

Hier wurden die lebenden Kinder von ca. 500 abtreibenden Frauen erfaßt. Im wesentlichen wurde von jenen Frauen abgetrieben, die nicht mehr als zwei lebende Kinder hatten. Die wirklich kinderreiche Familie ist nur zu einem verschwindenden Prozentsatz beteiligt. Die Zahlen in Klammern bedeuten die verheirateten Frauen.

Tabelle IX

414 = 83% aller Abtreibenden hatten 0–2 Kinder

236 = 48% aller Verheirateten hatten 0–2 Kinder

170 = 34% aller Verheirateten hatten 0–1 Kind

Die Aufstellung spricht für sich. Ein Drittel aller Abtreibungen würde unterbleiben, wenn es gelingt, die Lebensverhältnisse soweit zu bessern, daß jede Familie wenigstens ein bis zwei Kinder groß ziehen kann.

Wir können dieses Kapitel nicht schließen, ohne uns auch hier zu erinnern, welche unfafßbare Not, Sorge und Elend, aber auch seelische Qual und Gewissenskonflikte hinter diesen Zahlen verborgen liegen.

Wie viele Frauen bereuen schon bald diesen Schritt, getan unter der Vorspiegelung, daß es nur ein kleiner Eingriff, und die Sache schon in zwei bis drei Tagen erledigt sei. Wie oft lehrt die Erfahrung, daß es gerade umgekehrt durchaus möglich ist, die Frauen von dem Wunsche, die Schwangerschaft illegal zu unterbrechen, abzubringen, wenn man ihnen die Schwierigkeiten erklärt und die Gefahren eindringlich schildert; wenn man sich aber auch gleichzeitig um ihre familiären und sozialen Verhältnisse kümmert, sie wirklich berät und ihnen durch persönliche Rücksprache den Weg zu den städtischen und staatlichen Hilfsquellen ebnet. Dies scheint mir ein äußerst wichtiger Weg in der Bekämpfung der Abtreibung zu sein. Unter den augenblicklichen Verhältnissen darf sich der Arzt diesen fürsorglichen Betreuungsmaßnahmen nicht entziehen. Der zweite Weg wurde schon erwähnt. Wir dürfen nicht müde werden, immer wieder von neuem zu versuchen, unsere Lebensverhältnisse soweit zu verbessern, daß jede arbeitende Familie in die Lage kommt, drei Kinder großzuziehen. Die dritte — aber nicht minder wichtige — Maßnahme, scheint mir in der systematischen Erfassung aller Abtreiber und deren strengster Bestrafung zu liegen. Der Abtreiber ist in der weitaus größten Mehrzahl ein Verbrecher, der sein düsteres Metier aus Gewinnsucht betreibt und die hilfeschuchenden Frauen unter Ausnutzung ihrer Notlage erpreßt.

Was ich hier demonstriert habe, war das Material einer Klinik, das bei vorsichtigster und kritischer Bewertung gewonnen wurde. In Wirklichkeit sieht das Bild noch wesentlich trostloser aus. Hier muß mit aller Energie Schluß gemacht werden. Bei der Loyalität der Gesetzgebung, die — wenigstens in Sachsen — die soziale Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft in den entsprechenden Fällen gelten läßt, muß der Arzt erwarten und verlangen, daß von den gesetzgebenden Instanzen Wege gefunden werden, die dem Abtreiber das Handwerk legen. Vor künftigen Generationen werden wir Ärzte zu verantworten haben, ob wir der systematischen Vergeudung der Gesundheit des Volkes zusehen wollen oder Mittel und Wege finden, unser bestes Gut zu schützen.

16. E. C. Lork (Rostock), Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung

Die Aufgabe der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, wie sie schon Winter 1932 und für heute noch gültig definiert hat, besteht

