

# ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE

72. Jahrg.

1950 Heft 13

## Inhalt

### Originalmitteilungen:

- A. Mayer** (Tübingen), Versäumnisse und Irrungen im Kapitel Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. S. 769.
- W. Benthin** (Rheydt), Der Vorrang der Indikationsstellung insbesondere bei der operativen Therapie der Frauenkrankheiten. S. 780.
- R. Vorster** (Göppingen), Die postoperative Phase. S. 783.
- Ed. Martin** (Wuppertal), Die Erkrankung der Mm. sacrouterinus und rectouterinus. S. 786.
- E. Hüttemann** (Heidelberg), Über die Behandlung mit Bindegewebsmassage in der Frauenheilkunde. S. 789.
- R. Dorrer** (Prien, Chiemsee), Eine einfache Methode zur Feststellung der Tubargravidität. S. 794.
- G. Arronet und P. Stoll** (Bremen), Eine klinisch-histologische Studie zur Tubengravidität. S. 795.
- W. Schmisch** (Calbe/Saale), Seltener Ausgang einer interstitiellen Schwangerschaft. (Mit 2 Abbildungen.) S. 813.
- H.-W. Boshann** (Berlin), Beitrag zur Differentialdiagnose der Extrauterinravidität. (Mit 3 Abbildungen.) S. 817.
- F. Niendorf** (Würzburg), Ein primäres Karzinom in einer tuberkulösen Tube. (Mit 2 Abbildungen.) S. 826.

### Neue Bücher:

- H. Martius**, Lehrbuch der Gynäkologie. (S. 829.) — **R. W. T. Linde**, Operative Gynecology. (S. 829.) — **W. Benthin**, Frauenheilkunde. (S. 830.) — **Haarer**, Frau sein und gesund bleiben. (S. 830.) — **J. Brugsch**, Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. (S. 830.) — **Hebammenlehrbuch**. (S. 830.) — **H. Küstner**, u. a. Die Geburtshilfe im Privathaus und in der Klinik. (S. 832.) — **H. Mittelstraß**, Blutungen am Ende der Schwangerschaft. (S. 832.)

Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen  
(Direktor: Prof. Dr. A. Mayer)

## Versäumnisse und Irrungen im Kapitel Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose

Von A. Mayer

Das Kapitel Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose beschäftigt die Internisten und Gynäkologen seit Anfang dieses Jahrhunderts. Es ist aber trotz aller aufgewendeten Mühe und Sorgfalt keineswegs befriedigend gelöst. Die Ursache besteht weitgehend darin, daß die ganze Fragestellung (Diagnose, Indikation zur Unterbrechung und

Durchführung derselben) nicht in einer Hand liegt, sondern sich auf zwei verschiedenen Fachgebieten bewegt, die für eine kritische Aussprache unter sich gegenseitig voneinander zu wenig wissen und anstatt in gemeinsamer Zusammenarbeit mehr oder weniger getrennt nebeneinander hergehen. So kam es auf beiden Seiten zu Fehleinstellungen, auf die hier besonders hingewiesen sei an Hand einer 40jährigen Erfahrung an drei verschiedenen Universitäten.

Was zunächst die Gynäkologie angeht, so haben wir, wie mir scheint, in zwei Richtungen ein Versäumnis begangen: 1. Wir haben die Internisten viel zu wenig über die Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung aufgeklärt, so daß sie eigentlich gar nicht wissen konnten, was sie von uns mit der auf unsere Verantwortung gehenden Schwangerschaftsunterbrechung verlangen, deren Durchführung sie mehr oder weniger als selbstverständlich erwarten, und 2. wir haben die Indikationsstellung der Internisten zu bereitwillig und zu unkritisch hingenommen.

Wie wenig den Internisten die Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung bekannt sind, geht daraus hervor, daß manche von ihnen bis in die neueste Zeit herein den Eingriff für »ungefährlich« ja »lebenssicher« halten. Das ist ein verhängnisvoller Irrtum, auf den wir die Internisten nicht nachdrücklich genug aufmerksam machen können. Die Schwangerschaftsunterbrechung hat nach unserer eigenen Erfahrung (Rudolf Welte) und nach den großen Zahlen der Reichsstatistik<sup>1</sup> auch in den besten Händen eine postoperative Sterblichkeit von 1,1%. An weniger großen Zahlen ist die Sterblichkeit größer; v. Franqué berichtete seinerzeit von einer Mortalität von 2,3% unter 129 Fällen.

Diese Todesfälle erleben die Internisten gewöhnlich nur aus der Ferne; sie brauchen sich durch sie auch nicht allzu bedrückt zu fühlen, da sie nach der Indikationsstellung mehr oder weniger ausscheiden und am weiteren Verlauf nicht beteiligt sind. Im Gegenatz zu ihnen haben wir Geburtshelfer aktiv gehandelt; die Verantwortung dafür bleibt daher an uns hängen, sowohl vor unserem Gewissen als auch den Hinterbliebenen gegenüber, die nicht selten geneigt sind, uns, die wir den Eingriff vornahmen, für den Tod anzuschuldigen.

Ganz erschütternd ist ein Todesfall dann, wenn gar auf dem Sektionsisch die Lungentuberkulose gar nicht gefunden wird, wie ich es selbst — sogar auch nach Vorausgehen eines Röntgenbildes — leider nicht nur einmal erlebte und es auch von anderen Gynäkologen weiß. Zur Vollendung der erschütternden Katastrophe bleibt gelegentlich noch eine größere Zahl unversorgter Kinder zurück, die man um die so nötige Mutter gebracht hat. Gewiß sind das Ausnahmen, aber wer sie auch nur einmal erleben mußte, ist für sein Leben lang abgeschreckt.

