

Die Moorpaste zusammen mit Antibiotika hat sich als wertvolles und wirksames Verfahren in sämtlichen Entzündungszuständen der Adnexe und der Parametrien erwiesen. Sie war wirksamer in den primären und akuten als in den sekundären und persistierenden Entzündungszuständen. Das Endresultat war dabei auch von der Dauer der Kur abhängig.

Die klinischen Beobachtungen hinsichtlich Rückbildung von Organveränderungen und Wirksamkeit der angewandten Behandlungsmethode sowie das Auftreten allgemeiner und lokaler Gewebsreaktionen läßt auf die Ähnlichkeit der Moorthera- pie mit der Cortisontherapie schließen.

### Schrifttum

1. Borowicz, A., und M. Szymtówna, *Baln. polska* **12** (1963) 15. — 2. Bulski, T., *Pam. Ogólnopol. Zjazdu Baln.*, Warschau **1955**, 115. — 3. Bulski, T., *Baln. polska* **7** (1957) 85. — 4. Bulski, T., *Post. Potożn. ginek.*, Warschau **1958**, 112. — 5. Evers, A., und A. Borowicz, *Szymtówna M. poz. 1.* — 6. Evers, A., *Atti del Congresso Intern. di Idrol. e Climat. Lacco Ameno d'Ischia* **1958**, 847. — 7. Górniok, A., *Właściwości sorbycyjne browin i past borowinowych. Ref. VI Zjazd. P. T. B.*, Krynica 1964. — 8. Gromadzki, W., *J. Jankowiak Baln. kliniczna*, Warschau **1962**, 149. — 9. Gromadzki, W., B. Giedroyć und C. Sadowski, *Ginek. polska* **4** (1965) 433. — 10. Gromadzki, W., und S. Gliniecki, *Ref. na VI Zjeździe P. T. B.*, Krynica 1964. — 11. Gromadzki, W., H. Surma und M. Pankiewicz, *Ref. na VI Zjeździe P. T. B.*, w Krynicy 1964. — 12. Joachim, J., und K. Prerowsky, *Atti del Cong. Intern. di Idrol. e Climat. Lacco Ameno d'Ischi* **1958**, 263. — 13. Kovarschik, J., *Wien. med. Wschr.* **104** (1951) 711. — 14. Lachman, H., *Österr. Moorforsch.* **6** (1955) 21. — 15. Łozinski, A., *Wykłady Balneologii Klinicznej*, Warschau 1953. — 16. Łukasik, J., *Amer. J. Obstetr. Gynec.* **87** (1963) 1028. — 17. Łukasik, J., und K. Czerniewska, *Ref. na VI zjeździe P. T. B.*, w Krynicy 1964. — 18. Marzinek, K., *Polskie tygodn. lek.* **17** (1962) 1452. — 19. Niederecker, K., *Atti del Congresso Intern. di Idrol. e Climat. Lacco Ameno d'Ischia* **1958**, 847. — 20. Pankiewicz, M., und H. Surma, *Ginek. polska* **35** (1964) 4. — 21. Quentin, K. E., *Atti del Congresso Intern. di Idrol. e Climat. Lacco Ameno d'Ischia* **1958**, 853. — 22. Sabatowski, A., *Leczenie uzdrowiskowe chorób kobiecych*, Warschau 1947. — 23. Schliephacke, E., und R. Smets, *Münch. med. Wschr.* **97** (1955) 56. — 24. Sillo-Seidl, G., *Z. Geburtsh.*, Stuttgart **158** (1962) 213. — 25. Surma, H., und M. Pankiewicz, *Ginek. polska* **35** (1964) 227. — 26. Traude, L., *Atti del Congresso Intern. di Idrol. e Climat. Lacco Ameno d'Ischia* **1958**, 605. — 27. Vogt, U., *Lehrbuch der Bäder und Klimaheilkunde*, T. 2, Berlin 1940. — 28. Watzek, J., *Arch. physik. Therapie*, Leipzig **14** (1962) 428.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Gromadzki, Gdańsk/Polen, ul. Świerczewskieg 1—6

## Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

### Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin

Sitzung am 8. 10. 1965

Vorsitzender: W. P s c h y r e m b e l, Schriftführer: E. J u n g

Eröffnung der Sitzung durch den Vorsitzenden.

