

Hebamme dies Geheimnis besaß. Sie brachte den Weibern unbewußt zu Ende des Wochenbettes einen fremden Körper vor den Muttermund, welcher den Eingang verschloß.«

In der europäischen Literatur ist das Jahr 1823 besonders wichtig und interessant durch die Herausgabe und Verbreitung der berühmten Diabolical Handbills durch Francis Place. Neuere Arbeiten haben eine direkte Beziehung herausgefunden zwischen Francis Place und der Gründung unserer modernen Anstalten. Das scheint mir phantastisch. Zweifellos aber ist durch Mensinga's Verbreitung der Gummikappe von denen, die sich Verdienste erworben haben um die heutige Bewegung der Geburtenregelung, die Brücke gebildet zu seinen beiden Vorgängern Wilde im Jahre 1838 und Hufeland im Jahre 1823 und auf diese Weise das merkwürdige Zusammentreffen des Jahres 1823 als eines für die kontinentale Geschichte der Geburtenregelung ebenso als für den englischen Zweig dieser Weltbewegung bedeutungsvollen Jahres.

Wilde's Buch ist auch in anderer Hinsicht sehr bemerkenswert. Sein sorgfältiges Detail, umsichtige Analysen und lichtvolle Einteilung sind hervorragend, alles in einem bewunderungswürdigen modernen Geiste geschrieben. Er bespricht das Recht der Frau auf den Kaiserschnitt und die Pflicht des Arztes, ihn auszuführen, durchaus nicht vom »viktorianischen Standpunkt«, sondern ganz vom Gesichtspunkte des Weibes aus. Er bespricht künstlichen Abort durch Exstirpation des Uterus, um künftige hoffnungslose Schwangerschaften zu verhindern, Tubenligaturen und vieles andere vom modernen Standpunkte. Zahlreiche und gründliche Literaturstudien, die von keinem modernen Werk der Medizin übertroffen werden. Führwahr, Wilde's Buch ist eine ganz bewundernswerte Leistung für einen so frühen Zeitpunkt und eine hochinteressante Lektüre. Ich möchte noch erwähnen, daß es nicht im Britischen Museum existiert und ich der Berliner Staatsbibliothek außerordentlich dankbar bin, daß sie es mir herübergeschickt hat und ich es in der Bibliothek des University College studieren durfte. Ich habe einige Seiten photographieren lassen; sie befinden sich in der Bibliothek von C. B. C., 108 Whitfield Street, London, wo sie eingesehen werden können.

Aus dem Deutschen Institut für Frauenkunde
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Liepmann

Konzeptionsverhütung und klinischer Unterricht

Von W. Liepmann

Als vor 6 Jahren das Deutsche Institut für Frauenkunde gegründet wurde, war mit eine der Hauptabsichten die Verarbeitung sozialer Gesichtspunkte in Beziehung zu unserem Fach, und unter diesen stand die Frage der Gefahren des Aborts neben der Verhütung des Kindbettfiebers und der Geschwulstfürsorge an erster Stelle. Die Bedeutung dieser Fragen wurde auch vom Ministerium anerkannt und führte zu einem besonderen Lehrauftrag für soziale Gynäkologie.

Die von mir entwickelten Ansichten hierüber sind niedergelegt in meiner Monographie »Die Abtreibung« (Urban & Schwarzenberg, 1927) und in dem 13. und 14. Kapitel meiner Gynäkologie, die sich allein mit der sozialen Gynäkologie be-

fassen. (»Gynäkologisches Seminar«, Urban & Schwarzenberg, 1931.) Aus diesen Kapiteln geht eindeutig hervor, wie ich mir als Universitätslehrer der Geburtshilfe und Gynäkologie den klinischen Unterricht über diese Frage denke.

Es ist außerordentlich dankenswert, daß Herr Geh.-Rat Stoeckel die Leitsätze, die er über diesen Punkt für die zweite Konferenz der Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit E. V. in Berlin am 5. Februar 1931 gegeben hat, vor der größeren wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Diskussion stellte, weil nur eine solche, von rein wissenschaftlichen Momenten getragene Diskussion hier Nutzen stiften kann.

Wie Stoeckel sind auch wir der Meinung, daß in unseren Kreisen die Diskussion über die medizinische Indikation sich erübrigt, um so mehr, als Stoeckel selbst — mit Recht — ausführt, daß der Arzt bei dieser Entscheidung sehr viel weniger beengt ist als bei der Entscheidung über den Abortus artificialis. Auch bezüglich der eugenischen Indikation stehe ich ganz auf seinem Standpunkt, daß man in dieser schwerwiegenden Frage, in der unser Wissen noch schwankend ist, ohne sorgfältigste Prüfung und Hinzuziehung erster Fachkollegen nicht auskommen kann. Wie aber ist es mit der wichtigsten Indikation in den heutigen Tagen, der sozialen Indikation?

