

SCHRIFTEN DER GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER  
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU MÜNSTER

48

HERMANN GOECKE

GESTALTWANDEL  
IN DER GYNÄKOLOGIE  
UND GEBURTSHILFE  
IN DEN  
LETZTEN 35 JAHREN



VERLAG ASCHENDORFF  
MÜNSTER WESTF. 1962

1962 T 245

*Anläßlich der Rektoratsübergabe am 9. November 1961*



© Aschendorff, Münster Westfalen, 1962 · Printed in Germany

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks,  
der fotomechanischen und tontechnischen Wiedergabe  
und die der Übersetzung, vorbehalten.

Aschendorffsche Buchdruckerei, Münster Westf., 1962

Hochansehnliche Festversammlung,  
meine Damen und Herren!

Die ersten Worte nach der feierlichen Einführung in das Amt des Rektors unserer Universität sollen Worte des Dankes sein, des Dankes an meine Herren Kollegen, deren Vertrauen mir dieses ehren- und verantwortungsvolle Amt übertragen hat. Ich darf versichern, daß es mein Bemühen sein wird, alles in meinen Kräften Stehende zu tun, um das von meinen Vorgängern Begonnene mit Verantwortungsbewußtsein und Freude fortzuführen, um Ruf und Ansehen unserer Alma mater zu mehren.

Es ist mir sodann ein tief empfundenenes, inneres Bedürfnis, in dieser Stunde meiner akademischen Lehrer Josef Bürgers (Bakteriologie), Albert Dietrich, Herbert Siegmund (Pathologie), Heinrich Füh, Peter Esch und Werner Bickenbach (Geburtshilfe und Gynäkologie) zu gedenken. Sie haben mein Interesse an der wissenschaftlichen Arbeit nicht nur geweckt, sondern in langen Jahren immer wieder gefördert und mir damit den Weg gewiesen, der letztlich die Voraussetzung gewesen ist, daß ich heute hier an dieser Stelle stehe.

Ihnen, sehr verehrter Herr Prorektor Professor Kötting, den Dank der gesamten Universität für Ihre Tätigkeit im verflossenen Amtsjahr aussprechen zu dürfen, ist mir eine große Freude, aber auch ein echtes Anliegen. Sie haben in unermüdlicher, selbstloser und erfolgreicher Arbeit die Geschicke unserer Alma mater ge-

lenkt mit einem bewundernswerten Gefühl für das Wesentliche und Wichtige im Leben unserer Universität und ohne den heute manchmal allzu deutlich werdenden Wunsch für Experimente, der oft nur der Sucht nach etwas Neuem um jeden Preis entspringt. Das soll aber nicht heißen, daß Sie sich den berechtigten Notwendigkeiten neuer Formen gegenüber, die die Gegenwart erfordert, verschlossen hätten. Sie haben, so meine ich, stets versucht, althergebracht Bewährtes und Gutes mit den Erfordernissen der heutigen Zeit in eine sinnvolle Symbiose zu bringen. Wer Gelegenheit gehabt hat, Ihnen in Ihrer Arbeit als Rektor zu begegnen, wird wohl, wie ich, es als wahrhaft beglückend empfunden haben, daß Sie bei all Ihrem Tun das Persönliche und Menschliche so stark betont und sich trotz aller Würde eines Rektors Ihre fröhliche Art und den Sinn für einen köstlichen Humor erhalten haben, um den man Sie beneiden kann.

Wenn ich in dieser festlichen Stunde an Sie, Herr Prorektor, eine Bitte aussprechen darf, so ist es die, mir, Ihrem Amtsnachfolger, der zugleich Kliniker ist, Ihre tatkräftige Hilfe nicht zu versagen. Nur dann wird es mir möglich sein, die Ämter als Klinikleiter und als Rektor so zu führen, daß beide Teile zu ihrem Recht kommen.

Überblickt man als Kliniker eine fast 35jährige Tätigkeit in seinem Fache, so ist es schon sehr reizvoll, im Rahmen des Festvortrages bei der Einführung als Rektor aufzuzeigen, welchen Gestaltwandel Gynäkologie und Geburtshilfe in diesem Zeitabschnitt erfahren haben. Gegenüber anderen medizinischen Disziplinen

dürfte eine solche Fragestellung in der Frauenheilkunde deshalb besonders interessant sein, weil unser Fach in stärkerem Maße auf den physiologischen zyklischen Vorgängen des weiblichen Organismus aufbaut. Außerdem stellen manche Frauenkrankheiten Abirrungen und Entgleisungen von den normalen Vorgängen der Vorbereitung auf eine Schwangerschaft oder der Erfüllung an den weiblichen Geschlechtsorganen dar, wie es von Mikulicz-Radecki formuliert hat. Gestaltwandel gynäkologischer Krankheitsbilder könnte daher auch beruhen auf einem Gestaltwandel menschlichen Lebens. Das erscheint in der Tat gelegentlich der Fall zu sein. Ein Gestaltwandel kann andererseits aber auch darauf beruhen, daß sich unsere Kenntnisse in ätiologischer oder diagnostischer Beziehung ebenso verbessert haben, wie unsere therapeutischen Möglichkeiten. Der eine Grund mag den anderen nicht selten verdecken. In der Gesamtbetrachtung und Wertung des Gestaltwandels in der Gynäkologie und Geburtshilfe ergibt sich ein vielfarbiges Bild, aus dem im Rahmen meines Vortrages nur einzelne, besonders hervorstechende und wichtige Punkte besprochen werden können.

