

Die vorher bestehenden dysmenorrhöischen Beschwerden traten nach der Strassmannschen Operation nicht mehr auf.

Skutsch (Leipzig) wirft die Frage auf, ob bei der Strassmannschen Operation es von Wichtigkeit sei, daß die Schleimhaut exakt aneinander gebracht werde. Durch die Technik des Kaiserschnittes sei man gewohnt, durch die Tiefennaht die Muskulatur miteinander zu verbinden, aber dabei die Schleimhaut nicht zu fassen. Früher habe man gelernt, die Schleimhaut mitzufassen, das hat sich bewährt.

Döderlein (Jena) weist daraufhin, daß die Diskussion gezeigt habe, daß die Erfahrungen mit der Strassmannschen Operation größer seien, als leider aus der Literatur hervorgehe. Er glaubt, daß bisher nicht mehr als 60 Fälle in der Literatur beschrieben seien. Er sei aber davon überzeugt, daß Hunderte und Aberhunderte davon gemacht wurden. Er glaubt auch, daß die Methode sich lohnt. Doch dürfte die Indikationsstellung nicht zu weit getrieben werden, und vor allem solle man nicht gleich bei jeder Dysmenorrhoe oder bei habituellem Abort eine Strassmannsche Operation durchführen. Er selbst hat von 3 Fällen, die er operiert hat, 2 entbunden. Bei der Entbindung selbst wird man gut tun, die Austreibungszeit abzukürzen. Die Plazentalösung wird nur dann schwierig sein, wenn nicht ganz primäre Heilung erfolgt ist.

Im Schlußwort weist **Küstner** darauf hin, daß die Operationsmethode eine bestimmt lohnende ist und daß vor allem höchster Wert auf die sorgfältige Vereinigung der Uterushälften und des Endometriums zu legen ist.

Noack (Leipzig): **Das Schicksal der abgelehnten Schwangerschaftsunterbrechungen bei medizinischer und sozialer Indikation.**

Nach Ansicht des Vortragenden ist es eine dringende Aufgabe des Arztes, die gesetzlich genehmigten Schwangerschaftsunterbrechungen weiter zu diskutieren. Seit 2¼ Jahren besteht in Sachsen eine gesetzliche Grundlage zur Interruption aus sozialer Indikation. Es wird als sehr wesentliches Ergebnis betrachtet, daß der Abtreibung damit die »Mitleidsindikation« entzogen wurde. Der entsprechende Paragraph im Gesetz besagt im wesentlichen: Die Unterbrechung bleibt straffrei, wenn sie mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommen wird, weil die sozialen Verhältnisse der Schwangeren oder ihrer Familie bei einem Austragen des Kindes eine ernste, sich auf die Gesundheit auswirkende Gefährdung für Mutter und Kind erwarten lassen und dieser Notlage durch soziale und andere Maßnahmen nicht ausreichend abgeholfen werden kann. Der Wortlaut des Gesetzes trägt also die Tendenz in sich, seine Anwendung mit Besserung der sozialen Lage immer seltener werden zu lassen. Die Erfahrung zeigte allerdings, daß die Gutachterstellen dies noch nicht genügend berücksichtigen. Es muß daher gefordert werden, daß 1. die Gutachter sich streng an das Gesetz halten, 2. für entsprechende soziale Maßnahmen ausreichende Mittel zu Gebote stehen, und 3. die mit der Unterbrechung beauftragte Klinik nur einwandfrei im Gesetz vorgesehene Unterbrechungen durchführt. Zwar stellen die Schwangerschaftsunterbrechungen bevölkerungspolitisch gesehen noch keine wesentliche Gefahr für den Bestand unseres Volkes dar. Dies sind unter anderem viel mehr die Fehlgeburten, die schätzungsweise das Neunfache der Interruptionen betragen. Aber der Kampf um die Einschränkung der bisher

noch steigenden Zahl der Unterbrechungen lohnt sich doch, wie die Untersuchung bei 289 abgelehnten Schwangerschaftsunterbrechungen zeigt. Von diesen Frauen haben 53% ihre zunächst unerwünschte Schwangerschaft ausgetragen. Bei den abgelehnten medizinischen Indikationen waren es sogar 61%. Es ist, wie aus verschiedenen Gründen angenommen wird, bei den jetzt noch genehmigten Fällen damit zu rechnen, daß etwa die Hälfte nicht zur Fehlgeburt gekommen wäre. Ein Grund mehr, daß die Gutachter streng beim Buchstaben des Gesetzes bleiben. Die besten Aussichten auf Austragung einer Schwangerschaft nach Ablehnung bieten die Verheirateten und die Erstgebärenden. Die Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung ist also in nicht streng indizierten Fällen zu fordern, wenn auch nicht aus wesentlichen bevölkerungspolitischen Gründen, so doch deshalb, weil jeder Mensch das schlichte Recht hat, geboren zu werden.

Aussprache:

Vogt (Zwickau) fordert, daß für jede medizinische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung eine klinische Beobachtung unter Mitwirkung des Geburtshelfers, der die Schwangerschaftsunterbrechung vornimmt, befürwortet werden soll. Die letzte Entscheidung sollte immer der Arzt haben, der mit der Schwangerschaftsunterbrechung beauftragt wird und damit auch die Verantwortung dafür übernehmen muß.