Ich bin nicht der Ansicht Stoeckel's »daß wir Kliniker das wirkliche Elend und die Grausamkeit der Not vielfach nur aus der Ferne sehen«. Ich bin nicht der Ansicht Stoeckel's, daß »die Gefahr, daß wir falsch lehren, deshalb sehr groß ist«.

In jedem Falle von sozialer Not sind wir verpflichtet, uns auf sämtliche Organe der sozialen Fürsorge zu stützen. Und da wir über jeden Fall von der Schwangerenfürsorge des Verbandes Berliner Krankenkassen nach sorgfältigster Prüfung auf das genaueste orientiert werden, so ist uns die Anlage soziologischer Krankenblätter vom 1. Tage des Bestehens der Klinik an außerordentlich erleichtert. Wir haben also das, was Stoeckel fordert: »Eine zuverlässige Grundlage für die soziale Indikation«, und ich begrüßte wärmstens das Wort Stoeckel's: »Der wahren Not müssen wir helfen. Das ist Volksdienst.«

Von dem Leiter der Schwangerenfürsorge des Verbandes Berliner Krankenkassen, meinem früheren Assistenten, Dr. Paul Gornick, habe ich aus der Kartothek, die viele Hunderte Fälle enthält, vier herausnehmen lassen, um einmal die von Stoeckel angedeutete Not an positiven Beispielen zu schildern:

Fall 1. Hh.

Ehemann: Maurer. Wochenlohn RM 60.—, ab Oktober 1930 erwerbslos. 2 Kinder, 4jährigen und 3jährigen Sohn.

Wohnung: Notwohnung, die die Familie vor 2 Jahren vom Wohnungsamt zugewiesen bekommen hat. Wohnungseingang führt in die Küche. Größe der Küche: 2 : 3 m. Von der Küche führt Treppe in eine Stube 3 : 4 m, 1,70 m hoch, keine Beleuchtung, unheizbar. Fenster sehr niedrig, führt auf den Hof.

Ehefrau wieder im 8. Monat schwanger.

Fall 2. Bk.

Geschieden, lebt zeitweise mit dem Vater ihrer beiden Kinder zusammen. 3jähriger Junge, 2jährige Tochter.

Beruf: Näherin.

Einkommen: Wöchentlich 15 RM und 18 RM Pflegegeld für jedes Kind.

Wohnung: Sehr kleines, schmales Zimmer im Quergebäude, 4 Treppen. Inventar besteht lediglich aus einem großen Bett, einem Kinderbett, einer Kochmaschine und einer Nähmaschine.

Unter der Stube befindet sich eine Waschküche, aus der ständig feuchte Dünste aufsteigen.

Pat. ist wieder, zum drittenmal, schwanger. Es ist unmöglich, in diesem Zimmer ein zweites Kinderbett aufzustellen.

Fall 3. Lr.

Ehemann: Kutscher. Wochenlohn: RM 40.—.

RM 35.— monatlich Miete für eine Stube für das Ehepaar und 3jährigen Jungen und 4jährige Tochter.

Die 5jährige, älteste Tochter ist in Familienpflege.

Größe des Wohnraumes $2\frac{1}{2}:4$ m. In dem Raum wird gleichzeitig gekocht und gewaschen. Sowohl die Eheleute als auch die beiden Kinder schlafen je in einem Bett.

Pat. ist jetzt wieder im 7. Monat schwanger.

Intervention beim Wohnungsamt zwecklos. Nach Geburt des vierten Kindes kann die Familie eventuell Ende des Jahres eine Dreizimmerwohnung bekommen.

Fall 4. Pl.

Ehemann: Arbeiter. Einkommen wöchentlich RM 23.—.

Ein 6jähriges Mädchen.

Wohnung: Eine Mansardenstube, die direkt vom Treppenflur aus erreichbar ist, Größe $2\frac{1}{2}:3$ m, 2 m hoch.

Inventar: 1 Bett, 1 Matratze.

Wände sehr naß, Ofen im Zimmer raucht; Raum, um ein Kinderbett aufzustellen, fehlt. In demselben Raum wird gewaschen, gekocht.

Intervention beim Wohnungsamt im Oktober 1930 zwecklos.

Pat. ist wieder im 7. Monat schwanger¹.

Solche Beispiele ließen sich, wie schon gesagt, zu Hunderten mehreren. Sie erscheinen mir für jede Anamnese von mindestens eben solcher Bedeutung als die Frage nach den Kinderkrankheiten; denn nur die Erkenntnis dieser Zustände kann uns die Möglichkeit geben, als Mensch und Arzt zu helfen, d. h. der wahren Not zu helfen, wie Stoeckel es will, und damit Volksdienst zu leisten, wie es von uns verlangt wird.

