

„Nichtapprobierte“ mit den Feldwebelleutnants rangierten, deren Tressen man uns gab, doch ersparte man uns die Freude, uns auch noch mit den Sergeantenknöpfen schmücken zu dürfen.

Es ist mir immer unerfindlich geblieben, wodurch diese Zurücksetzung der Mediziner berechtigt war. Es muß wohl System darin gelegen haben, wie hätte es sonst so lange dauern können, bis die Trainoffiziere aus den Sanitätskompagnien herausgezogen und der Chefarzt allein mit der Leitung betraut wurde. Diesen Modus hatten leitende Sanitätsoffiziere auf Grund von Manövererfahrungen schon lange vor dem Kriege empfohlen, waren damit aber „oben“ nicht durchgedrungen. Die Kriegserfahrung hat ihnen nachher Recht gegeben.

Kommen wir zu den Medizinern zurück, so wird vielleicht mancher junge Leser fragen: Warum seid ihr denn nicht in die aktive Truppe eingetreten, wenn ihr im Sanitätsdienst nicht weiter kamt? Das war eben der Haken: die Sanitätsbehörden ließen niemanden, den sie einmal vereinnahmt hatten, los. Gar mancher Mediziner, der als Kriegsfreiwilliger eingetreten war und hoffte, bei seinem Regiment Offizier werden zu können, wurde zwangsweise zum Sanitätskorps überschrieben und hatte dadurch zwar die Möglichkeit, sich in seinem Beruf zu betätigen, aber doch nur in untergeordneter und nicht immer sehr befriedigender Stellung. Zweifellos ist durch diese Ordnung der Dinge die Truppe um manchen guten Offizier gekommen, und als Sanitätsunteroffizier dürfte der Mediziner häufig nicht die Gelegenheit gehabt haben, seine Qualitäten voll zur Geltung zu bringen.

Wenn ich hier die *Klagen*, die wir Mediziner immer wieder, meist erfolglos äußerten, vorbringe, so geschieht es deswegen, weil ein gewissenhafter Chronist auch an den mancherlei Mißhelligkeiten, Sorgen und Nöten, die gerade dem Mediziner im Heer entgegneten, nicht achtlos vorübergehen darf.

War die militärische Stellung des Mediziners im großen und ganzen besehen somit keineswegs befriedigend, so ist es doch ein Gebot der Gerechtigkeit, festzustellen, daß der *Dienst bei den Sanitätsformationen* dem, der das Glück hatte, ihnen anzugehören, zumal, wenn er dort verständnisvolle Vorgesetzte hatte, manche Annehmlichkeit bot. Heute überwiegen außerdem in der Erinnerung die großen Eindrücke, die wir in West und Ost haben sammeln dürfen. Was uns an klinischem und theoretischem Wissen fehlte, konnte durch Geschicklichkeit und Findigkeit auf anderem Gebiet wieder wettgemacht und dadurch auch dem Ganzen genützt werden. Als Hauptgewinn geblieben ist uns die Erfahrung, die wir in über 4 Jahren auf Verbandplätzen, in Operationssälen, Seuchenlazaretten und am Krankenbett sammeln konnten. Wenn man dann noch das Glück hatte, unter den Augen von Männern arbeiten zu dürfen, die wie Geh.-Rat Prof. WERNER KÖRTE nur ihre Pflicht kannten, sich von keiner militärischen Charge beeindrucken ließen, im Dienst von höchster Sachlichkeit waren, aber ein Herz für den verwundeten Kämpfer, ohne Ansehen seines Ranges, hatten, dann hat man Grund, dankbar der großen Zeit zu gedenken, die Gelegenheit gab, zu sehen, daß es auch unter primitiven äußeren Umständen möglich ist, klinisch einwandfrei zu arbeiten. Gerade in der Tätigkeit bei KÖRTE konnte ich nicht nur seine eigenen Leistungen bewundern, sondern auf der anderen Seite auch sehen, wie hoch er über vielen anderen stand, denen allerdings vielfach die er-

forderliche Ausbildung fehlte, wie manche „Teilchirurgen“, die trotzdem aber sachlicher und sachverständiger Beratung nicht immer zugänglich waren. KÖRTE zog deshalb die Arbeit auf einer eigenen Station (Offizier- und Steckschußstation) dem Umherreisen und „Beraten“ vor. So konnte er wenigstens, wenn auch im kleinen Kreis — etwa 100 Betten —, viel positive Arbeit leisten und manches Kniegelenk und Leben retten.