Wir haben auch gesehen, daß am 6. Tag nach dem Eingriff, der einer Verschlimmerung der Tuberkulose vorbeugen sollte, eine tödliche Miliartuberkulose auftrat.

Zu der primären Operationssterblichkeit kommen zuweilen schwere Allgemeinschädigungen hinzu, z. B. durch Nebenverletzungen, Blutarmut oder fieberhaften postoperativen Verlauf.

Viel zu wenig haben wir die Internisten auch belehrt über die gynäkologischen Nachkrankheiten, auf die einst sowjetische Wissenschaft-

<sup>1</sup> Reichsgesundheitsblatt 1929, S. 677—683.

ler so eindrucksvoll hingewiesen hatten: Endometritis mit all ihren Auswirkungen, Menstruationsanomalien, Störungen der Fortpflanzungstätigkeit wie Sterilität, Tubargravidität, nachfolgende Aborte, Placenta praevia, Placenta accreta und andere Störungen der Nachgeburtsperiode (A. Mayer). Das sind doch alles Dinge, die eine gewisse Gegenindikation gegen die Unterbrechung darstellen können, wie neuerdings auch Lork betonte.

Für die meisten Frauen ist die Schwangerschaftsunterbrechung auch ein überaus brutaler Eingriff in das gerade in der Schwangerschaft besonders lebhaftes hormonale Geschehen und bedeutet ein sehr schweres biologisches Trauma. Es ist ungefähr, als ob man einem in voller Blüte stehenden Baum seinen ganzen Blütenschmuck von einem Augenblick zum anderen gewaltsam herunterreißt.

Viel zu wenig beachtet sind ferner auch die seelischen Nachkrankheiten, deretwegen man geradezu von »Abortpsychosen« oder »seelischen Narben« (Durand-Wever) gesprochen hat. Ich kenne selbst manche Frauen, die alsbald aus schwerster Reue ihren Seelenfrieden verloren hatten, »andere Mütter um ihre Kinder beneideten« oder »am liebsten fremde Kinder auf der Straße stehlen möchten, um an ihnen den begangenen Frevel wieder gut zu machen«.

Wieder andere erheben hinterher früher oder später schwerste Vorwürfe gegen die Ärzte. So falsch es auch ist, so sind doch manche der Meinung, »der Arzt hätte es wissen müssen, daß es mich hinterher reuen wird«. Zuweilen richtet sich der bittere Groll ganz besonders gegen den Internisten, der ihnen »den Mut zum Austragen nahm« und sie um das jetzt fehlende Kind gebracht hatte. Die Empörung darüber kann so groß sein, daß die Frauen vom Internisten »gar nichts mehr wissen wollen«.

Wieweit infolge der doch zum großen Teil sehr ernsten körperlichen und seelischen Gesundheitsschäden infolge der Schwangerschaftsunterbrechung die Ausheilung der Lungentuberkulose gehemmt wird, scheint man sich bisher überhaupt nicht gefragt zu haben.

Wenn aber im Gegensatz zu diesen ernsten Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung immer wieder Besserungen der Lungentuberkulose in der Schwangerschaft beobachtet werden, (Braeuning 7,4%, Blisnjanskaja 20%, Heymer), so kann man sich vielleicht fragen, ob daran nicht gerade die Schwangerschaft schuldig ist; führt sie doch oft genug zu einer wesentlichen Allgemeinkräftigung, zuweilen mit einer Gewichtszunahme um 50%, so daß Sellheim geradezu von einer »Verjüngendlichkeit« des Organismus sprach, mit einer Steigerung des ganzen Biotonus in körperlicher und seelischer Richtung.

Etwas Weiteres, worauf wir zu wenig hingewiesen haben, ist das, daß der Internist mit seiner Forderung der Schwangerschaftsunterbrechung von uns jedesmal die Vernichtung der Leibesfrucht verlangt, die unser Gewissen in hohem Maße belastet. Es ist eigenartig, daß bei den zahlreichen Diskussionen der Schwangerschaftsunterbrechungen in all den Jahren davon so gut wie nie die Rede war, als ob das Problem ein rein ärztliches und nicht zugleich auch ein sittliches Problem wäre. Auch schon rein menschlich ist die Vernichtung der Leibesfrucht das Widerwärtigste, was man gerade uns Geburtshelfern zumuten kann; denn der Sinn unserer Sendung ist im höchsten Maße, Leben zu erhalten, nicht Leben zu vernichten. Wer der Meinung ist, daß das »unappetitliche Hineingreifen in

den Mastdarm« bei den gynäkologischen Untersuchungen noch widerwärtiger sein müßte, verkennt das tiefere Wesen der ganzen Situation. Um uns das nachempfinden zu können, müßten die Lungenärzte einmal selbst die zerstückelten und oft noch Leben zeigenden Leibesfrüchte gesehen haben, dann würden auch sie den größten Abscheu bekommen.

Andererseits haben aber auch manche von uns die internistische Indikation zu unkritisch hingenommen und zu große Willfährigkeit gezeigt. Die Gründe dafür waren verschieden. Nicht wenige Geburtshelfer stehen unter dem Bann der ebenso falschen wie weitverbreiteten Massensuggestion, wonach man ganz allgemein beim Zusammentreffen von Schwangerschaft und Krankheit nicht diese behandelt, sondern sie bestehen läßt und statt dessen den physiologischen Zustand der Schwangerschaft beseitigt, als ob sie eine Komplikation der Krankheit wäre und nicht umgekehrt die Tuberkulose eine Komplikation der Schwangerschaft, wie Stoeckel mit Recht sagt.