In die Zeit meiner Assistentenjahre an der Kölner Frauenklinik fällt als besonders beeindruckendes Ereignis die Entdeckung von Aschheim und Zondek im Jahre 1927, daß die Diagnose einer jungen Schwangerschaft aus dem Urin im biologischen Tierversuch an der Maus mit 99 % Sicherheit möglich ist. Mit dieser Reaktion wurde gleichsam ein alter Wunschtraum der Menschheit erfüllt, mittels einer einfachen Methode eine Frühschwangerschaft diagnostizieren zu können. Der ihr anhaftende, vermeintliche Nachteil, daß für die Ab-

lesung des Ergebnisses eine knappe Woche erforderlich ist, führte in der Folgezeit zu zahlreichen Bemühungen, die Versuchsdauer abzukürzen. Wenn man von einem rein wissenschaftlichen Interesse absieht, wie derartige physiologische Vorgänge möglicherweise beschleunigt werden können, so sehe ich für den Kliniker hierin kein echtes Bedürfnis. Es kommt nämlich in der Regel bei der Diagnose einer Frühschwangerschaft auf einen Zeitgewinn von wenigen Tagen gar nicht an. In diesen Bemühungen sehe ich vielmehr ein Zeichen unserer Zeit, in der alles nicht schnell genug gehen kann. Erst recht will es mir ärztlich nicht richtig scheinen, die Methode etwa generell an Stelle einer Diagnose durch den klinischen Befund und den Verlauf zu verwenden. Mit dieser Bemerkung wird die wissenschaftliche Bedeutung der Entdeckung von Aschheim und Zondek in keiner Weise geschmälert, zumal in Zweifelsfällen und bei besonderen anderen Gegebenheiten auf die Methode nicht verzichtet werden kann.

Während die im Eierstock ablaufenden Vorgänge, die bekanntlich in der Eireifung, dem Eibläschensprung und der Gelbkörperbildung bestehen, schon länger bekannt und in ihrer Wichtigkeit für die Fortpflanzung richtig gesehen waren, führten die im ersten Weltkrieg von Robert Schröder begonnenen und in den zwanziger und dreißiger Jahren fortgesetzten morphologischen Studien an der Gebärmutter Schleimhaut zu völlig neuen Erkenntnissen. Schröder hatte zeigen können, daß auch in ihr rhythmische Veränderungen innerhalb eines monatlichen Zyklus ablaufen, die von der Ovarialfunktion abhängig sind und mit ihr parallel gehen. Sie bieten histologisch für jeden bestimmten Zeitpunkt des

Zyklus charakteristische Bilder, die einen bindenden Schluß auf den jeweiligen Funktionszustand der Keimdrüsen gestatten. Die in diesen gebildeten Hormone wurden für die Schleimhautveränderungen verantwortlich gemacht. Kein Schleimhautwachstum ohne Follikelhormon, keine Sekretionsbildung in den Drüsen ohne Gelbkörperhormon!

Die Richtigkeit dieser Annahme konnte durch Carl Kaufmann bestätigt werden, als es ihm gelang, bei einer kastrierten Frau durch künstliche Zufuhr der beiden Keimdrüsenhormone die gleichen Schleimhautbilder in der Gebärmutter zu erzeugen, wie sie Schröder für den normalen Zyklus beschrieben hatte. Durch diese fundamentalen Forschungsergebnisse wurde nunmehr auch die Bewertung der monatlichen Regelblutung ins rechte Licht gerückt. Während früher in ihr das Wesentliche im zyklischen Geschehen erblickt worden war — deshalb verständlich, weil die Blutung nach außen sichtbar ist — stellt sie in Wirklichkeit nur das Ende eines Funktionsvorganges dar, der, 4 Wochen vorher beginnend, sein eigentliches Ziel, der Vorbereitung für eine Schwangerschaft zu dienen, nicht erreicht hat. Wahrlich ein bedeutender Wandel in der Auffassung über das physiologische Geschehen der Generationsvorgänge!

Darüber hinaus hatte Schröder erkannt, daß den Keimdrüsen neben der generativen Funktion auch eine vegetative zukommt. Er verstand darunter die spezifische Wirkung des in den wachsenden Follikeln gebildeten Hormons auf die Genitalorgane und auf die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale, des Körperbaues und seiner Formen, der Stimme und der Psyche. In

Auswertung der von Aschheim und Zondek bei der Entdeckung ihrer Reaktion im biologischen Tierversuch gewonnenen Erkenntnisse ergab sich für die Funktion der Keimdrüsen ihre Abhängigkeit vom Hypophysenvorderlappen und seiner Hormonbildung.

Die bisher aufgezeigten und den Gynäkologen zunächst am meisten interessierenden Forschungsergebnisse waren der Beginn einer Fülle weiterer Untersuchungen, durch welche die gesamte Endokrinologie einen ungeahnten Aufschwung genommen hat. Dabei wurde erkannt, daß die verschiedenen endokrinen Drüsen und ihre Tätigkeit nicht nebeneinander wirken, sondern sich durch ihre Hormone gegenseitig fördernd oder hemmend beeinflussen. Sie bilden, um mit Ferdinand Hoff zu sprechen, einen Funktionskreis, der sowohl vom Vegetativum wie von der Umwelt beeinflußt wird. In ihrer Gesamtheit stellen diese Vorgänge einen komplizierten und feinreagierenden Mechanismus dar, in dem vielfältige, über verschiedene Wege ablaufende Reize Störungen setzen können.