Wie erfrischend war ein *Fortbildungskurs*, den mein Vater als Armeearzt 1 in Rethel im Winter 1917/18 für Hilfsärzte einrichtete. Er dauerte nur 12—14 Tage, die Namen von KÖRTE, v. D. VELDEN, v. DRIGALSKY, HINSBERG, LÖHLEIN, GROSS u. a. bürgen aber für die Qualität des Vorgetragenen. Es soll W. KÖRTE nie vergessen werden, mit welchem Eifer er sich in einem Photatelier wochenlang mit der Jugend bei einem „Operationskurs an der Leiche“ trotz seiner 65 Jahre abmühte.

Auch C. GARRE lernte uns an der Marne an, wenn er im Operationsaal erschien; hemdsärmelig trug er selbst die Verwundeten mit herein und arbeitete neben und mit dem Chirurgen, ein Beispiel von selbstloser Eingliederung und hohem Idealismus gebend. So geschah an manchen Stellen doch etwas für den Nachwuchs, zumal im Befehlsbereich meines Vaters, der überall die Mediziner zu fördern suchte, z. B. einmal einen Feldhilfsarzt, der in Pathologie durchgefallen war, einige Monate aus der Truppe herauszog und zum Armeepathologen kommandierte, damit er sich dort die fehlenden Kenntnisse aneignete. Es war so leicht oft dem Nachwuchs zu helfen, und wie dankbar war er für jede Förderung.

Noch einen Vorteil darf ich nicht zu erwähnen unterlassen, den uns die Tätigkeit im Heeressanitätsdienst bot: der kleine Rahmen eines Feldlazaretts z. B. gab ausgezeichnete Gelegenheit, Kenntnisse und Erfahrungen im Lazarettverwaltungswesen, Truppen- und Krankenernährung zu erwerben, sich in Improvisationen, Organisation von Arbeitsplänen usw. zu üben und in mancherlei Dingen, denen man im täglichen Leben des bürgerlichen Friedensdaseins nicht begegnet, die im Kriege aber von ausschlaggebender Bedeutung für das Wohl und Wehe der Verwundeten sein können.

Wir sahen, daß gerade der *leitende Arzt* mit offenen Augen und warmem Herzen seines Amtes walten, daß er energisch nach oben und unten sein muß und daß es in seiner Hand liegt, ob seine Mannschaft zu Höchstleistungen angespornt werden kann oder nicht. Der Vergleich zwischen der straffen Disziplin im Feldlazarett und der durch die Beimengung von ungedienten Krankenpflegern vielfach etwas laxeren in den rückwärtigen Kriegs- und Etappenlazaretten zeigte den Wert der militärischen Ordnung auch im Lazarettwesen.

Kurz und gut: auch für einen Mediziner ist der Krieg der Vater aller Dinge! Eine Lehre möchte ich aber für die Einarbeitung des Mediziners ins Heer aus der Kriegstätigkeit gezogen wissen, nämlich die, daß man den Mediziner entweder wie die Studierenden anderer Fakultäten bei der Truppe läßt oder aber ihn, wenn man ihn herauszieht, auch in seinem Fach systematisch fördert oder wenigstens doch so einsetzt, daß dadurch auch ein gut ausgebildeter ärztlicher Nachwuchs gesichert wird, ohne den ein modernes Heer nicht auskommen kann.

(Anschr. des Verf.: Düsseldorf, Reichsstr. 51)

## VARIA

### Schwangerschaftsunterbrechung

Die Frage, wann eine Schwangerschaftsunterbrechung nicht rechtswidrig ist, hat das *Reichsgericht* in einem *neuen Urteil* (vom 22. II. 1934) untersucht. Die Ausführungen sind für die Ärzteschaft von Interesse. Das Urteil führt aus:

In Lebenslagen, in welchen eine den äußeren Tatbestand einer Verbrechensform erfüllende Handlung das einzige Mittel ist, um ein Rechtsgut zu schützen oder eine vom Recht auferlegte oder anerkannte Pflicht zu erfüllen, ist die Frage, ob eine Handlung verboten und rechtswidrig ist, an der Hand des dem geltenden

Recht zu entnehmenden Wertverhältnisses der in Widerstreit stehenden Rechtsgüter oder Pflichten zu entscheiden. So ist auch für die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine ärztlich angezeigte Schwangerschaftsunterbrechung rechtlich zulässig ist, die Voraussetzung das Vorhandensein eines Zustands gegenwärtiger Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren, der nicht anders als durch Abtreibung beseitigt werden kann. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen bedarf einer besonders strengen Prüfung an der Hand der Regeln der ärztlichen Wissenschaft, zu der ein Nichtarzt zumeist nicht fähig sein wird. Unter

gegenwärtiger Gefahr ist der Zustand zu verstehen, der naturgemäß bei natürlicher Weiterentwicklung den Eintritt der Schädigung als sicher bevorstehend erscheinen läßt, wenn nicht dagegen eingeschritten wird. Die ärztlich angezeigte Schwangerschaftsunterbrechung ist bei Vornahme durch zur Beurteilung der Sachlage befähigte Dritte nicht rechtswidrig, wenn sie das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung (im Sinne des § 224 StGB.) zu befreien.

