

Brachtel, Zur zahlenmäßigen Erfassung des kriminellen Abortes

des früheren Narkotiseurs tritt der Plauderer, Arzt oder Schwester. Die Kranke muß in ihrem Interessengebiet unterhalten werden, was bei Kaiserschnitten besonders leicht gelingt, weil hier immer eine Fülle Stoff vorliegt, Aussehen, Geschlecht, Gewicht und Namen des Kindes, Benachrichtigung der Angehörigen und vieles andere. So sind diese Frauen oft sehr erstaunt, daß alles »schon« vorbei ist, auch wenn sie 40 Minuten auf dem Operationstisch lagen.

Um die bei Kaiserschnitten nicht seltenen Verluste an Embolie zu verhüten, lasse ich seit Anfang 1936 wie alle anderen Operierten auch die Frauen nach Sectio vom Operationstisch aufstehen und einige Schritte gehen. Dieses Sofortaufstehen habe ich bis zum 31. XII. 1938 an 106 Frauen nach der Sectio erprobt und nie davon einen Schaden gesehen. Wundschmerz ist um diese Zeit infolge der örtlichen Betäubung noch nicht vorhanden. Narbenbrüche sah ich trotz der frühen Narbenbelastung keine, wohl infolge der Bruchsicherheit des Querschnittes. Am Nachmittag des Operationstages, sowie an den folgenden Tagen müssen die Frauen wieder aufstehen und gehen. Oft ist für diese Gehübungen in den beiden ersten Tagen Dilaudid nötig, vom 3. Tag an kommt man mit Cibalgin aus. Stellt man die Lebenssicherheit über vorübergehende Ängste und Schmerzen, dann wird das Sofortaufstehen zur Selbstverständlichkeit.

Die 205 Kaiserschnitte wurden von insgesamt 5 Operateuren ausgeführt, und zwar 44 von Assistenten, 161 von mir. Der operative Lehrbetrieb hat natürlich seine Gefahren, die sich aber weitgehend vermeiden lassen. Sein wichtigster Vorteil für die Klinik ist die Erfahrungstatsache, daß ein Assistent 10mal geschickter assistiert, wenn er eine Operation selbst schon ausgeführt hat, als wenn er immer nur am gleichen Platz stand.

Zusammenfassung

Durch vorsichtige Erweiterung der Kaiserschnittindikation können die kindlichen Geburtsverluste wesentlich vermindert werden.

205 Kaiserschnitte wurden ohne mütterlichen Todesfall ausgeführt. Die Sectiofrequenz betrug dabei 5,8%. Wichtig für den Ausgang des Kaiserschnittes ist:

- 1) Ausschluß aller infizierten, sowie aller vaginal anoperierten oder vaginal untersuchten Fälle vom Kaiserschnitt,
- 2) Vermeidung aller Alkaloide sowie aller zentral angreifenden Betäubungsverfahren,
- 3) ausschließliche Operation in örtlicher Betäubung,
- 4) querer Bauchdeckenschnitt, querer bogenförmiger Uterusschnitt,
- 5) sofortiges Aufstehen vom Operationstisch und tägliches Gehen vom 1. Tag an.

Aus der Deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag

Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus

Zur zahlenmäßigen Erfassung des kriminellen Abortes

Von A. Brachtel

Mit 2 Abbildungen

Der Großteil aller Fehlgeburten gehört erfahrungsgemäß in die Rubrik des kriminellen Abortes. Seine Häufigkeit und damit die Bedeutung seiner Erfassung ergibt sich am klarsten aus der großen Zahl der in Krankenhäusern und Kliniken zur Behandlung gelangenden Abortusfälle. Wenn auch diese Zahl keinen genauen Anhaltspunkt für die tatsächliche Frequenz der Fehlgeburten bildet, erlaubt sie

doch gewisse Schlüsse auf das zahlenmäßige Vorkommen der verschiedenen Abortusarten, hauptsächlich also wieder des kriminellen Abortes.