So wichtig diese Erkenntnisse schon für das Verständnis des physiologischen, zyklischen Geschehens sind, gewinnen sie erst recht an Bedeutung für die Klärung pathologischer Erscheinungen. Sie bestehen in Änderungen der Regelwiederkehr oder im Auftreten azyklischer Blutungen. Schröder hat uns gelehrt, wie im einzelnen Falle analysiert werden kann und muß, um zu einer exakten Diagnose zu kommen. Daß hierbei der morphologische Befund der Gebärmutter Schleimhaut nicht unberücksichtigt bleiben darf, ist eine nicht zu bestreitende Tatsache. Wir sind heute in der Lage, derartige Tempestörungen oder gynäkologische Blu-

tungen durch Hormone erfolgreich beeinflussen zu können, nachdem es allerdings zuvor der pharmazeutischen Industrie gelungen ist, diese in wirksamer Form herzustellen. Was das bedeutet, kann eigentlich nur der in vollem Umfange ermessen, welcher selbst noch die Zeit miterlebt hat, in der hierfür praktisch nur die teilweise oder vollständige Entfernung der Gebärmutter oder der Eierstöcke zur Verfügung stand. Operationen, die bei jungen Mädchen oder Frauen im geschlechtsreifen Alter einen verstümmelnden Eingriff bedeuteten.

Die durch den gewaltigen Aufschwung der Hormonforschung gewonnenen Erkenntnisse haben freilich zeitweilig zu einer Überbewertung der Bedeutung der Hormone für die zyklischen Vorgänge als auch für krankhafte Zustände geführt. Erst nach und nach wurde klar, daß hierbei auch psychische Faktoren, Umwelteinflüsse, Allgemeinerkrankungen und schließlich das Vegetativum berücksichtigt werden müssen. Auf die Abhängigkeit zahlreicher krankhafter Veränderungen im generativen und vegetativen Geschehen von der Psyche haben Erwin Kehler und August Mayer frühzeitig und immer wieder aufmerksam gemacht. Wenn diese Dinge so schwer mit unseren bis dahin gültigen Vorstellungen über das pathogenetische Geschehen ganz allgemein in Einklang zu bringen waren, so lag dies zweifellos darin begründet, daß unsere Kenntnisse vom morphologischen Aufbau des vegetativen Nervensystems als Vermittler für solche Abläufe reichlich lückenhaft waren. Hier haben die Untersuchungen über die Endausbreitung des vegetativen Nervensystems durch Boeke, Philipp Stöhr, Sunder-

Platzmann, um nur einige zu nennen, bahnbrechend gewirkt.

Erst durch sie wurden auch die Gedankengänge der Relationspathologie von Ricker verständlicher, in der er das „neurale“ Prinzip zum Leitmotiv der Krankheitslehre machte. Es ist für unsere Betrachtungen unwesentlich, ob das Primat dieses Prinzips aufrecht erhalten werden kann oder nicht. Für das Verständnis vieler vegetativer Erscheinungen, besonders solcher auf dem Hintergrund übergeordneter Durchblutungsstörungen hat es sich nach meiner Meinung zumindest als fruchtbar erwiesen. Wir selbst halten sie für die Ursache der so häufigen funktionellen Beschwerden, wie Unterleibs- und Kreuzschmerzen, Blutungen oder Fluor. Sie stellen daher nach unseren Erfahrungen für die sog. Neuraltherapie auch ein besonders dankbares und erfolgreiches Anwendungsgebiet dar. Gelingt es hierdurch doch, die Frauen von ihren oft jahrelang bestehenden und mit anderen Methoden nur wenig beeinflussbaren Beschwerden zu befreien und sie dadurch vor unnötigen Operationen zu bewahren.

Ein vollkommen verändertes Bild hat sich in den letzten 15 Jahren bei den entzündlichen gynäkologischen Erkrankungen ergeben. Wegen der Doppelfunktion des Genitales als vegetativer und generativer Organeinheit ist die Verbesserung in der Therapie von unspezifischen und spezifischen Entzündungen, wie z. B. Gonorrhoe und Tuberkulose, als zweifacher Erfolg zu bewerten.

Geht es doch bei der Behandlung entzündlicher Genitalerkrankungen nicht nur um die Bekämpfung des Krankheitsherdes, sondern vor allem um die früher unver-

meidbaren Folgen einer bleibenden Sterilität durch Vernarbung und Verschwielung des Gewebes der Eileiter. So hat sich weniger durch verbesserte Methoden in der Diagnostik, als vielmehr durch die schlagartig einsetzende Wirksamkeit der antibiotischen Medikamente ein erheblicher Gestaltwandel im Ablauf der früher so gefürchteten Genitalentzündungen ergeben. Es gelingt heute in der Mehrzahl, die Ausbreitung dieser Entzündungen weitgehend einzuschränken und —, was mir ebenso wichtig erscheint — durch rechtzeitige antibiotische Therapie eine irreversible Zerstörung der Eileitertransportfähigkeit und damit der drohenden Sterilität vorzubeugen.

Die Bekämpfung des Krebses an den Genitalorganen der Frau hat ebenfalls in den letzten 30 Jahren einen besonders augenfälligen Wandel durchgemacht. Wenn sich heute ganz allgemein sagen läßt, daß von den an Krebs erkrankten Frauen bei weitem mehr von ihrem Leiden geheilt werden können als früher, so sind hierfür verschiedene Gründe verantwortlich zu machen.

Die großen radikalen Operationen beim Gebärmutterkrebs haben gegenüber früher keine wesentliche Ausweitung erfahren. Die manuelle Geschicklichkeit in ihrer Durchführung prägt zwar heute wie früher den guten oder mittelmäßigen Operateur, aber die operative Technik steht für uns nicht mehr im Mittelpunkt unseres Strebens und Forschens, wie dereinst, sondern ist eine selbstverständliche Forderung und Voraussetzung jeder soliden operativen Arbeit. Wenn sich trotzdem die Heilungserfolge erheblich verbessern konnten, so müssen wir mit aller Bescheidenheit als Operateure

zugeben, daß diese nicht in der Durchführung der Operation als solcher ihre Ursache haben.