darin, die Frucht und ihre Anhänge aus der Gebärmutter zu entfernen, ohne daß die Schwangere dabei oder danach einen Schaden davonträgt. Es muß betont werden, daß es sich hier um Methoden nach anerkannten Regeln der Wissenschaft und Erfahrung bei der gesunden Frau und bei normal verlaufender Schwangerschaft handelt. Die Wahl der Methode richtet sich im wesentlichen nach dem Zeitpunkt der Schwangerschaft. Allgemein gültig ist die Auffassung, daß es sicher wirkende innere Mittel nicht gibt. In Frage kommen also nur solche Methoden, die intrauterin angreifen. Bevor ich über eigene Ergebnisse berichte, halte ich es für angebracht, an Forschungen und Beobachtungen zu erinnern, die der allukrainische Kongreß in Kiew 1927 zur Kenntnis gebracht hat, auf dem über Erfahrungen mit dem gesetzlich zugelassenen Abort. artific. über 423000 Fälle berichtet wurde. Man stellte damals bezüglich der Wahl der Methoden folgende Ergebnisse zur Diskussion: bis mens. III wird einzeitig und instrumentell vorgegangen, für den 3.-5. Monat ist die Kolp.-Hyst. ant., danach die Metreuryse angezeigt. Die Sectio parva bleibt Eingriffen mit Zusatzindikationen vorbehalten wie gleichzeitige Sterilisation, Tumorentfernung oder Lagekorrektur. Der Metreuryse haftet der Nachteil an, daß sie zu lange dauert und nur in etwa zwei Drittel der Fälle vollständig ist. Während der Metreuryse wurden bei zwei Drittel der Fälle Temp., nach der Metreuryse bei ein Drittel der Fälle Temp. beobachtet. Sie hat die hohe Sterblichkeit von 2,5 % nach Jiatow (Odessa). Jerschow (Charkow) empfiehlt die Metreuryse vom 3. Monat an und hat ihre spontane Erledigung in 45,8 % gesehen, mit einer mittleren Dauer von 30 Stunden mit 10,4 % Temperaturbeteiligung, ohne tödlichen Ausgang. Bei Frühaborten wird, im besonderen bei Erstgebärenden, die zweizeitige Erledigung mit Hilfe von Laminariastiften für besser gehalten. Die größte Bedeutung und Beweiskraft für die Brauchbarkeit aller Methoden ergaben neben den technischen Fragen die auftretenden Sofort- bzw. Spätschäden. Es hat sich damals die Erkenntnis durchgesetzt, daß jede kunstgerechte Methode zur Unterbrechung einer gesunden Schwangerschaft stets ein ernster und gefahrdrohender Eingriff ist und nur in Anstalten und von erfahrenen Ärzten ausgeführt werden sollte. Ganz allgemein wurde festgestellt, daß dieses biologische Trauma den nicht ausgereiften, jungen Organismus schwerer als den voll entwickelten trifft. Im Vordergrund aller Gefahren steht die Infektion die entweder durch Hinaufwandern bzw. Einschleppen von Keimen oder durch Aufklackern latenter Prozesse veranlaßt wird. Hat doch Aschoff nachgewiesen, daß auch eine aseptische Laminaria-Einlage eine histologisch nachweisbare Adnexitis zur Folge haben kann. Entzündliche Erkrankungen traten als Spätschäden in 20-25 % auf, schwere Erkrankungen beobachtete man in 0,7 %. Sie waren bei Frühaborten viermal so hoch als bei Spätaborten mit 0,18 %. Adnexitiden waren umgekehrt bei Spätaborten zweimal so groß (1,3 %) als bei Frühaborten mit 0,8 %. Zervixrisse oder Dekubitalulzera traten auch nach Laminaria- und Metreurynter-Anwendung auf, Verletzungen durch Faßzangen und Perforationen nach Laptew (Dnjepetrowsk) in 0,5 %. Es traten endokrine Störungen und als deren Folge in 74 % Oligomenorrhoe, in 10 % Amenorrhoe und in 5,4 % sekundäre Sterilität auf, bei Infantilen und Hypoplastischen bis zu 30 %. Es häuften sich die ektopischen Graviditäten (1,3 %) und geburtshilflichen Komplikationen: Wehenschwächen, Störungen in der Nachgeburtszeit und im Verlauf des Wochenbetts, zunehmende Häufigkeit der Plazenta praevia. Man bestätigte die Erfahrung, daß es keinen krank-

haften Zustand bei der Frau gibt, in dem der Abort nicht eine wesentliche Rolle spielen kann.

Wir berichten über 806 Fälle der Rostocker Universitäts-Frauenklinik, bei denen die Schwangerschaftsunterbrechung aus gegebener Indikation ausgeführt wurde. Nach dem Zeitpunkt der Schwangerschaft verteilte sich das Krankengut folgendermaßen:

Mens II	Mens III	Mens IV	Mens V	Mens VI
82	283	226	147	68

In folgender Häufigkeit kamen folgende Methoden zur Anwendung

Hegar-Dilatation + Abrasio	Laminaria-Dilatation + instrumentelle Ausräumung	Metranioikter + instrumentelle Ausräumung	Metranioikter + Wendung und Anschlingung bzw. Faßzange	Härtl.-Dilatation + instrumentelle Ausräumung
521	162	55	41	20

Chirurgische Eingriffe

Kolpo-Hysterotomie ant.	Sectio parva
74	51

Folgende Spätschäden traten auf

Zervixrisse	Blutungen	Adnexitis	BDA.	Temperatur	Perforation	Exitus letalis
20	41	16	7	65	2	2

Als bemerkenswerte Fälle sind folgende hervorzuheben:

Ein Exitus erfolgte an allgemeiner Peritonitis nach Metranioikter und Wendung ohne Verletzung, der zweite nach Uterusperforation mit Austritt des kindlichen Kopfes in die freie Bauchhöhle.

Nach einer Kolp.-Hyst. ant. mußte wegen Nachblutung, die auf konservative Maßnahmen nicht stand, die Uterusexstirpation angeschlossen werden.