#### I. Vorträge

#### Zur Problematik der intrauterinen Kontrazeption

**Schaetzing, E. (Berlin):** Am 15. 5. 1935 wurde die Anwendung des sogenannten Gräfenberg-Ringes (einschließlich aller übrigen Intrauterinpressare) als „fahrlässige Handlung“ gebrandmarkt und steht seitdem unter einem gewissen Tabu. Bezüglich der Spreizpressare erfolgte jene Ablehnung sicher zu Recht, weil diese eine chronische Endometritis erzeugen. Der Gräfenberg-Ring aber geht auf den genialen Gedanken von Gräfenberg zurück, die Infektionsbrücke zwischen dem keimhaltigen Vaginalsekret und dem keimfreien Endometrium zu vermeiden. In Amerika entwickelt sich z. Z. eine Art Renaissance des Gräfenberg-Ringes aus körperaffinem Plastikmaterial, dessen Prüfung hierorts noch aussteht. Interessant ist zunächst die Frage, ob die Anwendung bei uns verboten ist, wie es in Wort und Schrift immer wieder behauptet wird. Der Vortragende hat dazu weder von der Ärztekammer, noch von der Justizbehörde, noch vom Gesundheitsministerium (und anderen Stellen) eine befriedigende Auskunft erhalten. Er folgert daraus, wie ihm

unter anderem von einem deutschen Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie bestätigt worden ist, daß diese Frage von den Ärzten selbst entschieden werden müßte. Es wird angezweifelt, daß intrauterine Verhütungsmittel Dauerabortiva seien, und der Klinik die Aufgabe zugesprochen, festzustellen, wie die intrauterinen Kontrazeptiva eigentlich wirken.