So waren unter den 42164 Pat. der deutschen Frauenklinik zu Prag in den letzten 18 Jahren 11298 Fehlgeburten¹. Wie die folgende Aufstellung (Tabelle I) zeigt, machen diese 11298 Abortusfälle durchschnittlich 27% aller aufgenommenen Frauen aus. Im übrigen verteilt sich die Zahl der Fälle auf die einzelnen Jahre wie folgt:

In dieser Zeit hat sich, wie man sieht, die Zahl der jährlich aufgenommenen Frauen verdoppelt. Die Zahl der Fehlgeburten hat wohl um ungefähr 10% abgenommen, macht aber auch in den letzten Jahren noch immer fast ein Viertel aller

Tabelle I

| Jahr | Zahl der Aufnahmen | Davon Aborte | In % |
|------|--------------------|--------------|------|
| 1920 | 1324 | 396 | 30 |
| 1921 | 1789 | 568 | 32 |
| 1922 | 1657 | 500 | 30 |
| 1923 | 1794 | 581 | 32 |
| 1924 | 1884 | 555 | 29 |
| 1925 | 2093 | 668 | 32 |
| 1926 | 2162 | 646 | 30 |
| 1927 | 2355 | 693 | 29 |
| 1928 | 2454 | 712 | 29 |
| 1929 | 2318 | 769 | 33 |
| 1930 | 2384 | 724 | 30 |
| 1931 | 2480 | 640 | 26 |
| 1932 | 2813 | 668 | 24 |
| 1933 | 3020 | 694 | 23 |
| 1934 | 3375 | 726 | 23 |
| 1935 | 2677 | 600 | 22 |
| 1936 | 2808 | 518 | 19 |
| 1937 | 2777 | 640 | 23 |
| | 42164 | 11298 | 27 |

Fälle aus. Während in den autoritären Staaten die Fehlgeburtenkontrolle (in Deutschland besteht die Meldepflicht des Abortus seit dem 25. VIII. 1935, in Italien seit 1919) und andere zweckmäßige Maßnahmen ein starkes Sinken der jährlichen Fehlgeburtenziffer bewirkt hat, ist diese Zahl bei uns nicht kleiner geworden.

Dabei nehmen die meisten Autoren mit Recht an, daß höchstens jeder zweite oder dritte Abortus in Anstaltsbehandlung gelangt. Ein noch höheres Verhältnis findet Magid für Rußland, da er feststellt, daß ins Krankenhaus nur jeder zweite spontane und nur jeder sechste eingeleitete Abort kommt.

Wie große Statistiken ergeben, liegt die Mortalität des Abortes zwischen 1—2%. Daher ist der Ausfall meist junger und gebärtüchtiger Frauen einer der erschreckendsten Folgen der Abtreibung, da es ja wieder fast nur kriminell eingeleitete Fehlgeburten sind, die einen tödlichen Ausgang nehmen.

¹ Diese Zahlen beziehen sich nur auf das Material der gynäkologischen Abteilung der Frauenklinik, wo Fehlgeburten bis zum VI. Monat aufgenommen werden. Ältere Fehl- bzw. Frühgeburten werden wegen der räumlichen Trennung von gynäkologischer und geburtshilflicher Klinik immer der letzteren zugewiesen und sind daher in obigen Zahlen nicht enthalten.

Brachtel, Zur zahlenmäßigen Erfassung des kriminellen Abortes

So werden für Nordamerika jährlich 700000—1000000 Fehlgeburten angenommen, von denen 15000 letal enden (Watkins). In Frankreich starben (nach Vachet) vor dem Weltkrieg etwa 25000 Frauen im Jahr nach Abortus, nach dem Kriege wurde diese Zahl bedeutend größer. In Deutschland lagen bis zum Jahre 1933 die Verhältnisse ähnlich, wurden doch in den Jahren 1930—1932 jährlich rund 600000 Fehlgeburten gezählt (Fecht). Nach einer neueren Zusammenstellung aus Hamburg (Bofinger) ist allerdings die Zahl der Fehlgeburten im Jahre 1935 nur noch halb so groß, während die der ärztlich indizierten Schwangerschaftsunterbrechungen von 10% auf 2,2% fiel. Der genannte Autor — Vertrauensarzt einer großen Hamburger Krankenkasse — kommt dann zu dem Ergebnis, daß durch