Manche haben wohl auch ihre Weiterbildung auf dem einschlägigen Grenzgebiet versäumt und den wechselvollen Wandel der Lehre von der Lungentuberkulose und Schwangerschaft zu wenig beachtet; daher waren oder sind sie leider noch heute der Irrlehre verfallen, daß eine Schwangerschaft an sich der Lungentuberkulose schadet und daß die Schwangerschaftsunterbrechung eine Art Tuberkulosebehandlung sei. In jedem Falle aber ist es für uns Gynäkologen sehr schwer, entgegen der Ansicht des Internisten die Verantwortung für die Nichtunterbrechung der Schwangerschaft zu tragen, so daß den meisten die Unterbrechung als das kleinere Übel vorkommt.

Angesichts dieser Bereitwilligkeit unsererseits ist es verständlich, daß die Internisten die widerspruchsvolle Durchführung des Eingriffs von uns mehr oder weniger als selbstverständlich erwarteten, wie von einem beauftragten Handwerker, der auf Bestellung arbeitet und je nach Fach Stiefel oder Hosen liefert.

Im Gegensatz dazu muß die Indikationsstellung das Ergebnis einer Aussprache zwischen Internist und Geburtshelfer sein; dabei wird der erstere mehr das »Für« vertreten und der Geburtshelfer mehr das »Wider«. Zum mindesten muß der Gynäkologe darüber gehört werden, ob nicht eine ernste Gegenindikation gegen den Eingriff besteht, z. B. eine akute Gonorrhoe, ein schwer infektiöser Eiterprozeß, gar mit virulenten Streptokokken, wie etwa ein Furunkel an der Vulva.

Nicht zustimmen können wir auch, wenn der Internist gleich bei der ersten Untersuchung die Schwangere ängstigt und ihr, wie schon angedeutet, den Mut und damit auch die Kraft zum Austragen nimmt. Das gilt besonders bei der ersten Schwangerschaft, gar wenn sie nach langjähriger Ehe einer überalterten Frau das lang ersehnte und vielleicht letzte Kind gebracht hätte, so daß die Schwangerschaftsunterbrechung den definitiven Verlust des Mutterglückes bedeutet. Gerade hier ist die erwähnte Gefahr der späteren Reue und der Vorwürfe gegen sich selbst und gegen die Ärzte besonders groß. Ich kenne Frauen, die deswegen bei einer weiteren Schwangerschaft den Internisten gar nicht mehr aufsuchten, um sich nicht wieder entmutigen zu lassen.

Am besten wäre es natürlich, wenn wir Geburtshelfer auch selbst die Indikation zur Unterbrechung stellen könnten; dazu werden aber die allerwenigsten von uns in der Lage sein, so daß wir uns wohl immer mit der un-

befriedigenden Rolle des »Beauftragten« begnügen und daher auch den Wechsel der Zeitströmungen mit ihren Irrungen mitmachen müssen.

Es war daher eine revolutionäre Tat, als Menge einst die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose grundsätzlich ablehnte und statt dessen Heilstättenbehandlung forderte mit der Begründung »Weder ist bewiesen, daß die Unterbrechung nützt, noch daß die Nichtunterbrechung schadet«. Er fand leider auch in unseren eigenen Reihen sehr wenig Anklang, so daß man von »schrulliger« Indikation sprach (Pankow). Auch die Einrichtung einer Abteilung für tuberkulöse Schwangere in seiner Heidelberger Klinik (1923) fand so gut wie keine Nachahmung, obwohl Schultze-Rhonhof und Hansen recht ermutigende Resultate veröffentlichten.

Auch mein Vorstoß gegen die vorschnelle Schwangerschaftsunterbrechung auf dem Tuberkulosekongreß in Kreuznach 1935 blieb ohne nennenswerten Erfolg. Ich begründete mein Vorgehen nicht nur mit der Unsicherheit von Diagnose und Prognose, wie Menge, sondern auch mit dem Hinweis auf die Gefahren der Unterbrechung und erklärte, daß die Lungenärzte uns Geburtshelfern die schwere Verantwortung dafür erst zumuten können, wenn sie die Diagnose und vor allem die Prognose der Lungentuberkulose in der Schwangerschaft besser beherrschen.

Was die Diagnose angeht, so war das uneingeschränkte Vertrauen auf sie früher keineswegs ohne weiteres berechtigt. Ich erinnere an das Fehlen der klinisch angenommenen Lungentuberkulose auf dem Sektions-tisch. Gerade auch hier erlebte ich, daß der eine Internist die Lungentuberkulose links und der andere rechts annahm, während der Pathologische Anatom gar nichts fand.

In einem Fall versagte sogar auch das Röntgenbild. Freilich liegt das lange zurück, und inzwischen hat die Röntgendiagnostik große Fortschritte gemacht; aber dennoch scheint mir, sind auch heute Fehldeutungen der Röntgenbilder nicht absolut ausgeschlossen. Wie dem auch sei, die Konsequenzen aus den Fehldiagnosen des Internisten haben wir Gynäkologen zu verantworten. Gegen allzu große diagnostische Selbstsicherheit ist daher auf unserer Seite entsprechende Zurückhaltung angebracht. Wie mir scheint, ist die Gefahr, an den diagnostischen Irrtum zu glauben, beim Internisten erheblich größer als bei uns Operateuren. Wir werden jeden Tag am offenen Leib auf die Richtigkeit unserer Diagnose geprüft, beim Internisten ist das nur ausnahmsweise der Fall, nämlich nur dann, wenn der Kranke stirbt und sezirt wird.

