerungsexpansion die Anwendung der kontrazeptiven Medikamente besser geeignet ist als die Interruptio. Auch in Schweden gibt es nach den Ausführungen von Borell seit 1938 die Möglichkeit der Interruptio, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. 1. Medizinische und medizinisch-soziale Indikation; 2. Humanitäre Indikation und 3. Eugenische Indikation.

Müller (Schweiz) stellte die medizinische Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung heraus. Daraus ging hervor, daß in der Schweiz die Schwangerschaftsunterbrechung sehr großzügig gehandhabt wird. Bedoya-Hevia (Peru) sprach über soziale Probleme beim illegalen Abort. Der illegale Abort hat eine sehr hohe Mortalitätsquote in Peru, deshalb bedeutet er ein ernstes Problem für die Volksgesundheit, zumal vorwiegend das Alter zwischen 21 und 30 Jahren betroffen ist. Bei unverheirateten Frauen ist er häufiger vertreten als bei verheirateten. Von Bengtsson (Schweden) wurde die Technik der intraamniotischen Injektion von 20%iger Kochsalzlösung oder 40%iger Glukoselösung erörtert, wobei sowohl transabdominal als auch transvaginal vorgegangen wurde. Über die Resultate bei 2 000 Fällen wurde berichtet. Schub (UdSSR) berichtete über eine Methode der Schwangerschaftsunterbrechung mit Hilfe der Vakuumaspiration durch eine Originalapparatur. Der Blutverlust sei bei dieser Methode wesentlich geringer als bei der sonst üblichen Ausräumung. Die Dilatation der Zervix erfolgte fast schmerzlos mit Hilfe eines Elektrovibrators.

C2829

Der Vortrag von Mehlan (Rostock) konnte nicht gehalten werden, weil leider, wie auch schon beim letzten Weltkongreß, kein einziger Kollege aus Mitteldeutschland die Ausreisegenehmigung bekommen hatte.

Mehlan, ein erfahrener und bekannter Autor auf dem Gebiete der Abortsituation, hatte seine Untersuchungen sowohl in Lateinamerika als auch in Nordamerika durchgeführt.

Weiter wurde die Situation im Nahen Osten und in Europa untersucht. In den lateinamerikanischen Ländern ist der induzierte Abort außerordentlich häufig. Bis zu 50% aller Schwangerschaften enden so. Die Mortalität der induzierten Aborte ist viermal höher als die bei einer termingerechten Geburt. In Nordamerika kann eine Schwangerschaft nur dann unterbrochen werden, wenn es gilt, das Leben der Mutter zu erhalten. Auch in den USA ist der Abort zu einem bedeutenden Gesundheitsproblem geworden. Fast ein Viertel aller verheirateten und ein Viertel aller ledigen Frauen im Alter von 35 Jahren haben mindestens einen provozierten Abort gehabt. Der illegale Abort nimmt in Nordamerika ständig zu.

In den Ländern des Nahen Ostens ist die Interruptio zwar verboten, aber in den Krankenhäusern sind die Möglichkeiten gegeben, einen Abort durchzuführen. Das Strafgesetzbuch gewährt mildernde Umstände; dies gilt für die meisten arabischen Länder. In der Türkei wird die Schwangerschaftsunterbrechung schwer bestraft. Andererseits ist auch der Gebrauch von Kontrazeptivmitteln verboten, so daß der illegale Abort im Ansteigen begriffen ist.

Wie ist die Abortsituation in Europa? Man kann drei Gruppen unterscheiden. Zu der ersten Gruppe gehören die Länder, bei denen der legale Abort nur erlaubt ist, wenn das Leben der Mutter ernsthaft bedroht erscheint. In die Gruppe 2 gehören die Länder mit einer erweiterten medizinischen, einer eugenischen und einer ethischen Indikation. Dazu gehören Schweden, Dänemark, Finnland, Norwegen, Island und auch Großbritannien und bedingt die DDR. Zur 3. Gruppe schließlich mit völliger Freigabe des Abortes zählen die UdSSR sowie Ungarn, Bulgarien und Rumänien. Und schließlich wurde noch die Abortsituation im Fernen Osten beleuchtet. In

Japan ist durch das eugenische Schutzgesetz aus dem Jahre 1948 eine Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer und ökonomischer Ursache gestattet. Aus den übrigen Ländern gibt es nur mangelhafte Berichte.

Zum Thema Abort, medizinische und soziale Probleme erfolgten noch zahlreiche freie Vorträge.

Am letzten Tag des Kongresses fand ein Symposium über **Wirkung von radioaktiver Bestrahlung auf die schwangere Frau und auf den Fötus** statt. Autoren aus Amerika, Japan, Frankreich, Österreich und Italien beleuchteten dieses wichtige Problem ausführlich. Mit diesem Thema wurde der V. Weltkongreß abgeschlossen.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß eine große Zahl von Randveranstaltungen das Interesse der Teilnehmer aus aller Welt fand. So gab es eine große wissenschaftliche Ausstellung mit 46 Ständen. Neuartig und einmal etwas ganz anderes war der Ausstellungsstand der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie in Australien. Hier wurde sehr anschaulich die Produktion eines solchen medizinischen Journals gezeigt. Ein großes Filmprogramm sowie Fernsehübertragungen vervollständigten diesen schönen Kongreß. Insbesondere fand ein wundervoller Farb-Ton-Film über die Geburt des roten Känguruhs großes Interesse. In zahlreichen Rundtischgesprächen im kleineren Kreise war die Möglichkeit gegeben, Erfahrungen gegenseitig auszutauschen.

Auch die Abende waren ausgefüllt mit den verschiedensten Veranstaltungen, und es war einfach unmöglich, überall dabei zu sein. Insgesamt gesehen waren wir deutsche Teilnehmer, die immerhin neben den amerikanischen und japanischen Kollegen mit die größte ausländische Teilnehmergruppe darstellten, begeistert von dem, was auf diesem Kongreß geboten wurde. Den Dank an unsere australischen Kollegen sprach der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Prof. Kirchhoff, anlässlich des Festbanketts im Namen von uns allen aus.

Der nächste Weltkongreß findet in New York statt.

(Anschrift des Berichterstatters: Dr. H. K. Bauer, 6202 Wiesbaden-Biebrich, Biebricher Allee 135.)