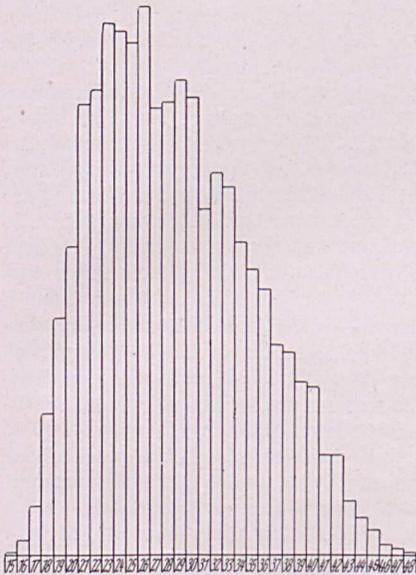


Abb. 1

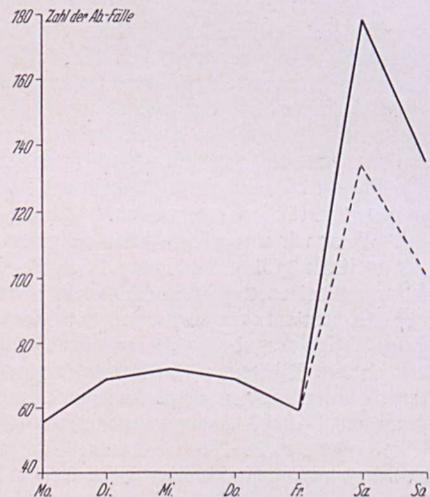


Abb. 2

die Abnahme der Fehlgeburten und die Zunahme normaler Entbindungen die sogenannte »Mindestzahl« spontaner Fehlgeburten — nach Stoeckel 1 Abortus auf 6 Geburten — rechnerisch erreicht sei, doch sei immer noch ein Großteil der Aborte absichtlich herbeigeführt.

Von großer sozialpolitischer und auch geburtshilflicher Bedeutung ist weiter die Tatsache, daß gerade junge Frauen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr am häufigsten abortieren. Wir finden diese Gruppe der Frauen in unserem Material in 60%. Die Abb. 1 gibt nun ein Bild über das Lebensalter der seit 1920 an unserer Klinik behandelten 11298 Abortfälle.

Nach den aus fast 60000 Schwangerschaften von Kolb an unserer Klinik berechneten Fertilitätskurven, liegt der Gipfel der weiblichen Fruchtbarkeit im 23. Lebensjahr. Nun weist unsere Kurve — nach einem relativ raschen Anstieg — einen Gipfel auf, der dem 23. Lebensjahr entspricht. Frauen im fertilsten Lebensalter haben also auch die meisten Fehlgeburten. Nach einem kurzen Abfall folgt aber im 26. Lebensjahr ein neuerlicher Höhepunkt der Kurve. Da in unserer Zusammenstellung verheiratete Frauen ungleich häufiger abortieren als ledige (für

1937 z. B. 3,6:1), führen wir diesen zweiten Gipfel darauf zurück, daß die meist nach dem 20. Lebensjahr heiratenden Frauen nach ein oder zwei Entbindungen ihre Kinderzahl beschränken wollen und daher weitere Schwangerschaften künstlich unterbrechen lassen. Andererseits dürfte auch der durch den Weltkrieg bedingte Ausfall an Frauen zwischen 20 und 25 Jahren als Mitursache anzusprechen sein.