Ein ganz schweres Kapitel ist die Prognose. Ich kenne Fälle, wo von zwei gleich angesehenen Internisten der eine die sofortige Schwangerschaftsunterbrechung für dringend nötig hielt, während der andere am Tag nachher sie mit aller Bestimmtheit abgelehnt hatte, und das nicht zum Schaden der Frau, die noch drei weitere gesunde Kinder gebar. Der Gynäkologe hatte es demnach in der Hand, die schwangere Frau nach Belieben zu dem einen oder anderen Internisten zu schicken, so daß das Schicksal der Schwangerschaft geradezu vom Zufall abhängen könnte. Ganz besonders zu denken gibt es, daß im Hinblick auf die Unsicherheit der Prognose kein Geringerer als Braeuning schon 1935 den Standpunkt vertrat, daß man 15 mal überflüssigerweise unterbrechen muß wegen der äußerst schwer zu stellenden Prognose, um das 16. Mal das Richtige zu tun. Wenn es auch übertrieben sein mag, so wird demnach doch verständlich, daß einst der Internist Martius (Rostock) sagte: »Man kann die Prognose bei der

Lungentuberkulose in der Schwangerschaft dem Würfelspiel überlassen oder an den Knöpfen abzählen.«

Der eindrucksvollste Massenirrtum knüpfte sich einst an die Lehre von der »Spizentuberkulose« seligen oder unseligen Andenkens. In der Auswirkung dieser Irrlehre wurden viele Jahre lang auch von sehr seriösen Ärzten optima fide, aber doch fälschlicherweise, Tausende von Schwangerschaftsunterbrechungen gemacht. Und was war die Folge? Nicht wenig tote und sehr viele kranke Mütter, dazu das völlig überflüssige Opfer von ungezählten Leibesfrüchten.

Ganz verheerend wirkten — natürlich ohne jede Schuld der Lungenärzte — jene berüchtigten »Abtreiberkonsortien«, die unter bewußtem Mißbrauch gerade der Spizentuberkulose durch Austausch von Attesten die juristische Grundlage schufen, um Abtreibungen unter dem Schein des Rechtes vornehmen zu können. Gerade ihre schweren Fehlhandlungen trugen sehr viel bei zu dem schweren Verlust des ärztlichen Ansehens in weiten Kreisen der Öffentlichkeit. Auf einem Kongreß der Kriminalisten, der sich für die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechungen einsetzte, wurde mir seinerzeit entgegengehalten: »Jede Frau kann auch ihren ärztlichen Abtreiber finden; nur der Preis ist verschieden!« Ja man wollte gerade auch im Hinblick auf das gerügte Verhalten der Ärzte den § 218 als wertlos abschaffen.

Eine weitere Folge der massenhaften Zunahme der Schwangerschaftsunterbrechungen wegen Spizentuberkulose zeigte sich in einem mehr als bedenklichen Verlust der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben in weiten Volkskreisen. In der Auswirkung davon kommen heute junge Mädchen in unsere Sprechstunde mit der völlig ungehemmten Erklärung: »Ich will mir abtreiben lassen!« Wahrlich eine schaudererregende Verwüstung kostbarer Frauenwerte und das nicht zum Vorteil unserer Kultur.

Nicht bedeutungslos ist auch der da und dort zum Vorschein kommende erschütternde Tiefstand der ärztlichen Ethik. Mir wurde auf einer Ärztetagung entgegengehalten: »Ich begreife Ihre Zurückhaltung mit der Schwangerschaftsunterbrechung gar nicht. Wenn auf dem Papier alles stimmt, warum soll ich die Schwangerschaft nicht unterbrechen und das Geld nicht verdienen?!« Soweit haben wir es gebracht im 20. Jahrhundert, daß uns die Ehrfurcht vor dem keimenden Leben ganz verlorengegangen ist und wir gar nicht mehr empfinden, daß das ärztliche Tun nicht nur eine Sache des Gesetzes, sondern auch des Gewissens ist und daß die Schwangerschaftsunterbrechung nicht nur ein rein medizinisches, sondern auch ein ethisches und kulturelles Problem darstellt.

Eine weitere sehr ernste Folge der Irrlehre über die schädliche Rückwirkung der Schwangerschaft auf die Lungentuberkulose ist die, daß früher den tuberkulösen Schwangeren die fachärztliche Heilstättenbehandlung weitgehend erschwert oder unmöglich war. Schon vor 30 Jahren hatte ich immer wieder Heilstättenbehandlung an Stelle der Schwangerschaftsunterbrechung angeregt; es wurde mir immer wieder erwidert: »Wir haben zu wenig Heilstätten für Nichtschwangere mit der besseren Prognose, so daß Schwangere mit der schlechteren Prognose nicht aufgenommen werden können.« In der Tat gab es Privatsanatorien, die schon im Interesse ihrer Behandlungserfolge und damit ihres Renommées Schwangere grundsätzlich ablehnten, und die Einweisung in die staatlichen Heilanstalten wurde von den Kostenträgern oft genug

nicht bewilligt, sozusagen wegen »Unrentabilität«! Das paßte zu einer glücklicherweise hinter uns liegenden wirtschaftswissenschaftlichen Richtung, die den Menschenwert nach Mark und Pfennig ausrechnet, war aber völlig unärztlich. Man unterbrach deswegen die Schwangerschaft und versäumte den Bau von Heilstätten, die uns heute oft so sehr fehlen. Aus dem ärztlichen Irrtum ergab sich also zwangsläufig ein soziales Unrecht und ein soziales Versäumnis großen Ausmaßes.