Ich habe absichtlich Beispiele gewählt, in denen die soziale Not nicht zur Schwangerschaftsunterbrechung führte. Ich möchte es Herrn Dr. Gornick überlassen, über diejenigen Fälle zu berichten, bei denen die soziale Not keine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung gab, wie in diesen hier geschilderten, die Frauen aber zur Selbsthilfe griffen und entweder durch Kurpfuscher oder auf andere Weise den künstlichen Abort einleiteten bzw. einleiten ließen.

Ich brauche an dieser Stelle nicht noch einmal darauf hinzuweisen, wie gefährlich diese Art der Selbsthilfe für Leben und Gesundheit dieser Frauen ist und wie dadurch der Zweck unseres Verhaltens im Hinblick auf bevölkerungspolitische Probleme nicht nur nicht erreicht, sondern häufig mit Vernichtung des Lebens der Mutter auch für alle Zukunft verschlechtert wird, von den sozialhygienischen Folgen für diese Frauen gar nicht zu sprechen.

¹ Die Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin über das Jahr 1927 gibt bei einem Mitgliederstand von 492 660 folgendes an: »Der Prozentsatz der feuchten Wohnungen ist erschreckend hoch: 61,5 %. Nur ein Zimmer, oder nur die Küche besaßen 229 Pat.! (bei 772 Wohnungsfürsorgefällen). Von unseren 516 Offentuberkulösen hatten 32 = 6,2 % kein eigenes Bett. Im Reich hatten von 64 412 Offentuberkulösen 10 757 = 16,7 % kein eigenes Bett.«

Aus diesen Gründen schließe ich mich dem Leitsatz 15 von Stoeckel vollinhaltlich an, der besagt, daß die soziale Indikation für die Konzeptionsverhütung nicht nur in Verbindung mit der ärztlichen Indikation, sondern auch für sich allein dann anzuerkennen ist, wenn eine gründliche und objektive Prüfung der sozialen Lage zu dem Ergebnis führt, daß Kinderzuwachs als wirkliches Familienunglück zu bezeichnen sein würde.

Ich sehe also die Konzeptionsverhütung lediglich als ein Mittel der Not an, durch Prophylaxe die Aborthäufigkeit auf das äußerste herabzusetzen. Wer das Werk von Burgdörfer »Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung, die Lebensfrage des deutschen Volkes« (Berlin, Schötze, 1929) gelesen hat, wird sich dem Ernste der Situation für die Zukunft des Volkes nicht verschließen. Aber man darf bei allen diesen Aufstellungen — und das ist für uns als Gynäkologen von größter Bedeutung — die Fruchtbarkeitsschädigung und die Sterblichkeit der Frauen im geschlechtsfähigen Alter, wie sie durch die Abortseuche eintritt, nicht außer acht lassen. Unsere Hoffnung besteht deshalb darin, daß wir es denjenigen Frauen, die in ihrer Not sonst allen Gesetzen und Warnungen zum Trotz zur Abtreibung greifen, durch Gesunderhaltung ermöglichen, in besserer Zeit dem Wunsche nach dem Kinde, der sich früher oder später doch mit elementarer Kraft in ihnen regt, zum Ziele zu verhelfen. Wie wir beim Gebärmutterkrebs das äußerste Mittel völliger Kastration auch bei jungen Frauen anwenden, um das Leben zu erhalten, so müssen und können wir auch in diesem Falle schwerster Gefahr nicht vor einem Mittel zurückscheuen, das im Einzelfall harmlos, für die Gesamtheit nur mit äußerster Vorsicht zu gebrauchen ist, dem Präventivverkehr.

Aber ich sehe eine größere Gefahr darin, daß gerade die minder kultivierten und weniger verantwortungsvollen Schichten des Volkes einen ungehemmten Zeugungswillen haben, während schon lange die Kreise des Adels und der Intelligenz und des besseren Mittelstandes Geburtenprävention üben. Man stelle doch einmal eine Statistik in akademischen und ärztlichen Kreisen derjenigen Ehen zusammen, die über 3 Kinder großgezogen haben, und man wird sich über die gefundene Zahl, glaube ich, ganz erheblich wundern. Die Zahl von 3 Kindern aber ist das Minimum, um die Bevölkerung vor dem Völkertode zu bewahren. Die Zahl gutsituierter Familien mit einem oder mit zwei Kindern ist erheblich größer und führt schon ohne weiteres zum Stillstand oder Rückschritt.