Der durch die vorzeitige Unterbrechung von Schwangerschaften entstehende »primäre« Geburtenausfall ist aber nicht das allein Beklagenswerte am Abortusproblem. Es mehren sich in letzter Zeit die Stimmen, die vor den Folgezuständen nach Fehlgeburten warnen. Die Erfahrungen russischer Autoren gelegentlich der seinerzeitigen Legalisierung des Abortus in SSSR. sprechen auch in diesem Sinne (Kakuschkin, Magid u. a.). Diese Abortfolgen sind hauptsächlich:

1) Sterilität, 2) Menstruationsstörungen, 3) psychosexuelle Störungen, 4) geburtshilfliche Komplikationen.

Sterilität kommt besonders nach febrilen Aborten bis zu 40% vor. Dabei gefährdet die Verheimlichung des vorehelichen Abortes die spätere Fortpflanzungsfähigkeit ganz besonders (G. K. F. Schultze). Weiter finden sich nach Fehlgeburten öfters alle möglichen Störungen der mensuellen Blutung und des Zyklus, in 16% kommt es (nach Kakuschkin) zu Frigidität, und falls bei Frauen, die mehrere Fehlgeburten durchgemacht haben, doch eine weitere Schwangerschaft eintritt, können Eklampsie (A. Mayer), Atonie, vorzeitiger Blasensprung, Placenta praevia und Wochenbettfieber den Verlauf derselben weit häufiger als unter normalen Umständen erschweren.

Wenn wir uns auch — wie eingangs betont — der Tatsache bewußt sind, daß der weitaus größte Teil aller Fehlgeburten krimineller Natur ist, so gelingt uns doch nur selten der Nachweis des verbotenen Eingriffes. Wie groß also der wirkliche Prozentsatz eingeleiteter Aborte ist, läßt sich nur annähernd vermuten. Wirklich richtige Angaben sind von den Frauen fast nie zu erhalten und man ist mehr auf andere Zeichen, wie Art des Beginnes, fieberhafter Verlauf, Art der Blutung und Schmerzen, Ausschluß anderer Ursachen und Deutung der mehr oder weniger plumpen Verschleierungsmanöver der Kranken angewiesen.

So hält z. B. Nürnberger 60% aller Fehlgeburten für provoziert, Montgomery nennt (für USA.) 65%, Stiglbauer bis 90%, ebenso Brandstrup und Westmann 90%, indes Liepmann sogar 99% aller Aborte für bewußt in Gang gebracht hielt. Wir haben nun die Abortusfälle des Jahres 1937 auf diesen Faktor hin untersucht und fanden unter 640 Fehlgeburten

52 oder 8,3% sicher kriminelle
 30 oder 4,7% sicher nicht kriminelle und
 558 oder 87% fraglich kriminelle Fälle

Diese 87% fraglichen Fälle haben wir wieder näher zu analysieren versucht. Die üblichen Angaben der Frauen nach der vermutlichen Ursache des Fehlgeburteintrittes sind in diesen Fällen nicht zu verwerten. Meist wird ja jeder innere Eingriff einfach negiert. Bei der Befragung der Frauen nach dem zeitlichen Beginn der Beschwerden wird aber immer ohne Bedenken der richtige Wochentag oder das Datum genannt, da sie diese Frage für bedeutungslos und unverfänglich halten. Sucht man aber zu dem jeweiligen Datum des Abortbeginnes den entsprechenden Tag der Woche heraus, dann findet man, daß die überwiegende Mehrzahl aller Fehlgeburten an einem Samstag oder Sonntag (oder dementsprechend an einem Vorfertag bzw. Feiertag) ihren Anfang nimmt. Die Abb. 2 zeigt mit überraschender Deutlichkeit — nach einem ziemlich gleichmäßigen Verlauf von Montag bis Freitag — ein ganz steiles Ansteigen zum Wochenende.

Froewis, Über einen Fall von gleichzeitiger doppelseitiger Tubenschwangerschaft

Der gestrichelte Teil der Linie bezeichnet den Verlauf für Samstag und Sonntage allein, während die volle Linie bei den Zeichen *Sa* die Samstage und Vorfeiertage, bei *So* die Sonntage und Feiertage registriert. Stichproben aus anderen Jahren haben uns die Regelmäßigkeit dieser Erscheinung bestätigt.