Hierfür sind vielmehr die Verbesserung der Narkoseverfahren ebenso verantwortlich wie die Vermeidung von postoperativen Todesfällen an Infektion durch die Anwendung von Sulfonamiden und Antibiotika. Auch das früher meist fatalistisch hingenommene „Operationsgespenst“ des akuten Herzversagens ist heute wirkungsvoll zu bekämpfen, ja zu vermeiden, seit wir gelernt haben, daß es auf der Verminderung der zirkulierenden Blutmenge beruht. Infolgedessen werden Blutverluste schon während der Operation durch eine Transfusion oder Infusion von Blutersatzmitteln ausgeglichen. Die Berücksichtigung des Mineralstoffwechsels, die weitgehende Prophylaxe von Thrombose und Embolie durch Medikamente als auch durch eine gymnastische Vor- und Nachbehandlung der Kranken, verbunden mit dem Frühaufstehen nach der Operation sind weitere, entscheidend wichtige Faktoren.

Bei der Strahlenbehandlung des Krebses haben neue Erkenntnisse über die biologische Strahlenwirkung, sowie die Fortschritte der apparativen Technik zu einer kaum für möglich gehaltenen Verbesserung der Heilungsergebnisse geführt. Die in jüngster Zeit hinzugekommene Anwendung schneller Elektronen, des Kobalts und der radioaktiven Substanzen läßt eine weitere Steigerung der Erfolge erwarten.

Indessen gilt heute wie früher, daß die Heilungsaussichten um so größer sind, je weniger ausgedehnt der Krankheitsprozeß bei Beginn der Behandlung ist. Daher muß es ein Hauptanliegen der Krebsbekämpfung sein, krebsige Veränderungen schon im frühesten Sta-

dium zu erkennen. Das ist heute weitgehend möglich. Mit der Kolposkopie nach Hinselmann gelingt es, die Stelle des häufigsten Sitzes eines Gebärmutterkrebses am Muttermund in 10- bis 20facher Vergrößerung sichtbar zu machen. Hierdurch können nicht nur Kleinstkarzinome, die dem bloßen Auge entgehen, erkannt, sondern sogar Veränderungen gefunden werden, aus denen sich nach der Erfahrung ein Krebs im Laufe der Zeit entwickeln kann.

Die Zellabstrichuntersuchung nach Papanicolaou aus Vagina und Zervix zeigt bei der gesunden Frau so typische Bilder, die nicht nur die jeweilige Zyklusphase, sondern auch mangelnde oder überreichliche Hormonbildung erkennen lassen. Das Vorliegen eines Krebses ergibt sich als Verdacht, und zwar nur als Verdacht aus dem Vorhandensein bestimmter pathologischer Zellformen.

Beide Methoden sind für die Krebsfährtsuche unentbehrlich, die endgültige Diagnose Krebs kann aber heute wie früher nur durch die histologische Untersuchung gestellt werden. Es leuchtet ein, daß die Möglichkeiten der Krebsfrüherkennung nur dann voll ausgenutzt werden können, wenn die Frauen mit krebsverdächtigen Erscheinungen den Arzt so bald als möglich aufsuchen. Das Optimum für die Früherfassung stellen zweifellos ein- bis zweimal im Jahr durchgeführte Vorsichtsuntersuchungen in gesunden Tagen dar. Freilich stoßen gerade diese in der Gynäkologie aus verständlichen Gründen auf Schwierigkeiten, so daß ihre Durchführung auf breitester Basis bisher nur unvollständig erreicht werden konnte und auch wohl erreicht werden wird. Da, wie die Erfahrung lehrt, die

Mehrzahl der Frauen um diese Dinge wenig oder gar nichts weiß, kann hier nur eine planmäßige, verständnisvolle Volksaufklärung weiterhelfen.

Vom Jahre 1930 an hat mein Lehrer Esch diese Volksaufklärung in unserem Raume, unterstützt durch den Westfälischen Verein für Krebs- und Lupusbekämpfung, aufgenommen. Sie ist in der Folgezeit von seiner Klinik mit gleicher Intensität betrieben worden. Ihre Erfolge sind unverkennbar und lassen sich zahlenmäßig an eigenen Untersuchungen eindeutig belegen.

Wenn von manchen gegen eine immer wieder betriebene Volksaufklärung angeführt wird, sie könne eine Krebspsychose zur Folge haben, so ist dieser Einwand nach unserer Meinung nicht berechtigt. Frauen mit einer echten Krebspsychose hat es zu allen Zeiten gegeben und wird es immer geben, da es sich hierbei um psychisch Kranke handelt. Wird dagegen durch die Volksaufklärung bei den Frauen eine gewisse Besorgnis hervorgerufen, so bedeutet dies keinen Nachteil, sondern eher einen Vorteil im Sinne der oben gemachten Ausführungen.

Abschließend läßt sich, zumindestens für den am häufigsten vorkommenden Gebärmutterkrebs feststellen, daß die Zahl der Todesfälle im Abnehmen begriffen ist als Folge der Früherfassung, Früherkennung und der besseren Behandlungsmöglichkeiten. Wenn die medikamentöse Behandlung des Krebses mit Cytostatika, die mit dem Namen Domagk verbunden ist, auch beim Menschen möglich sein wird, was zu hoffen steht, dürfte eine entscheidende Steigerung der Heilungserfolge zu erwarten sein.