Wie diese Tatsachen in historischer Betrachtung aussehen, zeigt eine Mitteilung, die ich dem Buche Grotjahn's »Soziale Pathologie« entnehme:

»Um die Jahrhundertwende zeigt das Gouvernement Kaluga eine Sterblichkeit von 42 und eine Geburtlichkeit von 54 Lebendgeborenen auf das Tausend der Bevölkerung bei einer Säuglingssterblichkeit von 40% der Geborenen. Welch eine ungeheuerere Verschwendung von Menschenleben, Frauenkräften und auch materiellen Werten aus diesen Zahlen zu ersehen ist, lehrt ein Vergleich mit Schweden, das zur nämlichen Zeit eine Sterblichkeit von 16 und eine Geburtlichkeit von 27 Lebendgeborenen auf das Tausend der Bevölkerung bei der geringen Säuglingssterblichkeit von 10% der Geborenen aufwies, also ohne diese Verschwendung von Volkskraft bei genau der Hälfte an Geburten doch mehr als ein Drittel der Geborenen als reinen Bevölkerungszuwachs buchen konnte.«

Dieses Beispiel läßt in uns die berechtigte Hoffnung lebendig werden, daß wir die durch den Präventivverkehr geminderte Geburtenziffer durch Verbesserung der Geburtshilfe, durch Minderung der Säuglingssterblichkeit, durch Herabsetzung des Todes am Abort, Ausschaltung der Sterilitätsfolgen nach Abort paralisieren können.

Bezüglich meiner Ansichten über den Präventivverkehr im einzelnen verweise ich auf das Kapitel XIV meines »Gynäkologischen Seminars«. An dieser Stelle aber möchte ich nochmals betonen, daß wir vorläufig ein wirklich brauchbares Mittel, wenn ich vom Kondom absehe, zur mechanischen Konzeptionsverhütung nicht kennen. Alle sind unsicher, alle sind bis zu einem gewissen Grade schädlich, und es hat sich mir noch immer am besten entweder eine Sublimatpülung 1 : 1000 ante coitum erwiesen oder die Einführung eines mit Essigwasser, Alkohol, Eau de Cologne oder Sublimat 1 : 1000 getränkten Wattetampons, der mit einem Faden armiert ist, ante coitum, den die Frauen am nächsten Tage sich selbst entfernen können. Meine Ansichten über die unnötigen Scheidenspülungen, die mehr die Biologie des Scheidensekrets stören als nützen, sind bekannt. In diesem Falle halte ich sie, gelegentlich ausgeführt, für unbedenklich. Gegen die Anwendung des Sublimats sind von mancher Seite starke Bedenken erhoben worden. Es ist selbstverständlich, daß die Lösungen ein Giftzeichen tragen und unter Verschuß zu halten sind. In jedem Fall, in dem man Sublimat in seiner Praxis verschreibt, muß man die Pat. darauf aufmerksam machen, daß eine Vergiftung mit Sublimat zu den fürchterlichsten Qualen gehört, die man sich ausdenken kann. Aber ich kann nicht einsehen und habe niemals in meiner Praxis bei großem Material etwas Ungünstiges gesehen, das mich von der Schädlichkeit solcher Sublimatpülungen überzeugt hätte. Tausende von Ärzten und Operationsschwestern waschen sich in größeren Kliniken ganze Vormittage in Sublimat, ohne eine Schädigung zu erfahren, und die Resorptionsfähigkeit der Hand ist sicherlich größer als die Resorptionsfähigkeit des Vaginalrohrs. Da sich im hinteren Scheidengewölbe noch nach vielen Stunden mehrere Kubikzentimeter des Spülwassers nachweisen lassen und die Sublimatlösung 1 : 1000 vorzüglich Spermatozoen tötet, glaube ich, daß diese Methode an Billigkeit und Einfachheit zahlreiche andere übertrifft, die ich der Mehrzahl nach, wie schon betont, als unsichere, häufig schädliche Methoden erachte. Da sich aber die Industrie und der Handel in übereifriger und oft widerlicher Weise dieser Sache angenommen haben, sind solche einfache und billigen Mittel nicht beliebt.

Ich schließe diesen Aufsatz wie Stoeckel mit der großen Sorge, daß ein lange Zeit durchgeführter Präventivverkehr, besonders wenn dieser unzweckmäßig geschieht, zu dauernder Sterilität führen kann und daß wir als Gynäkologen und Universitätslehrer immer bemüht sein müssen, auf diese außerordentliche Gefahr im Unterricht hinzuweisen.

Die Konzeptionsverhütung als Gegenstand des klinischen Unterrichts

Einige Bemerkungen zu dem Artikel von W. Stoeckel im Zbl. Gynäk.
1931, Nr 17

Von Rudolf Elkan, Hamburg

Die schwierigen und vielseitigen Probleme der Kontrazeption als Lehrfach der Universitäten, als technisch-wissenschaftliches Problem und als weltanschaulichen Prüfstein in den Mittelpunkt einer akademischen Diskussion gestellt zu haben, war ein großes und wirkliches Verdienst des Herausgebers dieser Zeitschrift. Viele Schwierigkeiten und viele überflüssige Irrwege werden den Ärzten der nächsten