Welch große Zeitdifferenz oft zwischen dem Beginn der Fehlgeburten und dem Aufnahmestag besteht, sahen wir in unseren Fällen, wo die Frauen am häufigsten (nämlich in 47%) am 3. und 4. Tag eingeliefert wurden. Kaum 12% kam am Tage des Abortbeginns und 9% sogar nach mehr als 10 Tagen zur Aufnahme.

Wie gering die von den meisten Frauen zu erhaltende Angabe zu bewerten ist, daß ein Trauma — wie Fall, Stoß, Unfall, schweres Heben und Tragen usw. — die Ursache der Fehlgeburt sei, wissen wir aus den einschlägigen Arbeiten von Hüsey, A. Mayer, Martius u. a.

Im ganzen schätzen wir — unter Verwertung der obengenannten Zahlen, der üblichen Symptome und Anhaltspunkte, wie auch des eben geschilderten Wochenendabortes — die Zahl der mit Absicht eingeleiteten Fehlgeburten in unserem Material auf 85–90%.

Wenn aus unseren Untersuchungen hervorgeht, daß die meisten Frauen, die ihre Schwangerschaft unterbrechen wollen, meist Wochenend und Feiertage zur Ausführung dieses Vorhabens wählen, so können wir das gut verstehen. Besteht doch der größte Teil unserer Abortusfälle aus berufstätigen Frauen, Arbeiterinnen, Verkäuferinnen und Hausangestellten, die nur zu dieser Zeit die Möglichkeit haben, unauffällig und ohne Unterbrechung ihrer Tätigkeit diesen Eingriff vornehmen zu lassen. Außerdem haben sie während der freien Tage ihrer Ansicht nach genug Zeit zur Erholung und können eventuell zu Beginn der Woche wieder ihrer Beschäftigung nachgehen.

Da diese Art der Fehlgeburten aber so häufig ist und über ihre kriminelle Ätiologie meist nicht der geringste Zweifel besteht, halten wir ihre Feststellung für notwendig. Wir werden daher künftig bei der Beurteilung einer Fehlgeburt auch nach dem Zusammenfallen ihres Beginnes mit Samstagen und Feiertagen forschen und das Ergebnis dieser Befragung als Kriterium für oder gegen die Diagnose »krimineller« Abort mitberücksichtigen.

Schrifttum

Bofinger, Vertrauensarzt u. Krankenk. 14 (1934). — K. Fecht, Dtsch. Ärztl. 1935, 6. — P. Hüsey, Mschr. Geburtsh. 1938, 1; Der Geb.-gynäk. Sachverständige. Bern 1934. — N. Kakuschkin, Zbl. Gynäk. 1934, 2793. — O. Kolb, Münch. med. Wschr. 1938, Nr 14. — H. Martius, Mschr. Unfallheilk. 45 (1938). — A. Mayer, Weibl. Geschlechtsorgane u. Unfall. Stuttgart 1934; Zbl. Gynäk. 1932, 2753. — G. K. F. Schultze, Zbl. Gynäk. 1938, 2194. — R. Stiglbauer, Wien. klin. Wschr. 1934, 323. — R. Watkins, Amer. J. Obstetr. 26 (1933).

Aus der Landes-Frauenklinik Salzburg. Vorstand: Prof. Dr. O. Nebesky

Über einen Fall von gleichzeitiger doppelseitiger Tubenschwangerschaft

Von Assistent Dr. J. Froewis

Bei Durchsicht des mir zur Verfügung stehenden Schrifttums wird von S. Siegler (Brooklyn) 1935 von nur 28 Fällen dieser seltenen Komplikation berichtet, während O. Hoehne im Handbuch von Halban-Seitz 1928 ebenfalls über 28 Fälle, sowie von 5 Fällen »in neuester Zeit« insgesamt also von 33 Fällen berichtet. Einen weiteren Bericht seit 1935 konnte ich nicht mehr auffinden, so daß es mir lohnend