Angesichts all dieser schwerwiegenden Dinge bedeutet es nachträglich eine ungeheure Belastung unserer Verantwortung, daß gerade die jahrelang herrschende Lehre von der Spitzentuberkulose, die ja weitgehend an dem genannten Unheil schuldig war, auf dem Wildbader Kongreß als »Irrlehre« sozusagen begraben wurde. Also wahre Hekatomben von fälschlicherweise geopfertem Leibesfrüchten, die wir nicht wieder lebendig machen können! Dazu unnötige Opfer von Leben und Gesundheit so mancher Mütter, schwere Einbuße des ärztlichen Ansehens in der Öffentlichkeit, Tiefstand der Ehrfurcht vor dem keimenden Leben zum Nachteil unserer Kultur und Versäumnis an sozialen Einrichtungen zum Nachteil der Kranken — und das alles infolge eines ärztlichen Irrtums.

Die von Generation zu Generation weitergegebene Schulmeinung von der Gefährlichkeit der Schwangerschaft war in den meisten Köpfen so festgewurzelt und hatte weitgehend eine so dogmatische Gültigkeit, daß man sich immer wieder über die mangelnde Kritik der Diagnostik wundern muß. Man schuldigte daher beim Zusammentreffen von Schwangerschaft und Lungentuberkulose immer von vornherein die Schwangerschaft an und übersah, daß in manchen Fällen die Verschlechterung einer Lungentuberkulose schon vor der Schwangerschaft bestand, aber dem Nachweis entging, weil die Kranke nicht früher zum Arzt kam (Heymer). Man beachtete auch viel zu wenig, daß eine in der Schwangerschaft aufgetretene Verschlimmerung nicht durch die Schwangerschaft verursacht sein muß; wie die Lungenärzte selbst zugeben, gibt es an sich »gutartige« oder »böartige« Formen von Lungentuberkulose, die schicksalhaft schlecht verlaufen ohne oder mit Schwangerschaft.

Bei einer Verschlechterung in der Schwangerschaft spielen oft schädigende Umwelteinflüsse eine große Rolle, wie Kummer und Sorge, Unterernährung, Verbrauch durch großen Haushalt mit mehreren, am Ende gar kranken Kindern, zusätzliche Belastung durch Beruf usw.

Nicht zu vergessen ist auch der fehlende Wille zum Kind oder der fehlende Mut. Mit dem ersteren haben wir es besonders oft zu tun bei unverheirateten oder kinderreichen Müttern. Am fehlenden Mut zum Kind ist nicht selten der Arzt schuld, sei es, daß er früher einmal der Frau sagte: »Eine weitere Schwangerschaft ist Ihr Tod«, sei es, daß er bei der ersten Lungenuntersuchung die Schwangere übermäßig ängstigte.

Das lange Fortbestehen der irrtümlich herrschenden Schulmeinung mit ihrer großen Bereitschaft zur Schwangerschaftsunterbrechung fällt um so mehr auf, als schon Braeuning hervorgehoben hatte, daß der Beweis für eine besondere Gefährdung bestimmter Verlaufsarten der Lungentuberkulose sich nicht hat erbringen lassen. Im Hinblick auf die überaus unsichere Prognose der Lungentuberkulose in der Schwangerschaft war er schon 1935 der Meinung, daß die vom Gesetz<sup>1</sup> geforderten Vor-

<sup>1</sup> Nach dem Gesetz ist Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation nur erlaubt bei Gefahr für Gesundheit oder Leben, die auf keine andere Weise als durch Schwangerschaftsunterbrechung abgewendet werden kann.

bedingungen für die Unterbrechung eigentlich kaum erfüllbar seien und das völlige Verbot der Unterbrechung »keine nennenswerte Härte« bedeute. Vermutlich wäre die Schulmeinung ganz anders ausgefallen, wenn Braeuning nicht so früh gestorben wäre und wenn er anstatt Lydtin die »Richtlinien« aufgestellt hätte.

In Wirklichkeit sind sie seit langem überholt, obwohl sie noch in weiten Kreisen fast dogmenhafte Beachtung finden. Schon 1931 berichtete Blisnjanskaja aus der Abteilung für tuberkulöse Schwangere der Gebäranstalt »Klara Zetkin« in Moskau über sehr günstige Ergebnisse nach Nichtunterbrechung, wie die nachstehenden Zahlen zeigen, und trat schon für die Pneumothoraxbehandlung in der Schwangerschaft ein.

	Gebessert	Verschlechtert	Unverändert
160 Frauen ohne Schwangerschaftsunterbrechung	20 %	5 %	75 %
140 Frauen mit Schwangerschaftsunterbrechung	11,4 %	7,1 %	81,4 %

Recht interessant ist auch, daß die nach 1933 einsetzende rigorose Einschränkung der Schwangerschaftsunterbrechung überhaupt und damit gerade auch die wegen Lungentuberkulose keinen Schaden brachte. Nach Lauterwein betrug die Gesamtsterblichkeit bei 4072 abgelehnten Unterbrechungen nur 1,2%, also etwa ebensoviel wie die postoperative Sterblichkeit nach Unterbrechung (1,1%). Dazu sind die 31 Todesfälle »nach Nichtunterbrechung trotz Lungentuberkulose keine Folge der abgelehnten Schwangerschaftsunterbrechung«, wie Lauterwein eigens betont.