**Aussprache:** H. G e s e n i u s betont zunächst die weltweite Bedeutung des Problems der Geburtenregelung, und erwähnt in diesem Zusammenhang die Weltbevölkerungskonferenz von 1965 in Belgrad. Nicht nur viele Länderregierungen, sondern auch kirchliche Institutionen befassen sich heute mit der Kontrazeption. Durch die von S c h a e t z i n g genannten neuen Intrauterinpressare tritt das Problem der Kontrazeption in ein neues Stadium. G e s e n i u s hält die Gefahren heute für geringer, zumal wir über die Antibiotika verfügen, und Spreiz- und Stiftpressare kaum noch verwendet werden. Eine Versagerquote von 4% Schwangerschaften bei liegendem Pessar auf 100 Frauenjahre müsse man in Kauf nehmen; das Herausfallen oder Ausgestoßenwerden könnte durch etwas weniger elastisches Material verringert werden. Der Vorteil von Intrauterinpressaren ist an sich groß; geringe Kosten, keine Eingriffe ins endokrine System. Unerwünschte Erscheinungen sind: Blutungen und Schmerzen. Auch schwere Schädigungen dürfen nicht unerwähnt bleiben. Z i p p e r hat für Chile errechnet: Wenn alle 120 000 Chileninnen in fruchtbarem Alter mit IUCD versehen würden, müßten 232 Frauen im Jahr wegen Pelveoperitonitis hospitalisiert werden. In einem Jahr aber liegen 5110 Frauen wegen illegalem Abortus im Krankenhaus. Bei Nulliparae sollten möglichst keine Einlegungen stattfinden. Wie häufig in der Tat Intrauterinpressare heute Anwendung finden, zeigt der Bericht des Population Council New York (Excerpta Medica 1965, Nr. 86): Im Jahre 1964 bei etwa einer halben Million Frauen. Der Wirkungsmechanismus ist noch nicht geklärt. Versuche an Äffinnen von M a s t r o i a n n i und H o n g s a n a n d haben das aufsehenerregende Ergebnis gehabt, daß bei Tieren mit Intrauterinpressaren der Eitransport so rasch erfolgt, daß die Eizelle die Nidationsreife noch nicht erreicht hat, wenn sie den Uterus passiert. In diesem Zusammenhang weist G e s e n i u s auf die noch strittige Frage hin, wann das Leben eigentlich beginnt, im Augenblick der Befruchtung oder mit der Nidation. Beachtlicher Weise vertritt der englische Council of Churches letztere Ansicht. — G. H ö r m a n n weist darauf hin, daß es von theoretischem Interesse ist, ob Intrauterinpressare kontrazeptiv oder als Dauerabortiva wirken. Man sollte das Problem nicht hauptsächlich juristisch betrachten, sondern von ärztlicher Seite die eventuelle Schädlichkeit in den Vordergrund stellen. Es kann keinen Kunststoff geben, der von der Schleimhaut des Uterus grundsätzlich reaktionslos vertragen wird. Die Möglichkeit der Schädigung einzelner Frauen zugunsten eines allgemeinen Zieles kann nicht in Kauf genommen werden. — H. L a x : Die Frage nach der Unschädlichkeit eines intrauterinen Ringes läßt sich noch nicht eindeutig beantworten. In dem von G e s e n i u s angeführten Bericht sind noch weitere und zum Teil erhebliche Störungen angegeben worden: etwa 14 oder 15% Blutungen (aus dem Gedächtnis zitiert), ferner Dysmenorrhoe und Spontanausstoßungen. In der Klinik sieht man selbstverständlich eine negative Auswahl von Ringträgerinnen. Es werden einige Fälle der letzten Monate genannt, wo es zu schweren Blutungen mit Endometritis gekommen ist. Diese Kasuistik ist grundsätzlich nicht entscheidend, weil niemand weiß, wieviel derartige Ringe in Berlin gelegt werden. Wahrscheinlich ist die Zahl im Steigen begriffen. L a x stimmt mit S c h a e t z i n g darin überein, daß als Beginn der Schwangerschaft der Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei und Samenzelle festzusetzen ist und ist ebenfalls der Überzeugung, daß der Prozentsatz abortierter Frühschwangerschaften, d. h. der Abgang befruchteter Eizellen vor der Implantation, bisher nicht exakt bestimmt worden ist und nur äußerst schwer zu bestimmen sein wird. Solange der Prozentsatz von Störungen, durch Intrauterinpressare bedingt, so groß ist, können diese nicht empfohlen werden. In dieser Situation verdient die hormonale Kontrazeption den Vorzug. — W. P s c h y r e m b e l : Nach T i e t z e und L e w i t t (National Committee on maternal health, New York) treten bei 1,1 bis 5,5% der Trägerinnen der neuen Intrauterinpressare Schwangerschaften auf, in 14% der Fälle wurden die Pessare ausgestoßen. H a u s e r berichtet von dem 2. Internationalen Kongreß über intrauterine Kontrazeption, daß die Abortusfrequenz der Trägerinnen dieser neuen Pessare 50%, die Häufigkeit der Endometritis mit 15% angegeben wurde. — S c h a e t z i n g (S c h l u ß w o r t): Der Gedanke, daß die Schwangerschaft nicht mit

der Vereinigung von Ei und Samenzelle, sondern erst bei der Nidation beginnt, wäre für die Frage, ob Intrauterinpressare Dauerabortiva sind, wichtig. Biologisch betrachtet trifft das nicht zu.