Bei einer Pat. mens. V kam es zu einer atonischen Blutung von lebensbedrohlichem Ausmaß nach instrumenteller Ausräumung.

Es muß hervorgehoben werden, daß die Perforationen mit der Saengersehen Eizange geschehen sind.

Bei kritischer Wertung des obigen Zahlenmaterials, das von einem Krankengut in klinischer Obhut mit fachärztlicher Betreuung stammt, wird offenkundig, daß keine der genannten Methoden frei ist von auftretenden Mängeln und Schäden, die schließlich der Gesundheit der Frau mit allen ihren Folgezuständen von größtem Nachteil werden können.

Bei der sich vollziehenden Umschichtung der Bevölkerung und den gegebenen Verkehrsverhältnissen war es bisher möglich, von diesen Patientinnen aus den Jahren 1945/46 lediglich 113 nachzuuntersuchen. Kann die Beobachtungszeit für die Beurteilung einer Sterilität auch nicht ausreichen, so konnte man immerhin schon einen Einblick in sich anbahnende Spätschäden tun. Bei den untersuchten Frauen ergaben sich folgende Beobachtungen:

Spätschäden			
Sterilität	Adnexitiden	Zyklusstörungen	Fluor
?	14	21	19

Wenn auch Beschwerden durch vermehrten Fluor ohne nachweisbar pathologischen Befund nur nach strengstem Maßstab registriert werden können, so bleibt dem gewissenhaften Untersucher dennoch ein Rest von 19 Patientinnen, deren Angaben als glaubwürdig anzusehen sind.

Die Erhebungen über Spätschäden werden fortgesetzt, und sofern eine größere Anzahl von Patientinnen zur Nachuntersuchung erscheint, ist es nicht ausgeschlossen, daß sich in den prozentualen Ziffern aufschlußreiche Verschiebungen ergeben.

Mir scheint, daß die Veröffentlichung des Materials über die Sofort- und Spätschäden bei und nach künstlicher Schwangerschaftsunterbrechung ein wirksames Mittel ist, seinen Einfluß in der Frage der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung geltend zu machen. Für diesen Zweck einen einheitlichen Fragebogen aufzustellen, bedeutet eine Anregung, der man wohlmeinend zustimmen kann. Aus der Bekanntschaft mit den Gefahren und ernststen Folgen einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung wird dem Arzt wie auch der Patientin eine heilsame Warnung erwachsen.

Schrifttum

Amersbach, Mschr. Geburtsh. u. Gynäk. 1910. — Härtl, Zbl. Gynäk. 1929, Nr. 13. — Levy-Lenz, Die Schwangerschaftsunterbrechung, ihre Voraussetzung und ihre Technik. 1930. — Mayer, A., Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjetrepublik. 1933. — Winter-Naujoks, Der künstliche Abort. 1932. — Schatz, Arch. Gynäk. 1931, Bd. 18. — Seitz-Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes. 1943, Bd. 10. — Stoeckel, Lehrb. d. Geburtsh. 1938. — Veit-Stoeckel, Handbuch.

17. Werner Hueck (Leipzig), Die Bedeutung des Bindegewebes für die Karzinomdiagnose¹ (Mit 2 Abbildungen)

1. Die heutige Schulmeinung teilt die menschlichen Gewächse in gut- und bösartige ein, und kennzeichnet bei den epithelialen Gewächsen die gutartigen Polypen und Adenome als fibroepitheliale, die bösartigen Karzinome als rein epitheliale Bildungen. Mit anderen Worten: das epitheliale Gewächs wird dann als gutartig anerkannt, wenn sein Parenchym aus Epithel und Bindegewebe gemeinsam, als bösartig, wenn es nur aus Epithel gebildet ist.

Die Schwierigkeit, daß jedes Karzinom auch Bindegewebe enthält, umgeht man durch die Deutung, daß dieses Bindegewebe als »Stroma« anzusprechen sei, d. h. als etwas Nebensächliches willkürlich von den Epithelzellen zu ihrer Unterlage und Ernährung Ausgebautes. Noch kürzer: beim bösartigen Tumor wächst selbständig nur die Epithel-, beim gutartigen die Epithel- und Bindegewebszelle.

2. Die belebte Natur macht aber weder bei den Wuchs- (gut und bösartig) noch bei den Bauformen (Fibro-Epitheliom, Epitheliom = Karzinom) Sprünge, sondern kennt nur fließend bewegte Erscheinungen. Dem muß auch unsere Anschauung gerecht werden.

3. Gefährlicher Irrweg: die für die bindegewebigen Gewächse bewährte Regel: je unreifer der Bau um so bösartiger das Wachstum, wird in der Form auf die epithelialen Tumoren angewandt, daß der Grad der Gewebsreife nur aus der Differenzierung des Epithels entnommen wird.

¹ Das Referat kann nur im Auszug wiedergegeben werden. Insbesondere können die zahlreichen Lichtbilder, die vorwiegend den Uterustumoren galten, nicht veröffentlicht werden.