Wie Heymer unlängst mitteilte, haben alle im Laufe der Zeit für die schädliche Rückwirkung einer Schwangerschaft auf die Tuberkulose vorgebrachten Argumente einer genauen Kritik nicht standgehalten. Auf Grund des Literaturstudiums der letzten 15 Jahre kommt er zum Urteil, daß die Zahl der eine Unterbrechung ablehnenden Autoren deutlich überwiegt.

Überaus bemerkenswert ist auch, daß nach Mitteilung des Deutschen Tuberkulosekongresses in Wiesbaden (Oktober 1948) »die Frauen an der Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit in der Nachkriegszeit so gut wie nicht beteiligt sind«.

Ganzeindrucksvoll sind schließlich die Erfahrungen, die an dem auf Veranlassung von Esch (Münster 1933) durch die Landesversicherungsanstalt Westfalen in Hoheneimberg eingerichteten »Tuberkulosekrankenhaus« gemacht wurden. Wie Seegers berichtet, halten die an über 1100 tuberkulösen Schwangeren erzielten Ergebnisse den Vergleich mit der Schwangerschaftsunterbrechung durchaus aus. Entgegen der Ansicht von Hangleiter kommt Seegers zu dem weiteren Ergebnis, daß auch alle lungenchirurgischen Eingriffe in der Schwangerschaft durchführbar sind, und zwar in der gleichen Ausdehnung und mit dem gleichen Erfolg wie ohne Schwangerschaft. Auf Grund dieser Erfahrungen glaubt Jahn den Nachweis erbracht zu haben, daß die Lydtinschen Richtlinien »dem heutigen Stand der Tuberkuloseforschung nicht mehr entsprechen und daß sie von namhaften Tuberkuloseärzten, die Erfahrung mit tuberkulösen Schwangeren haben, in Zusammenarbeit mit Frauenärzten neu herausgegeben werden müssen«.

Ein völliger Umschwung zeigte sich auf der soeben in Münster i. W. abgelaufenen Tagung der »Deutschen Tuberkulosegesellschaft«. Obwohl ich dort die Lehre von der Schwangerschaft und Lungentuberkulose direkt als »Irrlehre« bezeichnete und mit aller Deutlichkeit gegen die Schwangerschaftsunterbrechung sprach, fand ich allergrößte Zustimmung. Ja es wurde allen Ernstes die Frage diskutiert, ob man künftig nicht die Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose einfach verbieten solle! Man nahm von einer dahingehenden Resolution nur Abstand, »weil man sich die Hände nicht binden wollte.« Wie schade, daß Menge das nicht mehr erlebte! Im heutigen Licht erscheint sein oben erwähnter Standpunkt nicht mehr als »schrullige Indikation«, sondern als prophetischer Blick und verdienstvolle Pionierarbeit.

Auch der Wehenarbeit sind die Frauen gewachsen; nötigenfalls kann man die Preßwehen abnehmen mit Beckenausgangszange, die nach Goecke in 12% der Fälle nötig wurde. Zur Schmerzbefreiung wird man an Stelle der Inhalationsnarkose in der Regel mit Evipannarkose auskommen, Pudendusnästhesie oder Lumbalanästhesie, mit der wir trotz aller gegenteiligen Meinungen sehr gute Erfahrungen gemacht haben.

Fassen wir die vorstehenden Ausführungen kurz zusammen, so ergibt sich etwa folgendes: Die Schwangerschaft bedeutet keineswegs die Gefahr für die Lungentuberkulose, wie man bisher annahm. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist daher mitnichten eine Behandlungsform der Tuberkulose; obendrein ist sie durchaus nicht ungefährlich, wie man gewöhnlich glaubt. Daher müssen wir Geburtshelfer künftighin unsere bisherige Bereitwilligkeit zur Unterbrechung aufgeben und an ihrer Stelle grundsätzlich Heilstättenbehandlung fordern. Die Schwangere hat nicht ein vermindertes, sondern ein doppeltes Anrecht auf Heilstättenbehandlung, da sie zwei Menschenleben vertritt. Es ist deswegen sehr zu begrüßen, daß neuerdings z. B. die »Caritas« in ihrer Mergentheimer Heilstätte die Möglichkeit zur Aufnahme von tuberkulösen Schwangeren geschaffen hat.

Wenn man aber ganz ausnahmsweise glaubt, unterbrechen zu müssen, dann möglichst innerhalb der ersten 3 Monate; außerdem nie Unterbrechung allein, als ob damit die Lungentuberkulose behandelt wäre, sondern auf alle Fälle alsbald anschließende Heilstättenbehandlung. Daß uns Schwangere aus Heilstätten zur Unterbrechung zugeschickt werden, scheint mir dem heutigen Stand der Frage in keiner Weise mehr zu entsprechen.

Wenn man von uns die Unterbrechung fordert, dann brauchen wir klare und möglichst eindeutig lautende Gutachten. Unbestimmte, verschwommene oder gar zweifelnde Äußerungen über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung erfüllen die Voraussetzungen des Gesetzes eigentlich nicht und reichen daher für uns nicht aus, wie auch Rummel bei der Tagung der süddeutschen Tuberkuloseärzte auf dem Nebelhorn (September 1948) betonte.