Im Zusammenhang mit der Krebsbekämpfung muß noch eines Ereignisses gedacht werden, daß zwar nicht rein ärztliche Belange betrifft, dafür aber in verwaltungsmäßiger Hinsicht einmalig ist. Ich meine die 1956 erfolgte Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen“, deren Träger die gesamten Renten- und Krankenversicherungen sind. Sie übernimmt alle Kosten, die bei der Behandlung eines Krebses entstehen, unbeschadet ihrer Höhe, sowie die Kosten für die sich anschließende Nachkur. Darüber hinaus entfällt die Aussteuerung der Kranken. Die Bedeutung dieser Regelung kann nicht genügend hoch eingeschätzt werden; sie ist später in anderen Bundesländern mit Anerkennung für diese Tat aufgegriffen worden. Es ist mir deshalb bei dieser Gelegenheit ein besonderes Anliegen, dem Initiator dieses Gedankens und gleichzeitig tatkräftigsten Förderer seiner Verwirklichung, Herrn Direktor Dr. med. h. c. Schultze-Rhonhof, aufrichtigen Dank zu sagen.

Für die Geburtshilfe ergibt sich zwangsläufig eine Dreiteilung des Stoffes aus den Abschnitten Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Das Verständnis für die physiologischen Umstellungen im mütterlichen Organismus ist auf dem Gebiete des Stoffwechsels, des Mineral- und Wasserhaushaltes, der Herz- und Kreislaufverhältnisse, der Nierenfunktion, sowie der Hormonwirkungen vertieft und gefördert worden.

Auf der einen Seite sehen wir deshalb heute in der Schwangerschaft noch stärker als früher einen normalen Vorgang, der allerdings mit den Worten von Robert Schröder einen besonderen Leistungsanspruch

an die Frau bedeutet. Andererseits haben diese Erkenntnisse uns das Entstehen krankhafter Zustände in der Schwangerschaft und durch die Schwangerschaft leichter verstehen gelehrt und Wege gezeigt, sie zu bekämpfen oder sogar zu verhindern.

Deshalb ist auch die Schwangeren-Vor- und -Fürsorge heute mehr denn früher ein wichtiger Teil der allgemein an Bedeutung zunehmenden vorbeugenden Gesundheitsführung. Trotz intensiver Bemühungen in den letzten 20 Jahren sind wir von einer systematischen Betreuung aller werdenden Mütter noch weit entfernt, denn auch heute noch werden 40 % der Schwangeren nur ungenügend oder gar nicht betreut.

Hier spielt fraglos die weitgehende Unkenntnis der Frauen um die Wichtigkeit einer regelmäßigen Untersuchung in der Schwangerschaft eine wesentliche Rolle, aber auch andere Faktoren, wie z. B. die Schwierigkeit für eine werdende Mutter mit einer größeren Familie, den Arzt überhaupt aufsuchen zu können. Trotzdem zeichnen sich in letzter Zeit gerade in unserem Lande Ansätze ab, die mit den Worten Mütterschulung, Aufklärungsvorträge vor den Frauen, Mütterpaß u. ä. angedeutet werden sollen. Die Bemühungen finden unter der Führung von Herrn Ministerialdirigenten Dr. Studt die tatkräftige Unterstützung des Innenministeriums, des Parlaments und der Regierung unseres Landes, sowie der karitativen Einrichtungen beider Kirchen. Allen Stellen sei dafür besonders gedankt.

Einen wichtigen Fortschritt bedeutet zweifellos die in größerem Umfang betriebene Vorbereitung der Mütter auf die Geburt, um ihnen die Angst vor dieser Stunde zu nehmen. Nach Read führt Angst zur Verkrampfung,

die verstärkt die Schmerzen, welche wiederum die Angst erhöhen. Es entsteht so ein *Circulus vitiosus*, der durchbrochen werden muß. Daß hierfür heute wirksamere Medikamente als früher zur Verfügung stehen, sei nur am Rande erwähnt. Wesentlicher und wirksamer ist jedoch die psychische Führung der Frau und die Schwangerengymnastik mit ihren Entspannungs- und Lockerungsübungen. Der Erfolg derartiger Vorbereitungsmaßnahmen zeigt sich meist in einem ruhigen und richtigen Verhalten unter der Geburt, was eine Beschleunigung und Erleichterung des Geburtsvorganges zur Folge hat.

An dieser Stelle sei mir eine Bemerkung zu dem Read'schen Buch „*Childbirth without fear*“ gestattet. Der Autor hat damit richtig „Geburt ohne Furcht“ gemeint. Der deutsche Übersetzungstext „Geburt ohne Schmerzen“ ist irreführend und überdies unzutreffend.

In besonderer Weise hat sich in der Geburtshilfe ein Wandel in der Auffassung über die Bedeutung von Krankheiten *cum* und *e graviditate* vollzogen. In der ersten Gruppe kommt zu einem Grundleiden, wie einer Blutkrankheit, einem Diabetes, einer Tuberkulose oder einem Herzfehler eine Schwangerschaft hinzu. Während früher z. B. einer Perniciosakranken oder einer Diabetikerin die Mutterschaft mit wenigen Ausnahmen versagt blieb, sind heute als Folge der wesentlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ungestörte Schwangerschaften keine Seltenheit mehr.