Die Hinzuziehung eines zweiten Arztes zur Prüfung, ob eine Schwangerschaftsunterbrechung im geschilderten Sinne notwendig ist, ist vom rechtlichen Standpunkt nicht erforderlich, mag sie auch zu der medizinischen Berufs- und Standespflicht gehören, schon um dem Vorwurf leichtfertiger oder verbrecherischer Entfernung der Leibesfrucht erfolgreich begegnen zu können.

*Schläger*

### Die Zunahme der Sterblichkeit an Kindbettfieber

Ein ernstes Problem, das einer dringenden Klärung bedarf, tritt uns in der Entwicklung der Kindbettfiebersterblichkeit, wie sie in verschiedenen Todesursachenstatistiken erkennbar ist, entgegen. So sind in Schweden (1) im Jahre 1931 bei insgesamt 92412 Entbindungen 166 Sterbefälle an Kindbettfieber gezählt worden. Das ergibt eine Sterblichkeitsziffer an dieser Krankheit von 1,80 auf 1000 Entbindungen. In den vergangenen 70 Jahren ist die entsprechende, zu Durchschnittswerten für je 10 Jahre zusammengefaßte Ziffer von 1,89 im Jahrzehnt 1861/1870 auf den Höchststand von 2,64 im Durchschnitt der Jahre 1871/1880 gestiegen. In den folgenden 30 Jahren ist die Zahl der Kindbettfiebersterbefälle je 1000 Entbindungen bis auf 0,93 in den Jahren 1901/1910 gesunken und stieg dann von diesem Tiefstand wieder auf 1,16 im Jahrzehnt 1911/20 und weiter auf 1,38 im Durchschnitt der Jahre 1921/1930. Gegenüber der Sterbeziffer von 0,93 für die Zeit von 1901 bis 1910 hat die Sterblichkeit des Jahres 1931 mit 1,80 eine nahezu 100%ige Steigerung erreicht. Diese außerordentliche Zunahme ist um so bedeutsamer, als gerade die Technik der Geburtshilfe ausgezeichnete Fortschritte gemacht hat. Die Hygiene bei der Entbindung einerseits, sowie die ständige Erhöhung des Anteils der Anstaltsentbindungen andererseits lassen eigentlich eine erhebliche Minderung der Gefahren des Kindbett-

fiebers erwarten. Statt einer ständigen Abnahme der Kindbettfiebersterbefälle ist diese wieder ungefähr auf den Stand von 1861/70 gestiegen.

Die schwedischen Angaben erhalten eine Bestätigung in den Aufzeichnungen der englischen Großstadt *Liverpool* (2), deren Werte für jedes einzelne Jahr bis 1886 zurückreichen. Mit einer einzigen Ausnahme im Jahre 1891 übertrifft das Jahr 1933 alle vorhergehenden Jahre. Die 29 Sterbefälle an Puerperalfieber, die im Jahre 1933 in Liverpool gezählt wurden, ergeben, bezogen auf 1000 Lebend- und Totgeborene, eine Sterbeziffer von 1,65. Abgesehen von den Jahren 1886 bis 1889, in denen wahrscheinlich die Erfassung der Sterbefälle noch unvollkommen war, lag der tiefste Stand der Entwicklung der Sterbeziffer in den Jahren 1905 bis 1910, in denen die Sterblichkeit zwischen 0,39 und 0,95 je 1000 Geborene schwankte.

Die Zeit, in der die Häufigkeitsziffer von Kindbettfiebersterbefällen ihren niedrigsten Stand erreichte, war in beiden weit voneinander entfernten Berichtgebieten ungefähr die gleiche. Ob man in dieser Bewegung eine epidemiologische Schwankung mit langen Wellen erblicken darf oder ob die Zunahme der Kindbettfiebersterbefälle auf äußere Faktoren, vielleicht auf eine parallel verlaufende Bewegung der Fehlgeburten, insbesondere der kriminellen Aborte, zurückzuführen ist, kann nicht entschieden werden.