Nachdem glücklicherweise die seit langem durch eine Generation von der anderen übernommene und sehr oft unberechtigte Furcht vor Schwangerschaft neuerdings merklich nachgelassen hat, tritt an ihre Stelle immer mehr die Furcht vor dem Wochenbett und von dorthier die Forderung nach Schwangerschaftsunterbrechung.

So weit es sich um das Frühwochenbett handelt, könnte man daran

denken, daß Geburtsschäden, wie Blutverlust, Infektionen usw. zu einer Verminderung der allgemeinen Widerstandskraft führten. Außerdem wäre zu fragen, ob die Wehen, vor allem die Preßwehen, eine bronchogene Streuung in der Lunge bewirken. Aber nach Goecke-Badde wurde das unter 502 Geburten nur 2mal = 0,4% beobachtet. Noch seltener scheint eine hämatogene Aussaat in Form einer Miliartuberkulose zu sein (Koester, Blisnjanskaja).

Ist auch bei dieser Sachlage mit einem schädlichen Einfluß des Frühwochenbettes nicht viel anzufangen, so soll das Spätwochenbett um so gefährlicher sein. Merkwürdigerweise war man dabei kurzerhand bereit, das »Wochenbett« auf ein ganzes Jahr zu verlängern. Schon diese Verlängerung ist eine ganz willkürliche Annahme und geradezu eine Vergewaltigung aller bisherigen biologischen Gesetze, hat doch manche Frau nach einem Jahr schon wieder ein weiteres Kind. Will man am Ende auch bei einer ein Jahr nach einer rechtzeitigen physiologischen Geburt erstmals auftretenden Lungentuberkulose ebenfalls das ein Jahr zurückliegende Wochenbett ansuldigen? Man sieht auch hier, wie schwer es manchen Internisten fällt, ihren angestammten und lieb gewonnenen, aber falschen Glauben an die Gefährlichkeit der Fortpflanzungstätigkeit aufzugeben. Das war bekanntlich schon immer so, wie sich unter anderem auch bei einer Tagung der Berliner Gesellschaft für Gynäkologie 1929 zeigte. Dort berichtete der Lungenfacharzt Scherer, daß von 72 Frauen mit Schwangerschaftsunterbrechung nicht weniger als 46 = 68% innerhalb eines Jahres gestorben waren, während bei 355 »Nichtunterbrochenen« nur 16 = 4,5% starben; der Internist Klempereur versuchte das zu erklären mit »Besonderheiten des Materiales, Zufällen und Subjektivismen«.

Auch die von Goecke neuerdings gebrachten Mitteilungen über den Verlauf der Lungentuberkulose bei Schwangeren ohne Heilstättenbehandlung scheinen mir die vom Wochenbett gefürchteten Gefahren nicht zu beweisen. Die Zahlen sind an sich zu klein; soweit aber das Wochenbett ungünstiger aussieht als die Schwangerschaft, darf man etwas sehr Wichtiges nicht vergessen, nämlich die Umweltbedingungen, die in der Schwangerschaft ganz anders sind als im Wochenbett. In der Schwangerschaft schonen sich die meisten Frauen von selbst, und das Recht darauf wird ihnen auch von der Umgebung zuerkannt. Ganz anders im Wochenbett; da haben die Frauen im Gefühl, »alles hinter sich zu haben«, von sich aus einen natürlichen Betätigungsdrang und finden dazu reichlich Gelegenheit an den liegengebliebenen Aufgaben des Haushaltes und der Kindererziehung, neben denen Säuglingspflege und Stillgeschäft eine sehr nennenswerte zusätzliche Belastung bedeuten.

Wie Goecke selbst betont, läßt sich die angebliche Gefahr des Wochenbettes aus der Häufigkeit der Todesfälle keineswegs bestätigen: Die Mortalität betrug bei 4841 tuberkulösen Frauen »ohne Zusammenhang mit einer Schwangerschaft« 6,6% und bei 168 schwangeren Frauen, die ohne Heilstättenbehandlung ihre Schwangerschaft austrugen 5,3%, also eher weniger, und das, obwohl die Frauen keine Heilstättenbehandlung hatten. Danach kann man wirklich nicht von einem nachteiligen Einfluß des Wochenbettes sprechen. Goecke bezweifelt auch selbst, ob man Verschlimmerungen im zweiten halben Jahr nach der Geburt noch mit Schwangerschaft und Wochenbett in Zusammenhang bringen darf.

Aber selbst wenn das Wochenbett schädlich sein sollte, dann kann man sich gar nicht vorstellen, daß das gewaltsam hervorgerufene Abort-

Wochenbett mit seinem brutalen biologischen Trauma weniger schädlich sein soll als das physiologische Wochenbett, und es erscheint mehr als unkritisch, die keineswegs ungefährliche Schwangerschaftsunterbrechung vorzunehmen, das künstliche Abortwochenbett gewaltsam zu erzwingen, um das physiologische Wochenbett zu vermeiden. Viel richtiger ist doch wohl, die Frau möglichst bald im physiologischen Wochenbett einer Heilstättenbehandlung zuzuführen.

Nachdem wir soeben die Irrlehre über Schwangerschaft und Tuberkulose überwunden haben, sollten wir mit äußerster Kritik und größtem Verantwortungsbewußtsein darüber wachen, daß nicht aus vorschneller Verallgemeinerung von Einzeleindrücken über kurz oder lang eine neue Irrlehre über das Wochenbett entsteht. Die Gefahr dazu scheint mir nicht klein, da es nicht wenigen so furchtbar schwerfällt, der alten Schulmeinung, daß die Fortpflanzungstätigkeit der Lungentuberkulose an sich schlecht bekommt, abzuschwören, auch wenn diese Meinung noch so überholt ist.