Im Gegensatz zu der früher allgemein gültigen Meinung, eine tuberkulosekranke Schwangere könne erst durch eine *Interruptio* behandlungsfähig werden, ist

heute bewiesen, daß sie in der gleichen Weise und mit den gleichen Mitteln und Methoden behandelt werden kann, die auch sonst allgemein Anwendung finden. Selbst die große Thoraxchirurgie macht hiervon keine Ausnahme. Die Behandlung einer Tuberkulose in der Schwangerschaft sollte allerdings in einer Heilstätte erfolgen und, um zu günstigen Ergebnissen zu kommen, über Geburt und Wochenbett hinaus auch dort fortgesetzt werden.

Die Voraussetzungen hierfür wurden 1932 von meinem Lehrer Esch und dem damaligen Leiter der Lungenheilstätte Hoheneimberg bei Brilon-Wald, Dr. Kösters, durch Einrichtung einer Entbindungsabteilung geschaffen. Sie war die erste ihrer Art und hat in der Folgezeit vielerorts als Beispiel gedient. Bereits 1949 konnten wir an einem damals einmalig großen Zahlenmaterial von fast 2000 tuberkulosekranken Schwangeren feststellen, daß die Schwangerschaft unter entsprechender Behandlung ausgetragen werden kann, ohne dabei ein häufigeres Auftreten von Verschlechterungen befürchten zu müssen. Bei der Erfassung der Unterlagen für diese Zusammenstellung hat uns damals Herr Medizinaldirektor Dr. Johnen in dankenswerter Weise hilfsbereit und tatkräftig unterstützt.

Unter den Erkrankungen e graviditate nehmen die Schwangerschaftstoxikosen einen breiten Raum ein. Als ihre schwerste Form ist die Eklampsie anzusehen, die im Volke als „Nierenkrämpfe“ bekannt ist. Wenn ihre Häufigkeit und Letalität in den beiden letzten Jahrzehnten in den großen Kliniken zweifelsfrei abgenommen hat, so ist das die Folge der elementaren Erkenntnisse von Zangemeister, daß der Eklampsie er-

kennbare, behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Vorstadien vorausgehen. Es kommt hinzu, daß unsere Vorstellungen vom pathogenetischen Geschehen bei diesen Krankheitsformen eine wesentliche Aufhellung ebenso erfahren haben, wie die Art ihrer erfolgreichen Behandlung mit diätetischen Maßnahmen, neuen Medikamenten und schließlich auch mit Anwendung der künstlichen Niere. So war es möglich, die Letalität der Mütter mit einer Eklampsie an der eigenen Klinik von rund 10 % auf fast 0 zu senken.

Wenn diese Feststellung sich jedoch nicht verallgemeinern läßt, so deshalb, weil die meisten Frauen um den Wert einer vorsorglichen Betreuung in der Schwangerschaft zu wenig wissen. Infolgedessen stehen die Todesfälle an einer Toxikose in den Länderstatistiken immer noch an erster Stelle. Bei allen Bemühungen um eine Senkung der Müttersterblichkeit kann hier ein Hebel angesetzt werden.

Was nun die Geburt selbst betrifft, so haben sich in den letzten 3 Dezennien für den Mechanismus des Geburtsvorganges, dessen genaue Kenntnis wir Hugo Sellheim verdanken, keine wesentlich neuen Gesichtspunkte ergeben. Einige Komplikationen unter der Geburt spielen heute im Gegensatz zu früher nur noch eine unbedeutende Rolle. Ich denke hierbei in erster Linie an das durch eine Rachitis verengte Becken. Als Folge der weitgehend durchgeführten Rachitisprophylaxe kommen erhebliche Beckenverengerungen mit ihren Gefahren für den normalen Geburtsverlauf kaum noch vor. Beim funktionell verengten Becken infolge eines Mißverhältnisses zwischen Größe des Kopfes und Beckenraum bedeutet die röntgenologische Beckenmessung und Be-

urteilung der vorliegenden Verhältnisse einen erheblichen Fortschritt. Es wird dadurch möglich, gegebenenfalls die abwartende Geburtsleitung frühzeitiger zugunsten eines Kaiserschnittes aufzugeben.

Bei einem Vergleich zwischen der Geburtsleitung heute und früher ist vielfach eine zunehmende, wir mir scheint, nicht immer begründete Aktivität zu bemerken. Sie zeigt sich in einer steil in die Höhe kletternden Kurve der Kaiserschnittsfrequenz, während andererseits die vaginalen Entbindungsmethoden relativ abnehmen. Es macht sich eine Übersteigerung der chirurgischen Einstellung geltend, die die elementaren Grundsätze der geburtshilflichen Kunst zu verlassen droht.

August Mayer hat mit Recht gesagt, einen Kaiserschnitt zu machen, d. h., ihn technisch durchführen zu können, ist keine Kunst, wohl aber ist es eine Kunst, ihn unter Umständen zu vermeiden. Nicht einer übertriebenen Erweiterung seiner Anwendung darf das Wort geredet werden, sondern nur eine wohlbedachte Anpassung an die Fortschritte der Medizin sollte dabei maßgebend sein, wobei die Gefahren der vaginalen Operationsmethoden, unter Berücksichtigung der sie veranlassenden Komplikationen gegenüber denen bei einer Kaiserschnittsentbindung abgewogen werden müssen. Wenn es immer wieder heißt, der Kaiserschnitt sei gegenüber früher weit weniger gefährlich geworden und könne deshalb bedenkenlos schon bei zu erwartenden oder geringfügigen Komplikationen Anwendung finden, so enthält diese Auffassung einen schwerwiegenden Trugschluß. Es soll und kann nicht bestritten werden, daß die Kaiserschnittsletalität, ausschlaggebend durch den Rückgang der postoperativen Infektionen, gesenkt werden

konnte. Aber diese Feststellung trifft auch in gleichem Maße für die vaginalen Entbindungsverfahren zu, die überdies in ihrem postpartalem Verlauf wesentlich seltener durch schwere und lebensgefährliche Komplikationen bedroht sind.