In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, daß nach der Statistik der anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten in Preußen (3) die Zahl der in den ersten 26 Wochen gemeldeten Kindbettfiebererkrankungen nach standesamtlich meldepflichtiger Geburt 1934: 1226; 1933: 994 und 1932: 1159 betrug sowie die nach Fehlgeburt 1934: 740; 1933: 705 und 1932: 781. Danach ist in Preußen im Jahre 1934 die Erkrankungshäufigkeit an Kindbettfieber nach Fehlgeburt gestiegen; die Zunahme der Erkrankungsfälle nach standesamtlich meldepflichtiger Geburt dürfte im wesentlichen auf die Erhöhung der Geburtenhäufigkeit zurückzuführen sein.

*Pohlen*

1. Döda i barnsbörd 1851—1931, Statistisk Årsbok för Sverige 1934 S. 56 bzw. S. 43. — 2. Maternal Mortality, Report on the Health of the City of Liverpool during 1933 S. 87. — 3. KURT POHLEN, R.-Gesundh.Bl. 1934 Nr. 32 S. 679.

## ANFRAGEN

### Sterilisierung bei allgemein verengtem Becken (Conjugata vera 6 cm)

**Frage 16:** Ich bitte um Auskunft, ob die einmalige Ausführung eines Kaiserschnitts bei einer kleinen zarten Frau mit allgemein verengtem Becken bei einer erneuten Schwangerschaft die Unterbrechung der Schwangerschaft nach den bestehenden Grundsätzen rechtfertigt. Conjugata vera beträgt 6. Die 27 Jahre alte Patientin ist im übrigen gesund und hat den ersten Kaiserschnitt 1931 ohne Komplikationen überstanden. Das Kind lebt. Eine zweite Schwangerschaft im Vorjahr ist anderen Orts unterbrochen worden. Es dürfte nicht im Interesse der Patientin liegen, wenn alljährlich möglicherweise eine Schwangerschaft unterbrochen werden müßte. Darf in einem solchen Fall die Sterilisation der Frau durchgeführt werden?

**Antwort:** Bei einer Conjugata vera von 6 cm kommt als einziges Entbindungsverfahren, das das kindliche Leben nicht vernichtet, die Sectio caesarea in Betracht. Dank der Verbesserung der Technik (besonders dem transperitonealen zervikalen Schnitt) hat die Schnittentbindung ihre Gefahren weitgehend verloren, wenn sie auch nicht vollkommen gefahrlos ist. Aber sie ist heute kaum gefährlicher als eine der schwierigeren typischen geburtshilflichen Operationen (hohe Zange usw.). Die wiederholte Sectio freilich ist infolge der Verwachsungen, die nach der ersten Operation zurückbleiben können, nicht selten schwieriger als die erste. Die Schwierigkeiten aber sind von einem operativ gut geschulten Geburtshelfer sicher zu meistern. Sie geben also keinen

Grund, eine neue Schwangerschaft bei gebäruntauglichem Becken durch Abortus zu beseitigen, der schließlich auch nicht ganz ungefährlich ist, namentlich wenn die Narbe des Uterus nach der vorangegangenen Sectio caesarea nicht sicher fest ist. Eine ernst zu nehmende Gefahr bei Schwangerschaft nach vorangegangener Schnittentbindung, besonders nach der alten klassischen Corpussectio, stellt die Möglichkeit der spontanen Uterusruptur durch Auseinanderweichen der Narbe dar, die schon am ruhenden Uterus, besonders aber nach Einsetzen der Wehen erfolgen kann. Sie ist aber meist nur dann zu befürchten, wenn die Uterusnaht bei der ersten Sectio technisch mangelhaft war, oder wenn die Wundheilung durch Infektion gestört wurde. Es hängt also sehr davon ab, wer die erste Schnittentbindung gemacht hat und wie damals der Heilungsverlauf gewesen ist, ob man mit der Gefahr der Dehiscenz der Uterusnarbe zu rechnen hat. Im vorliegenden Falle soll der Heilungsverlauf ungestört gewesen sein. Gegen das Austragenlassen und eine Schnittentbindung am Ende der Schwangerschaft (womöglich vor oder sogleich nach Wehenbeginn) bestehen keine Bedenken. Da aber mit jeder neuen Schnittentbindung die Schwierigkeiten durch Verwachsungen und die Gefahr der Ruptur in der Narbe sich steigern müssen, ist es zu rechtfertigen, wenn die für Geburten untaugliche Frau, um sie nicht zunehmender Gefährdung auszusetzen, gelegentlich der wiederholten Schnittentbindung unfruchtbar gemacht wird.

*G. A. Wagner, Berlin*

(Ansch. des Verf.: Berlin NW 6, Charité, Frauenklinik)