Bauereisen (Magdeburg) steht auf dem Standpunkt, daß ein Arzt aus sozialer Indikation eine Schwangerschaft nicht unterbrechen darf, sondern nur aus medizinischer Indikation, die vorher in der Klinik genauestens untersucht werden muß. In Magdeburg besteht die Möglichkeit und, soviel dem Diskussionsredner bekannt ist, auch in vielen anderen Städten der DDR, daß bei schwerer sozialer Notlage die Innere Mission eingreift. Wenn das Kind dann ausgetragen ist, wird es von der Inneren Mission übernommen und kann dort solange gelassen werden, solange es die Kindesmutter wünscht.

Küstner (Weißenfels) hält die Einschaltung eines Frauenarztes in die Kommission für notwendig. Desgleichen sollte großer Wert darauf gelegt werden, daß in der Kommission eine Ärztin sitzt, die die Belange der Frau besser beurteilen kann. Er hält es jedoch nicht für empfehlenswert, wenn nachträglich Einspruch erhoben wird gegen ein bereits von der Kommission gefälltes Urteil.

Döderlein (Jena) fordert ebenfalls, daß in der Kommission eine Frau sitzt, die über Kenntnisse der Hilfe der Kirche, Sozialpolitik usw. verfügt. Vor allem muß die Hilfe bereits vor dem Urteil der Kommission merklich eingreifen, denn erfahrungsgemäß treten Frauen mit einer genehmigten Schwangerschaftsunterbrechung von dieser gegebenen Erlaubnis nicht mehr zurück.

Meumann (Naumburg) erwähnt ebenfalls, daß er gute Erfahrungen mit der Inneren Mission gemacht hat, führt aber auch verschiedene Fälle auf, wie viele Frauen trotz genehmigter Schwangerschaftsunterbrechung keinen Gebrauch davon gemacht haben und froh und dankbar waren, wenn sie ihr Kind nach aufklärenden Worten durch den Arzt, vor allem in bezug auf die Gefahren, die die Unterbrechung mit sich bringt, austragen durften.

Kraatz (Halle) sieht das Entscheidende in diesen ganzen Fällen, daß wir Ärzte unser Mitleid den Frauen nicht versagen dürfen, daß wir aber auch einen klaren Kopf und die allgemeinen Folgen im Auge behalten müssen. Und dazu gehört, daß wir uns zur Objektivität und Wahrheit erziehen. Wenn eine Regierung ein Gesetz erlassen will, sind wir verpflichtet, sie zu beraten. Wenn das Gesetz rechtskräftig geworden ist, ihm zu folgen. Aber wir sind nicht berechtigt, unehrlich zu werden und da, wo soziale Indikation nicht existiert, medizinische vorzutauschen, um das Ziel zu erreichen. Es geht der Kampf um das Wohl aller Frauen. Vor allem ist es wichtig, daß wir mithelfen, alle sozialen Stellen aufzufinden, die in der Lage sind, das Los solcher Frauen zu erleichtern und gewillt sind, mitzuhelfen.

Im Schlußwort glaubt **Noack**, daß es entscheidend ist, daß wir an dem bestehenden Gesetz in absehbarer Zeit nichts ändern können, daß aber das Gesetz so gefaßt ist, daß man mit ihm die Schwangerschaftsunterbrechung eindämmen kann.

Schulz (Quedlinburg): Todesursache — Simonartsches Band. Ein Beitrag zur Frage der Amnionrupturen.

Es wird die Frühgeburt eines mazerierten Kindes mitgeteilt, die nach isolierter Amnionruptur und nach Bildung eines Simonartschen Bandes durch eine Nabelschnurumschlingung um das Band herum zustande kam. In Erweiterung der bisher bekannten praktischen Bedeutung dieser quer durch die Eihöhle verlaufenden Bänder wird darauf hingewiesen, daß sie offenbar auch recht günstige Auffangbedingungen abgeben können für das Entstehen von Nabelschnurumschlingungen im Sellheimschen Sinne.

Aussprache:

Vogt (Zwickau) berichtet in Ergänzung über einen ähnlichen Fall. Es handelte sich um eine Fehlgeburt im 4. Monat bei einer Mehrgebärenden, bei welcher ein langes Simonartsches Band nicht nur zu einer vielfachen Torsion der Nabelschnur, sondern gleichzeitig durch eine Verwachsung mit dem Kopf des Feten zu einer Enzephalozele am Stirnhirn geführt hatte. Frucht und Nachgeburt wurden gleichzeitig geboren. Diese Beobachtung zeigt die Richtigkeit der Annahme von **Sellheim**, daß die Simonartschen Bänder sich bereits in den frühen Monaten der Schwangerschaft entwickeln können und dann zum Tode der Frucht oder zu Mißbildungen führen.

Haffner (Weißenfels): Der Einfluß der physikalischen Behandlungsmethoden bei gynäkologischen Erkrankungen auf das weiße Blutbild.

Nach kurzem einleitendem Eingehen auf die bisher über dieses Thema erschienene wesentliche Literatur wird an je 35 Fällen die Einwirkung des kalten Rotlichtes und der Ultrakurzwellen auf das weiße Blutbild bei gynäkologischen Erkrankungen untersucht. Es wird ein deutliches Ansteigen der Leukozytenwerte und der Monozyten festgestellt. Unverändert bleiben die Lymphozytenzahlen, und nur wenig ändern sich die Segmentkernigen. Diese von den Ergebnissen der Voruntersucher abweichenden Befunde werden durch neueste Erkenntnisse der Hämatologie zu erklären versucht. Die Tatsachen, daß das kalte Rotlicht und die Ultrakurzwellen völlig übereinstimmende Blutwerte ergeben, wird dahingehend ausgewertet, daß doch in der heutigen Zeit das