**Hoffbauer, H. (UFK Berlin): Früherkennung und Behandlung fetaler Schädigung durch Rh-Unverträglichkeit.** Es werden zunächst die Methoden der pränatalen Diagnostik besprochen, und zwar im einzelnen: 1. Die Anamnese, die bei Kenntnis der Homo- und Heterozygotie des Ehemannes nur eine begrenzte Aussage gestattet. Eine Erstsensibilisierung führt im allgemeinen zu einer leichten Erkrankung, bei weiteren Schwangerschaften hängt das Schicksal des Kindes weitgehend von dem Erkrankungsgrad des vorangegangenen ab. 2. Das Verhalten der Antikörper hinsichtlich ihres ersten Auftretens und des Titerverlaufs, das bei stets gleichbleibender Technik ebenfalls nur eine begrenzte Aussage gestattet. 3. Serumbilirubin-, Harnurobilinogen-, Serumgonadotropin-Bestimmungen, Retikulozytenzählungen sowie das Röntgenbild ermöglichen die Erkennung eines Hydrops fetus, günstigenfalls eines prähydropischen Zustandes, und sind daher im Zusammenhang mit anderen diagnostischen Methoden verwertbar. Auf das sogenannte mütterliche Syndrom (Ödeme, gelegentlich in Verbindung mit toxischen Symptomen) wird hingewiesen. 4. Die Amnioskopie gestattet nur dann eine Aussage, wenn das Fruchtwasser intensiv gelb gefärbt oder mekoniumhaltig ist; schwache Gelbfärbungen, die von wesentlicher prognostischer Bedeutung sind, können in der Regel nicht erkannt werden. 5. Die Blutentnahme vom vorangehenden Kindesteil ist nur unter der Geburt oder kurz vorher, nach Sprengen der Fruchtblase, durchführbar. 6. Eine verhältnismäßig exakte Aussage ergibt die Untersuchung des Fruchtwassers, das entweder durch Bauchdeckenpunktion von der 24. Woche aufwärts oder durch Blasensprengung zum Zwecke der Geburtseinleitung gewonnen wird. Kennzeichnend sind folgende Merkmale: 1. Die Gelbfärbung, welche stets auf ein mittelschwer erkranktes Kind hinweist, 2. der im Papintest nachweisbare Antikörpergehalt, der — wie an einer größeren Untersuchungsreihe gezeigt werden kann — eine gute Korrelation zum Schweregrad der kindlichen Erkrankung aufweist, 3. die spektrophotometrische Untersuchung, die bei erkrankten Kindern einen Gipfel zwischen 410 und 460 m $\mu$  erkennen läßt. Auf Fehlerquellen — insbesondere durch Blut- oder Mekoniumbeimengung — wird hingewiesen. Die Amniozentese sollte nach Möglichkeit eingeschränkt werden, da sie nicht immer harmlos ist. Zwar sind Verletzungen des Kindes sehr selten, jedoch wird häufiger die Plazenta anpunktiert, was zu fetomaternalen Blutübertritten und damit zu einer Verstärkung der Sensibilisierung führen kann. Weiterhin werden die Methoden der pränatalen Therapie erörtert, wobei die von Freda und Mitarb. durchgeführten intrauterinen Austauschtransfusionen und die von Liley und zahlreichen anderen Autoren durchgeführten Blutübertragungen in die fetale Bauchhöhle erwähnt werden. In diesem Zusammenhang wird ein eigener Fall mitgeteilt, bei dem eine neue Methodik zur Anwendung kam:

Es handelte sich um eine 29jährige IV. Grav. mit homozygotem Ehemann; die beiden vorangegangenen Schwangerschaften hatten mit intrauterinem Fruchttod geendet. Nachdem die schwere Erkrankung des Kindes mit Hilfe der entsprechenden Methoden einwandfrei festgestellt war, wurde mit Hilfe eines eigens für diese Zwecke konstruierten Fetoskops eine intrauterine Transfusion von 110 bis 120 cm<sup>3</sup> gruppengleichen Rh-negativen Erythrozytensedimentes in die fetale Bauchhöhle durchgeführt. 36 Stunden nach dem Eingriff kam es zu einem spontanen Blasensprung; am darauffolgenden Tage wurde wegen unregelmäßiger Wehentätigkeit eine Schnittentbindung vorgenommen. Das schwer erkrankte, stark hydropische Kind erhielt zwei Austauschtransfusionen. Es starb aber 25 Stunden nach der Geburt. Bei der Obduktion wurde neben einer schweren Erythroblastose eine intrakranielle Blutung festgestellt, welche die wahrscheinliche Todesursache war. Das transfundierte Blut war völlig resorbiert, etwa 30% des kindlichen Blutes bestand aus dem übertragenen adulten Blut.

**Aussprache:** E. Saling: Die von Ihnen gezogene Grenze zum pathologischen Hämoglobingehalt bei 16 g% trifft nicht zu, da nach unseren Untersuchungen beim Fetus unter der Geburt und auch nach früheren Untersuchungen von Oehlert im Nabelschnurblut der normale Hämoglobingehalt 16 g% beträgt. Die vorhin erwähnten Fehlbeurteilungen des Fruchtwassers bei der Amnioskopie führe ich auf Ihr Instrumentarium und die dadurch abweichende Technik zurück. Bei der Betrachtung des Fruchtwassers mit dem von Ihnen und Carsten entwickelten