#### Zusammenfassung

Scharfe Absage an die unkritische Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. Anstatt Schwangerschaftsunterbrechung wird künftig Heilstättenbehandlung der tuberkulösen Schwangeren gefordert. Die Lehre von der Verschlimmerung der Lungentuberkulose durch die Schwangerschaft kann fast als Irrlehre bezeichnet werden.

#### Schrifttum

Badde, Neuere Erkenntnisse und Erfahrungen zur Frage Tuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Münster i. W. 1942, zit. nach Goecke. — Blisnjanskaja, Tuberkulose und Schwangerschaft. Arch. Gynäk. **146**, 302 (1931). — Blisnjanskaja u. Lasarevitch, Gynec. et Obstetr. **1936**, 34, 207, ref. Ber. Gynäk. **1937**, H. 33, 523. — Braeuning, Lungentuberkulose und Schwangerschaft, Thieme, Leipzig 1935; Beitr. Klin. Tbk. **36**, 653 (1935). — Pöderlein, G., Verschiedene Schwangerschaftsunterbrechungen. Geburtsh. u. Frauenheilk. **1941**, 492. — Durand-Wever, Die Verhütung der Schwangerschaft usw. Bücherei zur Volksgesundheit. Antäus-Verlag 1931. — Goecke, Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Geburtsh. u. Frauenheilk. **1943**, 423; Über den Verlauf der Lungentuberkulose bei Schwangeren ohne Heilstättenbehandlung. Geburts- u. Frauenheilk. **1949**, H. 7, 465. — Hangleiter, Beitr. Klin. Tbk. **94**, 154 (1939). — Hansen, Tuberkulose und Schwangerschaft. Beitr. Klin. Tbk. **36**, 624 (1935). — Heymer, Über den Verlauf der Lungentuberkulose bei Schwangerschaft. Tuberkulosezeit **1949**, 1. — Jahn, Die große Thoraxchirurgie bei Tuberkulose und Schwangerschaft. Rennebohn & Hausknecht, Bielefeld 1948. — Klemperer, Tuberkulose und Schwangerschaft. Verh. Berl. Ges. Geburtsh. u. Gynäk. Enke, Stuttgart 1929. — Koester, Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Dtsch. Tbk.bl. **13**, 309 (1939). — Lauterwein, Zbl. Gynäk. **1943**, 761. — Lork, Die Methoden und Schäden der Schwangerschaftsunterbrechung. Geburtsh. u. Frauenheilk. **1943**, 493. — Lydtin, in Stadler, Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung usw. Lehmann, München 1936. — Martius, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom Standpunkt der inneren Medizin, in Placzek, Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit. Leipzig 1918, S. 49 und 107. — Mayer, A., Zur modernen Abortfrage. Zbl. Gynäk. **1913**, 853; Beitr. Klin. Tbk. **63**, 874 (1926); Bemerkungen zur Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose. Z. Tbk. **51**, 109 (1928); Tuberkulose und Schwangerschaft. Med. Klin. **1931**, 761; Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjetrepublik. Enke, Stuttgart 1933, und Zbl. Gynäk. **1932**, 2753. Beitr. Klin. Tbk. **36**, 646 (1935); Körperliche und seelische Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung. Zbl. Gynäk. **1940**, 354; Mitt. internat. kriminalist. Vereinigung, N. F. **6** (1932). — Menge, Münch. med. Wschr. **1930**, 1330; Beziehungen der Schwangerschaft zur Tuberkulose. Verh. d. dtsh. Ges. Gynäk., München 1911, **14**, 491; Phitsotherapie bei Schwangeren, Zbl. Gynäk. **1926**, 921; Zbl. Gynäk. **1913**, 873; **1920**, 151. — Müller-Armack: Das Jahrhundert ohne Gott. Regensburg-Münster 1948. — Pankow, Mschr. Geburtsh. **61**, 1923. — Rummel, Lungentuberkulose und Schwangerschaftsunterbrechung, in Griesbach: Neuere Tuberkuloseforschung I. Thieme, Stuttgart 1941. — Scherer, Die Heilstättenbehandlung tuberkulöser Schwanger, in: Tuberkulose u. Schwangerschaft, Verhandl. d. Berl. Ges. Gynäk. Enke, Stuttgart 1929, S. 34; Brauers Beitr. Klin. Tbk. **56**, 234 (1923). — Schultze-Rhnhof, Tuberkulose u. Schwangerschaft. Geburtsh. u. Frauenheilk. **1943**, 717; Zbl. Gynäk. **1926**, 779. — Seegers, Die Behandlung der Tuberkulose während Schwangerschaft und Wochenbett, unter Berücksichtigung der Lungenchirurgie. Geburtsh. u. Frauenheilk. **1943**, 717. — Seegers u. Jahn, Die große Thoraxchirurgie während der Schwangerschaft. Beitr. Klin. Tbk. **102**, 127 (1949). — Stoeckel, Tuberkulose und Schwangerschaft. Verh. Ges. Geburtsh. u. Gynäk. in Berlin. Enke, Stuttgart 1929. — Welte, Die Mortalität und Morbidität bei künstlicher Schwangerschaftsunterbrechung. Inaug.-Diss. Tübingen 1949.