Trotz aller Erfolge, die wir bei der Sectio caesarea aufzuweisen haben, ist sie auch heute noch die gefährlichste aller operativen geburtshilflichen Eingriffe. Darüber dürfen uns auch Statistiken, die über eine Letalität von 0,5% und weniger berichten, nicht hinweg täuschen. Die natürliche Geburt auf natürlichem Wege muß das Bestreben des Geburtshelfers sein und diese Kunst zu erlernen und zu lehren unsere oberste Pflicht.

Der Verlauf des Wochenbettes ist heute gegenüber früher durch die Seltenheit von Kindbettfiebererkrankungen ausgezeichnet. Wer die ärztliche Ohnmacht gegen dieses frühere Schreckgespenst vieler Geburten aus eigenem Erleben kennt, wird die wissenschaftliche Großtat, die den Erfolgen der Sulfonamid- und Antibiotika-Therapie zugrunde liegt, erst richtig bewerten.

Erfolge und Mißerfolge in der Geburtshilfe finden ihren sichtbaren Ausdruck in der perinatalen Sterblichkeit der Kinder und Mütter. Nicht nur die Statistiken einzelner Kliniken, sondern auch die großen Landesstatistiken lassen den Fortschritt in den letzten 30 Jahren eindeutig erkennen. Die perinatale Sterblichkeit der Neugeborenen bis zum 10. Lebenstag ist in der Bundesrepublik von rund 5% im Jahre 1930 auf 2,1% im Jahre 1960 abgesunken. Das Erreichte wird noch eindrucksvoller, wenn man berücksichtigt, daß bei den Todesfällen der Hauptanteil zu Lasten der Frühgeburten geht, deren Gesamtzahl im gleichen Zeitraum aber

beträchtlich angestiegen ist. Die Senkung der Letalität beruht auf einer Abnahme der Neugeborenensterblichkeit als Folge einer verbesserten Geburtsleitung ebenso wie auf den günstigeren Aufzuchtmöglichkeiten der Frühgeburten.

Weiter muß in diesem Zusammenhang die Auffindung des Rh-Faktors durch Wiener und Landsteiner im Jahre 1940 erwähnt werden, der bei Unverträglichkeitserscheinungen im Blut zwischen Mutter und Kind das wiederholte Absterben der Leibesfrucht und die angeborene, meist tödliche Gelbsucht der Neugeborenen erklärt. Während vor dieser Entdeckung 80 % und mehr erythroblastotischer Neugeborener starben, gelingt es heute durch Einleitung der Geburt vor dem Termin und frühzeitigem Blutaustausch beim Kind die gleiche Zahl am Leben zu erhalten.

Für die Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett läßt sich gleichfalls ein fallender Trend beobachten. Während im Jahre 1930 in Deutschland von rund 10 000 Müttern 52 starben, betrug diese Zahl 1960 nur noch 11. Auf die verschiedenen Gründe hierfür ist im Voraufgegangenen hingewiesen worden.

In den letzten Jahren ergab sich aus Veröffentlichungen in der allgemeinen Presse der Eindruck, die Müttersterblichkeit sei in der Bundesrepublik, verglichen mit anderen Ländern, besonders hoch. Ich kann hier auf Einzelheiten nicht eingehen, sondern möchte mich auf den Hinweis beschränken, daß es noch nicht feststeht, ob die Statistik der Bundesrepublik mit Kollektiven anderer Länder vergleichbar ist. Hierzu werden noch eingehende Untersuchungen erforderlich sein. Da über-

dies bei der Müttersterblichkeit nicht nur ärztliche, sondern soziologische, sozial-medizinische und berufspolitische Gesichtspunkte von Bedeutung sind, ist die Klärung der Ursachen erschwert.

In diesem Zusammenhang sei kurz noch auf folgendes hingewiesen. Die zunehmende Zahl berufstätiger Frauen in den letzten 15 bis 20 Jahren bedeutet einen Wandel ihrer Lebensweise, der als Ursache für mancherlei Störungen in Betracht gezogen werden muß, von denen ich im Rahmen dieses Vortrages indessen nur einige, mir wichtig erscheinende, andeuten kann.

Mit dem Begriff „Gesundheitsstörungen“ müssen hierbei nicht nur echte Krankheiten oder die Auswirkungen körperlicher Überbelastung verstanden, sondern auch alle seelischen und vegetativ nervösen Erscheinungen einbezogen werden. Gerade diese stehen nach unseren Erfahrungen der Häufigkeit nach heute an erster Stelle. Schließlich gehören zu diesem Begriff auch indirekte Einflüsse, wie die auf die Fruchtbarkeit, auf den Schwangerschaftsverlauf, auf das Gedeihen des Kindes u. ä. Am stärksten betroffen von diesen Gesundheitsstörungen sind infolge der Doppelbelastung fraglos Mütter, die gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Immerhin pflegen diese den notwendigen Arztgang in die Zeit ihrer Berufstätigkeit zu legen. Bei den nicht erwerbstätigen Müttern mit mehreren kleinen Kindern, zumal wenn sie keine Hilfe haben, sind die Verhältnisse dadurch besonders ungünstig, weil sie bei Auftreten von Krankheitserscheinungen effektiv nicht genügend Zeit finden, den Arzt aufzusuchen.

Die Lösung des angeschnittenen Problems ist fraglos schwierig, da auf die Mitarbeit der Frau im Berufs-

leben heute nicht mehr verzichtet und das Rad der Entwicklung nicht zurückgedreht werden kann. Das soll aber keineswegs bedeuten, einem Lösungsversuch gegenüber zu resignieren.

Als Letztes sei noch der Fortschritt auf dem Gebiete der Kinderlosigkeit in der Ehe erwähnt. Die in den zwanziger Jahren entwickelten Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Eileiterdurchgängigkeit und zur röntgenologischen Darstellung von Uterus und Tuben sind in der Diagnostik der Ursachen der weiblichen Sterilität heute unentbehrlich geworden.

Die intensive Beschäftigung mit ihr, die besonders in den Jahren nach 1933 aus überwiegend bevölkerungspolitischen Gründen eingesetzt hat, ließ sodann erkennen, daß aus der Vielzahl der Sterilitätsursachen sich vier große Gruppen herauschälen, von denen entzündliche Veränderungen im Bereich der Genitalorgane, wie auch hormonelle Störungen bei weitem an der Spitze stehen. Die Behandlungsergebnisse bei diesen beiden Ursachengruppen sind gegenüber früher wesentlich besser geworden, was zweifelsfrei die Folge einer gezielten Anwendung von Antibiotika und der Verabfolgung wirksamer Hormonpräparate ist.

Neu hinzugekommen sind Operationsverfahren, die der Herstellung normaler anatomischer Verhältnisse bei Vorliegen von Fehlbildungen der Gebärmutter oder der Beseitigung eines Eileiterverschlusses dienen. Für eine weitere Gruppe von kinderlosen Frauen, die zwar konzipieren, aber immer wieder Fehl- oder Frühgeburten erleben, bieten neue, verhältnismäßig einfach durchzuführende Operationsverfahren in der Gravidität eine

wahrhaft segensreiche Hilfe, da die Schwangerschaft alsdann in einem hohen Prozentsatz ausgetragen wird. Es mag vielleicht manchen erstaunen, einige sogar befremden, über Kinderlosigkeit zu sprechen in einem Zeitalter, wo Probleme der Übervölkerung, Geburtenregelung und hungerleidender Menschen diskutiert werden. Ganz abgesehen davon, daß hiermit nur am Rande ärztliche Fragen angesprochen werden, ist, wie es Albert Döderlein einmal formuliert hat, der Wunsch des Menschen, das eigene Ich in seiner Nachkommenschaft fortgepflanzt zu sehen, so tief in ihm verwurzelt, daß auch alle wirtschaftlichen Nöte und die Umwertung vieler sittlicher Begriffe in weiten Kreisen der Bevölkerung daran nicht viel zu ändern vermögen. Außerdem wird, so weit man die Kulturgeschichte der Menschheit überblickt, die Kinderlosigkeit in der Ehe nicht nur als ein Unglück angesehen, sondern meist auch der Frau zum Vorwurf gemacht, so daß bei ihr gegenüber ihren glücklicheren Geschlechtsgenossinnen ein Gefühl der Minderwertigkeit aufkommt. Hierzu, erst recht aber nicht zu der Vorstellung einer Schuld, hat die Frau freilich keinen Anlaß, da sich die Ursachen für eine kinderlose Ehe zu einem Drittel auf die Frau, einem Drittel auf den Mann und zu einem weiteren Drittel auf beide oder keinen von beiden verteilen. Diese Erkenntnis ist das Ergebnis an rund 3000 selbst untersuchten und behandelten sterilen Ehen. Wenn ich abschließend alles Gesagte zusammenfasse, so hoffe ich, deutlich gemacht zu haben, daß ein Gestaltwandel der Geburtshilfe und Gynäkologie in den letzten, von mir selbst erlebten 35 Jahren sich unverkennbar vollzogen hat. Die Gründe hierfür sind ver-

schiedenartig und beruhen sicher nicht auf einem größeren Können der heutigen Ärztegeneration. Mit aller Bescheidenheit sollte bei einem Vergleich mit früheren Zeiten bedacht werden, wie anders und schwieriger die Ausgangssituation für unsere Vorgänger in mancher Beziehung gewesen ist.

Geburtshilfe und Gynäkologie lassen während des genannten Zeitraumes als wichtigste Erscheinung die zunehmende Abkehr von der reinen „Organgynäkologie“ erkennen. Diese hat ihr fraglos ausgangs des vorigen und im Beginn dieses Jahrhunderts nicht nur weitgehend das Gepräge gegeben, sondern auch große Erfolge durch die chirurgische Ära gebracht. Wenn dafür funktionelles Denken und Betrachten auch in unserem Fache weitgehend in den Vordergrund getreten sind, so verdanken wir dies der praktischen Anwendung von Erkenntnissen und Methoden, die uns die moderne Physiologie, Pathophysiologie und physiologische Chemie, Innere Medizin und viele andere geschenkt und zur Verfügung gestellt haben.

Der verstorbene, berühmte Marburger Chirurg Rudolf Klapp schrieb schon vor Jahrzehnten: „Nur wer biologisch denkt, kann darauf rechnen, fortschrittliche Bahnen zu gehen und bleibende Güter zu sammeln“. Dieses prophetische Wort hat heute seine glänzende Bestätigung gefunden und wird noch lange Zeit Gültigkeit haben. Vergessen wir aber über allen Fortschritten, besonders in unserem an neuen ungeahnten Er-rungenschaften so reichen technischen Zeitalter in unserem Verhältnis zu den uns anvertrauten Kranken nicht die ewig gültigen Werte echten, menschlichen und mitfühlenden Arzttums.